



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013

Proiect cofinanțat din Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

Document de analiză pentru elaborarea unui proiect de strategie națională și plan de acțiuni privind incluziunea socială și reducerea sărăciei (2014-2020)

Acest raport a fost elaborat în cadrul Acordului de Servicii privind *Furnizarea de contribuții pentru elaborarea unui proiect de strategie națională și plan de acțiuni privind incluziunea socială și reducerea sărăciei (2014-2020)* semnat între Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare.

Cuprins

INTRODUCERE	7
1. GRUPURILE SĂRACE ȘI VULNERABILE	17
1.1. Situația și prognozele privind sărăcia sau excluziunea socială.....	19
1.2. Principalele grupuri vulnerabile	38
2. POLITICI ORIENTATE CĂTRE PERSOANE	40
2.1. Ocuparea forței de muncă	41
2.2. Transferurile Sociale	71
2.3. Servicii sociale	94
2.4. Educație	165
2.5. Sănătatea	206
2.6. Locuire.....	239
2.7. Participare socială.....	255
3. POLITICI ZONALE.....	267
3.1. Dimensiunea teritorială a sărăciei	268
3.2. Integrarea comunităților marginalizate	294
4. CONSOLIDAREA CAPACITĂȚII INSTITUȚIONALE DE REDUCERE A SĂRĂCIEI ȘI DE PROMOVARE A INCLUZIUNII SOCIALE	315
4.1. Creșterea capacității de elaborare de politici și de management la toate nivelurile	316
ANEXE	325
Anexe – Introducere	326
Anexe – Grupuri sărace și vulnerabile.....	327
Anexe - Ocuparea forței de muncă	335
Anexe – Transferurile Sociale	341
Anexe – Serviciile sociale	343
Anexe – Educație.....	353
Anexe - Sănătate.....	355
Anexe - Locuințe	356
Anexe - Participare Socială	359
Anexe – Politici zonale	361
REFERINȚE	378

Acronime și Abrevieri

ABF	-	Ancheta Bugetelor de Familie
ALOFM	-	Agențiile Locale de Ocupare a Forței de Muncă
AJPIS	-	Agențiile Județene pentru Plăți și Inspecție Socială
ALMP	-	Active Labour Market Programme (programe de activare pe piața muncii)
ANPDCA	-	Agenția Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție
ANOFM	-	Agenția Națională de Ocupare a Forței de Muncă
ANPIS	-	Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială
AROE	-	Persoanele expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială
AROP	-	Persoane expuse riscului de sărăcie relativă, după primirea transferurilor sociale
ASF	-	Alocația pentru susținerea familiei
ASCHF-R	-	Asociația de Sprijin a Copiilor Handicapați Fizic
CASPIS	-	Comisia Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii sociale
CJRAE	-	Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională
CRM	-	Customer relationship management
DCP	-	Dezvoltare comunitară participativă
DGASPC	-	Direcțiile Județene de Asistență Socială și Protecția Copilului
DOTS	-	Direct Observed Treatment Strategy (Tratament direct supravegheat cu durată scurtă)
ECEC	-	Early childhood education and care (Îngrijire și educație timpurie a copiilor)
ESI	-	European Structural and Investment Funds
ESSPROS	-	Sistemul european de statistici integrate privind protecția socială
EU	-	European Union
EU-SILC	-	Ancheta europeană privind veniturile și condițiile de viață
FEAD	-	Fund for European Aid to the Most Deprived
FONPC	-	Federația organizațiilor neguvernamentale pentru copil
FSE	-	Fondul Social European
GAL	-	Grupurile de Acțiune Locală
HHC	-	Hope and Homes for Children
HIV	-	Human immunodeficiency virus infection
IDU	-	Injection drug users (utilizatorii de droguri injectabile)
ISM	-	Intensitate foarte scăzută a muncii
ÎPT		Învățământ Profesional și Tehnic
ÎPTI		Învățământ Profesional și Tehnic Inițial
ÎPV	-	Învățarea pe tot parcursul vieții
ITL	-	Îngrijire pe termen lung
LEADER	-	Liaison Entre Actions de Développement de l'Économie Rurale (Links between the rural economy and development actions)
ME	-	Ministerul Educației și Cercetării Științifice
MDRAP	-	Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice
MMFPSPV	-	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
MS	-	Ministerul Sănătății
M/XDR-TB	-	Tuberculoză multirezistentă și extensiv rezistentă la medicamente
NEETD	-	Adulți care nu sunt angajați, nu sunt înscriși în sistemul de învățământ sau formare profesională și nu au o dizabilitate
OHCHR	-	UN's Office of the High Commissioner for Human Rights'
OECD	-	Organization for Economic Co-Operation and Development
OMS	-	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	-	Organizație non-guvernamentală
POC	-	Programul Operațional Competitivitate
POCU	-	Programul Operațional de Capital Uman
POIM	-	Programul Operațional Infrastructură Mare
POR	-	Programul Operațional Regional
PNDR	-	Programul Național de Dezvoltare Rurală
PPS	-	Puterea de cumpărare standard
SIDA	-	Sindromul Imunodeficienței dobândite

SMI	- Sisteme electronice de management al informației
SPO	- Serviciul Public de Ocupare
SPAS	- Serviciul Public de Asistență Socială
STS	- Serviciul Telecomunicații Speciale
TB	- Tuberculoză
TIC	- Tehnologia informației și comunicațiilor
TNSLT	- Tineri care nu studiază, nu lucrează și nu urmează o formă de training /instruire profesională
VMI	- Venitul Minim de Inserție
VMG	- Venitul Minim Garantat



INTRODUCERE

România se dorește a fi o țară în care toți cetățenii beneficiază de șanse egale de a participa la nivelul societății, în care sunt acoperite nevoile de bază, sunt respectate diferențele și toți oamenii se simt apreciați și trăiesc demn.

România se dorește a fi o țară în care:

- *Toți cetățenii au șanse egale.* Oricine merită șansa de a participa pe deplin la viața economică, socială, politică și culturală a societății în care trăiește și de a se bucura de tot ce implică acest lucru. Egalitatea de șanse înseamnă că circumstanțele personale ce nu pot fi controlate de indivizi nu influențează realizările acestora.
- *Sunt acoperite nevoile de bază ale fiecărui cetățean.* Alături de respectarea și protecția drepturilor fundamentale ale omului, una dintre principalele condiții pentru o viață decentă este acoperirea nevoilor de bază ale cetățenilor legate de locuire, hrană, salubritate și siguranță, pe lângă servicii comunitare de bază, precum educație, asistență medicală și servicii sociale. Aceste elemente cheie permit oamenilor să trăiască cu demnitate, să dețină controlul asupra vieții lor și să participe în mod activ la viața comunității în care trăiesc. Răspunderea pentru dezvoltarea propriei capacități de integrare socială și pentru implicarea activă în soluționarea situațiilor dificile revine fiecărui individ, dar și familiei sale, iar autoritățile publice ar trebui să acționeze în așa fel încât să asigure șanse egale tuturor sau, în absența acestora, să ofere prestații și servicii sociale adecvate.
- *Se respectă diferențele dintre persoane.* Fiecare om este unic. Diferențele individuale pot ține de rasă, gen, apartenență etnică, statut socio-economic, vârstă, orientare sexuală și convingeri (religioase și de altă natură), dar și de abilitățile fizice, cognitive sau sociale. Conceptul diversității nu se reduce doar la toleranță, ci implică și acceptare și respect. Valorificarea diversității într-o manieră pozitivă și favorabilă crește șansele ca fiecare să își atingă potențialul și ca acest potențial să fie folosit în comunitate într-un mod proactiv.
- *Orice persoană se simte apreciată și poate duce o viață demnă.* Toate ființele umane se nasc libere și egale în demnitate și în drepturi (Art.1, Declarația ONU privind drepturile omului). Când o persoană se simte apreciată și trăiește cu demnitate, are mai multe șanse de a deține controlul asupra propriei vieți, de a participa și de a juca un rol activ în societate.

Societatea românească este încă departe de acest ideal. În prezent, potrivit metodologiei folosite de Uniunea Europeană, unul din cinci români se confruntă cu sărăcie relativă (sărăcie monetară), iar sărăcia monetară este în mare parte persistentă (trei sferturi din populația săracă era în această situație în anul de referință și cel puțin în ultimii doi sau trei ani). În baza definiției naționale a sărăciei absolute, aproximativ 5% din populație nu își permite să achiziționeze bunuri și servicii la un nivel minim de consum. O treime din populație prezintă lipsuri materiale grave și nu își permite lucruri considerate dezirabile sau chiar necesare pentru o viață decentă, conform standardelor statelor membre ale UE. În România, mai sunt copii care nu au mers niciodată la școală, iar procentul tinerilor fără o educație cu relevanță pentru piața muncii este extrem de ridicat. Numeroase persoane sunt în continuare inactive sau lucrează ilegal, cu slabe șanse de a accede la piața muncii așa cum se cuvine. Se remarcă inegalități majore la nivelul acoperirii asistenței medicale primare, în timp ce majoritatea populației sărace este în continuare nevoită să plătească pentru medicamente. Mai mult, aceste probleme afectează numeroase

comunități defavorizate, membrilor acestor comunități fiindu-le aproape imposibil să rupă cercul vicios al excluziunii fără sprijin extern susținut și integrat.

Caseta 1: Acțiuni strategice la nivel național pentru reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale

Documentul de față continuă seria acțiunilor strategice întreprinse în acest domeniu în ultimii 20 de ani. Printre cele mai importante etape parcurse până acum se numără următoarele:

- Înființarea, în 1998, a unei Comisii pentru prevenirea și combaterea sărăciei, sub patronajul Președinției României. Comisia a elaborat și a adoptat „Strategia pentru prevenirea și combaterea sărăciei” care, deși nu a fost adoptată de guvern, reprezintă primul document strategic ce stabilește principiile politicilor sociale.
- Înființarea unei Comisii antisărăcie și de promovare a incluziunii sociale (CASPI), activă în perioada 2001-2006. Această instituție, împreună cu comisiile județene aflate în subordinea sa (responsabile de formularea și aplicarea politicilor sociale la nivel județean), a anticipat participarea României la metoda deschisă de coordonare de la nivelul UE. În perioada de funcționare a CASPI, s-au realizat câteva acțiuni menite să intensifice lupta împotriva sărăciei: (i) stabilirea unei metodologii de măsurare a sărăciei absolute, (ii) crearea unui set de indicatori naționali și județeni în scopul monitorizării și (iii) realizarea primei hărți a sărăciei la nivel local. În plus, Comisia a elaborat Programul național antisărăcie și de promovare a incluziunii sociale și planurile județene aferente, care au explicat și au adaptat obiectivele naționale la nevoile locale.
- Semnarea, în 2005, a unui Memorandum comun în domeniul incluziunii sociale de către Guvern și Comisia Europeană ca o primă fază a unei politici sociale europene implementate în comun. Documentul, coordonat de Ministerul Muncii și redactat de un număr important de actori relevanți, a urmărit identificarea provocărilor cheie întâmpinate de România în promovarea incluziunii sociale, precum și a răspunsurilor de politică necesare.
- Adoptarea Hotărârii de Guvern nr. 1217/2006 ce stabilește un mecanism național pentru promovarea incluziunii sociale. În baza aceluiași act normativ, s-a înființat și o Comisie națională privind incluziunea socială în cadrul Consiliului interministerial pentru afaceri sociale, sănătate și protecția consumatorului. Comisia națională include câte un reprezentant, la nivel de secretar de stat sau președinte, al ministerelor, autorităților, agențiilor și altor instituții guvernamentale cu atribuții în domeniul incluziunii sociale. Are un rol consultativ și este condusă de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. Prezenta Strategie oferă posibilitatea de a activa acest mecanism național.
- Aprobarea Strategiei privind reforma în domeniul asistenței sociale în 2011, cuprinzând o serie de obiective cheie care au ghidat guvernul în ultimii ani și care prezintă relevanță și pentru Strategia de față: (i) acordarea de prestații sociale persoanelor cu venituri mici, (ii) reducerea costurilor de accesare pentru beneficiarii prestațiilor sociale, (iii) reducerea erorilor și a fraudelor la nivelul sistemului, (iv) reducerea numărului persoanelor în vârstă activă dependente de asistență socială; (v) consolidarea prestațiilor de asistență socială și (vi) creșterea capacității de prognoză, planificare strategică, monitorizare și evaluare.

Prezentul proiect de Strategie privind incluziunea socială și reducerea sărăciei introduce un plan care va permite României să realizeze progrese substanțiale la nivelul reducerii sărăciei și promovării incluziunii sociale pentru persoanele, familiile și categoriile vulnerabile, în următorii șapte ani. Strategia de față prezintă un set structurat de măsuri politice ce contribuie la atingerea obiectivelor prevăzute în strategia Europa 2020 pentru România.¹ Strategia urmărește să coordoneze și să actualizeze acțiunile strategice ce vizează reducerea sărăciei, puse în practică în România până la ora actuală (Caseta 1). Mai mult, pentru a asigura complementaritatea și coordonarea cu alte demersuri din domeniu, Strategia cuprinde elemente preluate din diverse strategii sectoriale și din anumite domenii ale politicii de incluziune socială a guvernului (precum combaterea sărăciei infantile, reducerea discriminării populației rome și integrarea comunităților marginalizate). Acest proiect de strategie s-a inspirat și din recomandările Comisiei Europene privind Programul național de reformă pentru 2013 și Programul de convergență pentru perioada 2012-2016 (vezi Caseta 2).

¹ Ținta privind reducerea sărăciei la nivelul UE-28 vizează reducerea cu 20 de milioane a numărului de persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială, în perioada 2008-2020. Guvernul României s-a angajat să contribuie la atingerea acestei ținte prin reducerea populației expuse riscului de sărăcie relativă după transferurile sociale cu 580.000 de persoane, de la 4,99 milioane în 2008 la 4,41 milioane până în 2020.

Caseta 2: Prezentare comparativă a Recomandării Consiliului privind Programul național de reformă al României pentru 2014 și care include un aviz al Consiliului privind Programul de convergență al României pentru 2014 (recomandări specifice de țară) și proiectul de Strategie privind incluziunea socială (Vol. II) și proiectul de Plan de acțiune

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

În vederea combaterii excluziunii sociale, Strategia stabilește ca obiectiv asigurarea egalității de șanse pentru toți cetățenii români pe tot parcursul vieții lor. Realizările oricărui individ se datorează următoarelor două tipuri de influență: circumstanțelor și eforturilor sale.² Circumstanțele vizează toți factorii externi asupra cărora persoana nu deține niciun control, în timp ce eforturile se referă la toți factorii controlabili ce intră în sfera de răspundere a persoanei în cauză. Orice inegalități datorate eforturilor sunt acceptabile din punct de vedere etic, spre deosebire de cele datorate circumstanțelor, care ar trebui eliminate. Există, de asemenea, tot mai multe evidențe potrivit cărora șansele inegale duc adesea la irosirea potențialului productiv și la alocarea ineficientă a resurselor, subminând astfel eficiența economică. Este așadar esențial, atât dintr-o perspectivă morală, cât și dintr-una economică, să se asigure că toate persoanele se bucură de șanse egale pentru dezvoltarea potențialului lor pe întreaga durată a ciclului vieții.

Combaterea sărăciei și a excluziunii sociale presupune abordarea nevoilor individuale din perspectiva ciclului de viață.

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

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

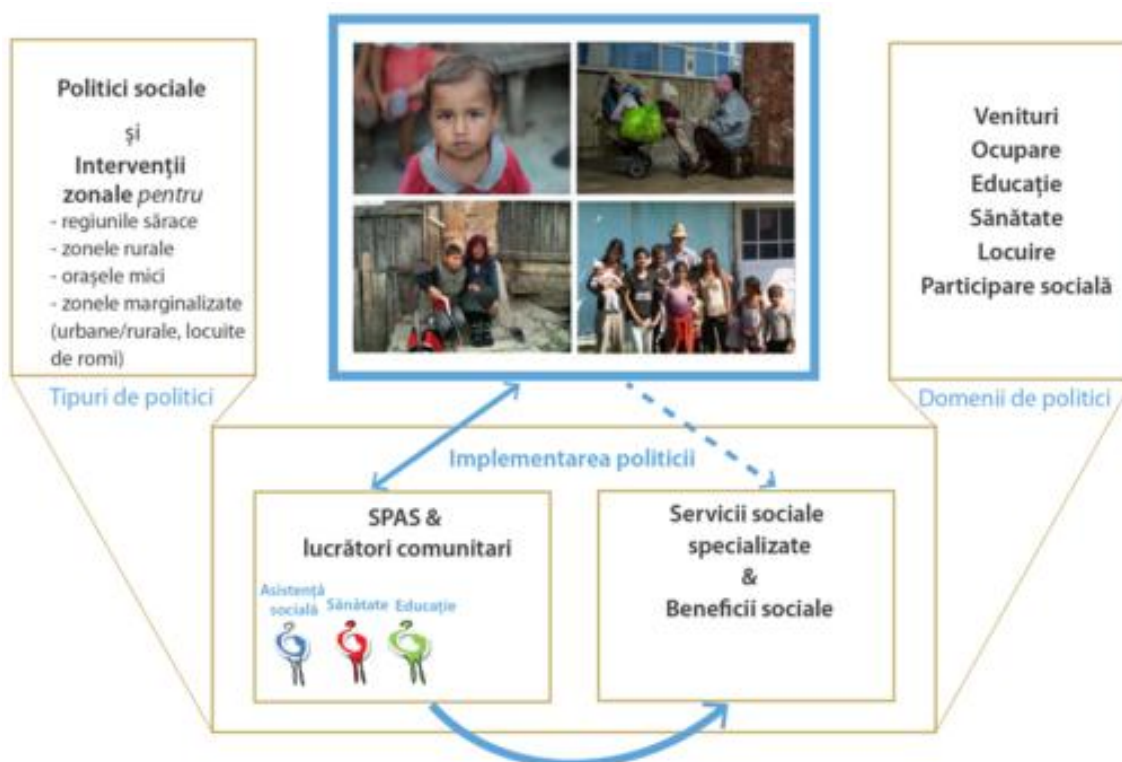
Este nevoie de o abordare coordonată în implementarea politicilor, programelor și intervențiilor adresate populației sărace și vulnerabile și zonelor marginalizate. În România, există deja un spectru larg de politici, programe și intervenții sectoriale care urmăresc reducerea sărăciei și a excluziunii sociale, iar experiența și instrumentele necesare identificării persoanelor și zonelor afectate de sărăcie au fost îmbunătățite în ultimii ani. Ingredientul cheie care lipsește este coordonarea acestor politici, programe și intervenții. Având în vedere strânsa legătură dintre sărăcie și excluziune socială, pentru a înregistra progrese în ambele domenii vor fi necesare mai multe intervenții sociale, mai eficiente, care să conecteze populația la locurile de muncă, sprijinul financiar și servicii. Va fi, de asemenea, esențială îmbunătățirea capacității de evaluare corectă a nevoilor la orice nivel și coordonarea serviciilor sociale, a serviciilor de ocupare a forței de muncă și a celor de sănătate pentru a include în câmpul muncii beneficiarii măsurilor de protecție socială ce sunt inactivi, dar apti de muncă. Astfel, această abordare a sărăciei și excluziunii sociale se bazează pe conceptul furnizării unor servicii integrate și pe armonizarea și alinierea diferitelor programe și intervenții cu ajutorul unor asistenți sociali bine pregătiți și abilitați atât la nivel individual, cât și la nivel comunitar.

² Roemer (1993).

În implementarea intervențiilor, este important să se abordeze atât provocările de la nivelul ofertei, cât și cele legate de cerere. În comunitățile sărace și marginalizate, din mediul rural sau urban, dar și în rândul populației rome și nerome, furnizarea unei noi infrastructuri sau servicii nu înseamnă că acestea vor fi și folosite. Obstacolele de la nivelul cererii, precum cele legate de informarea utilizatorilor, mijloacele financiare, capacitatea restrânsă, costurile de oportunitate, normele sociale și riscuri (în materie de siguranță, demnitate și reputație, de exemplu), toate trebuie evaluate și eliminate. Populația nu va accesa un serviciu oferit dacă nu îi cunoaște avantajele sau dacă acesta presupune costuri prea mari. Mai mult, chiar dacă un serviciu este gratuit, oamenii pot alege să nu îl acceseze în cazul în care consideră prea ridicate costurile de tranzacție sau de oportunitate.

Strategia este structurată în felul următor (vezi Figura 1): (i) actorii ce vor pune în aplicare politicile recomandate; (ii) țintirea politicilor propriu-zise (fie adresate populației /politici sociale sau intervenții zonale) și (iii) principalele politici sectoriale.

Figura 1: Răspunsul de politică pentru reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale



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

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

Având în vedere că sărăcia are o puternică dimensiune geografică în România, un obiectiv central al Strategiei este acela de a asigura că resursele sunt alocate în funcție de distribuția nevoilor la nivelul

țării (prin dezvoltarea *politicilor zonale*). În România, aproape jumătate din populație trăiește în mediul rural, numeroase persoane fiind puternic defavorizate atât din punctul de vedere al veniturilor monetare, cât și al infrastructurii și serviciilor de bază. Se observă, de asemenea, variații importante în mediul urban, orașele mici (mai ales cele al căror statut s-a modificat din rural în urban în ultimii 15 ani) fiind cele mai dezavantajate. Guvernul caută să reducă discrepanțele dintre mediul rural și cel urban, dar și dintre zonele urbane sărace /subdezvoltate și cele mai dezvoltate. În plus, politicile și programele zonale incluse în proiectul de Strategie reprezintă un efort coordonat de a reduce considerabil sărăcia și excluziunea socială în comunitățile marginalizate, care sunt cele mai dezavantajate din România (atât rome, cât și nerome și atât în mediul rural, cât și în cel urban).

Documentul de față are la bază o analiză documentară, o analiză a datelor calitative, noi date colectate de echipa Băncii Mondiale și analize ale datelor administrative, de recensământ și din sondaje. Activitatea de cercetare este prezentată pe scurt în caseta de mai jos (Caseta 3).

Caseta 3: Rezumat al activităților de cercetare care fundamentează proiectul de strategie

1. Cercetare calitativă:

- Studii de caz în județele Arad și Botoșani (peste 150 interviuri)
- Interviuri cu reprezentanți ai autorităților publice centrale (peste 20 interviuri)
- Interviuri cu asistenții sociali și beneficiarii sau potențialii beneficiari ai beneficiilor bazate pe testarea mijloacelor

2. Culegere de date și analiză de date cantitative:

- Recensământ al primăriilor urbane pentru locuințele sociale
- Recensământ al asistenților sociali din SPAS (>3100 chestionare adresate autorităților locale)
- Bază de date consolidată a medicilor, reprezentanților farmaciilor, asistentelor medicale comunitare/ mediatorilor sanitari
- Set de date administrative cu servicii sociale pentru bătrâni
- Set de date administrative cu servicii sociale pentru persoane cu dizabilități
- Set de date administrative pentru serviciile de protecția copilului
- Identificarea 'comunităților-sursă' (rural/urban) pentru copiii din serviciile de protecție specială, pe baza datelor administrative din CMTIS administrate de Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție (ANPDCA)
- Cercetare în cooperare cu UNICEF și ANPDCA privind copiii din serviciile de protecția copilului și comunitățile-sursă
- Analiza sărăciei și deprivării materiale pentru grupurile vulnerabile – 2008/2012 (EU-SILC)
- Prognoza evoluției sărăciei– 2013/2020 (EU-SILC)
- Simularea impactului diferitelor politici asupra sărăciei (EU-SILC)
- Segmentarea grupului NEETD pentru grupul țintă al beneficiilor bazate pe testarea mijloacelor (EU-SILC)
- Profilurile grupurilor vulnerabile – mame adolescente, copii cu părinți migranți, persoane cu dizabilități, bătrâni singuri, persoane din mediul rural, copii în afara școlii, persoane fără adăpost (Recensământ 2011)
- Diagnoza problemelor de locuire pentru populația generală (Recensământ 2011)
- Diagnoza problemelor în localități urbane mici/ recent declarate (Recensământ 2011 și date administrative)
- Identificarea satelor sărace (Recensământ 2011)
- Identificarea comunităților rurale marginalizate (Recensământ 2011)
- Analiza comunităților rome și a comunităților urbane/rurale marginalizate
- Analiza condițiilor și tipurilor de participare socială.

3. Alte analize (studii de caz, cercetarea documentelor, note de informare):

- Analiza funcțională a rolului Agenției Naționale de Ocupare a Forței de Muncă în reducerea sărăciei și excluziunii sociale
- Analiza sectorului de microcredite și a atelierelor protejate pentru persoanele cu dizabilități
- Analiza învățământului special pentru copiii cu dizabilități
- Analiza programelor legate de nutriția în școli
- Analiza programelor bazate pe testarea mijloacelor în școli (rechizite școlare, Bani pentru liceu, burse școlare administrate la nivel nicel local, etc.)
- Analiză privind fondurile europene pentru localitățile urbane mici

Pentru fiecare secțiune acoperită de Strategie, au fost identificate obiective cheie alături de provocări și direcții de acțiune pentru soluționarea acestor probleme. Tabelul 1 propune o selecție de intervenții care pot deveni, între altele, priorități naționale pentru perioada 2015-2020 pentru aceste arii de politici. Nouă dintre ele sunt propuse a fi dezvoltate în continuare de echipa Băncii Mondiale în cadrul planurilor de implementare, care vor include măsuri pentru perioada 2015-2017, resursele necesare, alături de informații privind instituțiile responsabile, termenele limită și mecanismele de 'monitorizare și evaluare'.

Tabel 1: Propunerile de intervenții cheie pentru reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale

Intervenții cheie	
Ocuparea forței de muncă	Creșterea finanțării pentru politici cost-eficiente de activare a forței de muncă, extinderea accesului la aceste servicii pentru populația săracă și vulnerabilă inactivă și coordonarea lor cu servicii adaptate de remediere sau ocupare, prin elaborarea, din cadrul grupului țintă, a unui profil statistic al celor care nu au un loc de muncă dar sunt capabili să muncească. <i>(Inițiativă Cheie Propusă)</i> .
	Țintirea tinerilor vulnerabili, inclusiv prin programe europene cum este cel privind 'Garanții pentru Tineret'.
	Utilizarea fondurilor europene pentru întărirea capacităților de monitorizare și evaluare a acestor politici active ale pieței muncii, pentru a putea identifica care sunt mecanismele cu efect pozitiv și a îmbunătăți oferta programelor existente.
	Introducerea unei formule care să încurajeze munca în beneficiul nou consolidat bazat pe testarea mijloacelor (vezi intervențiile din domeniul Transferurilor sociale), care exclude părți ale veniturilor gospodăriilor din definirea mijloacelor familiei. <i>(Inițiativă Cheie Propusă)</i>
Transferuri sociale	Îmbunătățirea formării profesionale pentru exploatațiile agricole mici și mijlocii prin: (i) consolidarea, profesionalizarea și actualizarea actualelor instituții de consultanță și sprijin pentru fermierii din exploatațiile agricole mici și din agricultura de subsistență și (iii) consolidarea acoperirii cu școli vocaționale de agricultură și colegii tehnice pentru îmbunătățirea abilităților de bază ale (viitorilor) fermieri.
	Consolidarea programelor bazate pe testarea mijloacelor într-un program cheie anti-sărăcie (programul Venitul Minim de Inserție). Cele trei programe mici de asistență socială ar trebui să fie înlocuite de un unic program mai larg și mai bine ținut către cei mai săraci 5 milioane de români, program care va furniza stimulente pentru a combina veniturile cu beneficiile sociale ale săracilor care muncesc. Programul VMI va fi mai bine legat de serviciile de ocupare, educație și sănătate a copiilor precum și cu serviciile de locuire <i>(Inițiativă cheie propusă)</i> .
	Abordarea obstacolelor cererii legate de accesul la beneficii de asistență socială și servicii sociale, cum sunt cele legate de conștientizarea, mijloacele financiare, costurile de oportunitate, normele sociale și riscurile utilizatorului (siguranță, demnitate, stigma).
	Simplificarea accesului persoanelor cu dizabilități la sistemul de protecție socială prin armonizarea criteriilor medicale de pensii de invaliditate cu alocațiile pentru dizabilități și unificarea sistemului instituțional pentru evaluarea alocațiilor de dizabilități și a pensiilor de invaliditate.
Servicii sociale	Dezvoltarea opțiunilor de reformă pentru elaborarea prevederilor legate de venituri rezonabile pentru persoanele vârstnice din mediul rural care nu au în prezent pensii de asigurări sociale
	Complementaritatea fondurilor publice disponibile pentru sectorul serviciilor sociale cu finanțarea de la Uniunea Europeană.
	Consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar prin: (i) dezvoltarea unui pachet minim de intervenție ca o responsabilitate obligatorie a fiecărei autorități locale; (ii) finanțarea unui program național pentru a asigura în fiecare localitate a cel puțin un salariat cu normă întreagă care realizează activități de asistență socială și lucrează unu-la-unu cu persoane în situații vulnerabile și familiile lor; (iii) finanțarea unui program național pentru formarea profesională a personalului din domeniul asistenței sociale și dezvoltarea de metodologii, ghiduri și instrumente care să sprijine aplicarea pe scară largă a managementului de caz la

	<p>nivelul SPAS, în special în comunele și orașele mici; (iv) dezvoltarea unui sistem solid de monitorizare și evaluare a serviciilor de asistență socială la nivel comunitar.</p> <p>Dezvoltarea echipelor comunitare de intervenție integrată pentru furnizarea serviciilor sociale (în educație, ocupare, sănătate, protecție socială și alte servicii publice) și programe de intermediere socială și facilitare la nivel comunitar, în special în zonele sărace și marginalizate, rurale și urbane, de romi și non-romi, prin (i) dezvoltarea unor metodologii clare, protocoale și proceduri de lucru pentru lucrătorii comunitari și (ii) dezvoltarea în zonele marginalizate extinse a unor centre comunitare multi-funcționale pentru furnizarea serviciilor integrate către (dar nu în mod exclusiv) familiile aflate în sărăcie extremă (<i>Inițiativă cheie propusă</i>).</p> <p>Consolidarea serviciilor sociale de protecție a copilului prin: (i) dezvoltarea și consolidarea capacității de prevenire la nivel comunitar și a serviciilor de sprijin; (ii) reconsiderarea căilor și mijloacelor (inclusiv a beneficiilor bănești) de furnizare a sprijinului către familie pentru prevenirea separării copilului de familie și (iii) revizuirea serviciilor existente de protecție a copilului pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirii acordate, reducând în același timp durata de ședere la minimul necesar (<i>Inițiativă cheie propusă</i>).</p> <p>Dezvoltarea serviciilor sociale pentru grupurile vulnerabile prin: (i) creșterea finanțării serviciilor sociale și îmbunătățirea procedurilor pentru contractarea serviciilor sociale către furnizori non-guvernamentali și privați; (ii) întărirea rolului DGASPC de planificare strategică, de îndrumare și coordonare metodologică pentru SPAS, precum și de monitorizare și evaluare a furnizorilor de servicii, de la nivelul întregului județ.</p>
Educație	<p>Extinderea rețelei de grădinițe și creșe pentru a asigura acces tuturor copiilor.</p> <p>Dezvoltarea și implementarea unui program național centrat pe copiii cu risc de abandon școlar sau pentru cei care nu sunt înscriși în învățământul primar și gimnazial prin: (i) elaborarea unor cerințe coerente ce asigură legătura între sistemul educațional și punctele de intrare din toate sistemele care au date despre copiii ce provin din familii vulnerabile; (ii) implementarea unui sistem de monitorizare pentru copiii cu cel mai mare risc de abandon școlar sau cei neînscrisi la școală; (iii) consolidarea mecanismelor de monitorizare în școli prin urmărirea ulterioară a acestor cazuri; (iv) dezvoltarea unui program care să furnizeze asistență, educație parentală, sprijin și monitorizare pentru gospodăriile care au copii de vârstă școlară care nu frecventează școala.</p> <p>Îmbunătățirea disponibilității programelor de tip a doua șansă în zona rurală și derularea acestora și pentru învățământul secundar superior și investirea resurselor pentru sprijinirea grupurilor dezavantajate care frecventează programele a doua șansă ca o compensație pentru costurile educaționale și pentru alte costuri indirecte.</p> <p>Îmbunătățirea accesului la educație de calitate a copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES) și/sau a celor cu dizabilități prin: (i) revizuirea aranjamentelor instituționale, financiare și juridice pentru educația copiilor cu cerințe educaționale speciale și/sau dizabilități, (ii) crearea unor programe ulterioare pentru pregătirea părinților, tutorilor și cadrelor didactice în asigurarea interacțiunii și sprijinului copiilor cu CES și/sau dizabilități, posibil prin utilizarea fondurilor Programului Operațional de Capital Uman (POCU); (iii) includerea tematicii toleranței față de persoanele cu dizabilități și diversității în curriculumul educațional pentru a reduce stigma și respingerea asociată dizabilității și CES; (iv) asigurarea investițiilor în Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE) pentru a le permite să devină adevărate centre de resurse pentru educație incluzivă; (v) îmbunătățirea bazei de cunoaștere pentru copiii cu dizabilități și CES și asupra accesului lor la educație</p> <p>Asigurarea oportunităților egale de acces pentru toți copiii prin (i) revizuirea metodologiei de finanțare a școlii pentru a îmbunătăți alocarea resurselor pentru copiii în dificultate și (ii) asigurarea faptului că banii sunt utilizați pentru a furniza intervenții efective care vor crește accesul la educație și vor îmbunătăți calitatea acesteia pentru grupurile vulnerabile. (<i>Inițiativă cheie propusă</i>)</p> <p>Reproiectarea sistemului de ajutor social din educație pentru stimularea participării în educație și calității educației pentru elevii săraci și vulnerabili.</p>

Sănătate	Creșterea acoperirii cu servicii de asistență medicală primară comunitară (medici de familie, asistenți medicali comunitari, mediatorii romi) la nivel național.
	Dezvoltarea unor intervenții de promovare a sănătății bazate pe date, alături de implementarea, monitorizarea și evaluarea acestor programe. Printre altele: reducerea consumului nociv de alcool, în special în zonele rurale, focalizat pe populația cu un nivel scăzut de educație și pe intervenții de sensibilizare în comunități specifice identificate ca fiind cele mai vulnerabile.
	Reproiectarea Programului Național de control M/XDR-TB- pentru a include sprijin social și intervenții țintite, cu un buget dedicat, care adresează populația săracă și extrem de vulnerabilă (IDU, copiii străzii, persoanele fără adăpost, prizonierii, romii și alte grupuri).
Locuire	Elaborarea și finanțarea unui program de locuințe sociale pentru grupurile vulnerabile care nu-și permit să plătească chiria sau utilitățile, cum sunt persoanele fără adăpost, tinerii care părăsesc sistemul de protecție, foștii deținuți, persoanele evacuate din casele retrocedate, persoanele dependente de droguri.
	Introducerea unei componente de locuire în noul beneficiu consolidat bazat pe testarea mijloacelor (vezi secțiunea despre Transferuri sociale), pentru familiile care trăiesc în locuințe sociale, suplimentar față de ajutorul de încălzire pentru familiile cu venituri scăzute care trăiesc în locuințele proprii. Acest beneficiu de locuințe va acoperi o parte a costurilor chiriei și o parte a costurilor legate de încălzire, pentru a preveni pierderea locuinței prin reducerea evacuărilor..
	Trecerea treptată, în zona de reducere a fenomenului persoanelor fără adăpost, de la servicii de urgență țintite către programe de integrare pe termen lung.
Participare socială	Asigurarea faptului că există în cadrul instituțional al serviciilor sociale mecanisme deschise și cu o bună capacitate de reacție pentru reclamații și plângeri.
	Promovarea campaniilor de sensibilizare a opiniei publice și promovarea diversității (inclusiv diferite categorii de grupuri marginalizate sau discriminate) ca o completare a altor acțiuni, care adresează stigma și discriminarea.
	Încurajarea participării sociale și a voluntariatului prin îmbunătățirea legii privind voluntariatul și mobilizarea mass media și a societății civile în creșterea gradului de conștientizare asupra celor mai bune practici și a valorii participării.
Politici zonale	Îmbunătățirea dezvoltării teritoriale a zonelor rurale, sub-urbane și peri-urbane în jurul motoarelor urbane de creștere, în special a orașelor mari dinamice și a polilor de creștere prin: (i) definirea orașelor, în special a celor mai dinamice, ca zone funcționale urbane și (ii) implementarea mecanismelor instituționale adecvate pentru managementul zonelor funcționale urbane pentru a permite extinderea orașelor dinamice/ polilor de creștere; (iii) dezvoltarea sistemelor metropolitane de transport public în zonele cu densitate mare a populației și fluxuri mari de navetiști și (iv) investițiile în infrastructura satelor care fac parte din orașe.
	Continuarea investițiilor în extinderea și modernizarea infrastructurii fizice în zonele rurale – drumuri și utilități de bază (în principal apă, canalizare și gaz natural).
	Furnizarea de formare profesională și activități de facilitare către autorități locale și alte părți interesate pentru programul LEADER și utilizarea cadrului GAL-urilor (Grupurile de Acțiune Locală) pentru a utiliza cât mai bine fondurile ESI în reducerea sărăciei și excluziunii sociale în zonele rurale.
	Dezvoltarea de noi instrumente sau validarea celor existente pentru identificarea localităților sărace, satelor și comunităților marginalizate. <i>(Inițiativă cheie propusă)</i>
	Reducerea sărăciei concentrate și persistente în comunitățile marginalizate prin implementarea 'pachetelor' de servicii sociale integrate (echipe comunitare de intervenție integrată și centre comunitare multi-funcționale); acces coordonat la educație, sănătate, ocupare și locuire.
Consolidarea capacității instituționale	Stabilirea unor politici de coordonare funcționale inter-sectoriale (MMFPSPV, MDRAP, ME, MS) și îmbunătățirea cooperării dintre autoritățile centrale și locale, pentru dezvoltarea abordării integrate anti-sărăcie și promovarea a politicilor de incluziune socială.

de reducere a sărăciei și de promovare a incluziunii sociale	<p>Îmbunătățirea capacității de monitorizare și evaluare a măsurilor incluse în Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei prin: (i) îmbunătățirea mecanismelor de colectare periodică a datelor administrative și de sondaj; (ii) dezvoltarea capacității personalului de la diferite niveluri pentru analiza datelor calitative și cantitative privind sărăcia și excluziunea socială; și (iii) dezvoltarea unui sistem național de monitorizare și evaluare a incluziunii sociale. <i>(Inițiativă cheie propusă)</i></p>
	<p>Extinderea acoperirii și funcționalității sistemelor de management al informației în asistența socială prin: (i) dezvoltarea unor soluții de management al relației cu clienții (MRC) pentru a le da posibilitatea autorităților locale de a maximiza automatizarea tuturor proceselor locale de asistență socială astfel încât să poată conecta toate bazele de date locale cu SMI de asistență socială și (ii) dezvoltarea unui nou SMI de asistență socială pentru procesarea automată și realizarea validărilor (atât ex-ante cât și ex-post). <i>(Inițiativă cheie propusă)</i></p>
	<p>Dezvoltarea unui sistem modern de plăți care va utiliza tehnologii și metode moderne de furnizare a serviciilor pentru: (i) centralizarea funcției de procesare a plăților; (ii) automatizarea calculului cererii de fonduri; (iii) raționalizarea cererilor bugetare din Trezorerie; (iv) utilizarea tehnologiilor moderne de transfer a plății; (v) furnizarea clienților a unui set de mijloace de plată sigure și convenabile; (vi) încetarea plăților directe către terți; și (vii) încorporarea celor mai bune practici privind funcțiile de audit și reconciliere. <i>(Inițiativă cheie propusă)</i></p>

Strategia este organizată după cum urmează: prima secțiune debutează cu o analiză a tendințelor privind sărăcia și excluziunea socială din ultimii ani și cu o prognoză referitoare la sărăcie pentru următorii cinci ani (2015-2020) și se încheie cu o prezentare a principalelor grupuri vulnerabile abordate. A doua secțiune a strategiei prezintă politicile sectoriale (care vizează atât persoanele, cât și zonele afectate de sărăcie) care trebuie implementate pentru rezolvarea problemelor identificate în prima secțiune. Prima subsecțiune a celei de-a doua secțiuni acoperă subșetul de politici care au un impact direct asupra veniturilor persoanelor sărace și vulnerabile, și anume politicile privind ocuparea forței de muncă și cele privind transferurile sociale (beneficiile de asistență socială și de asigurări sociale). Aceasta continuă cu prezentarea principalelor probleme legate de sărăcie și excluziunea socială în anumite domenii precum: servicii sociale, educație, sănătate, locuire și participare socială. Se acordă o atenție specială abordării integrate, coordonate și intersectoriale a prestării de servicii sociale, pentru a reacționa la provocările complexe ale sărăciei și excluziunii sociale într-un mod mai eficient. Ultima parte a secțiunii se axează pe politicile zonale și analizează disparitățile regionale, diferențele dintre mediul urban și cel rural și problemele specifice din micile orașe și sate, din zonele marginalizate rurale și urbane, precum și din comunitățile rome. Strategia continuă cu o prezentare a măsurilor necesare pentru consolidarea capacității sistemului public de a reduce sărăcia și de a crește incluziunea socială. Documentul se încheie cu o prezentare a unui set de inițiative cheie (pentru care vor fi elaborate planuri detaliate de implementare în perioada următoare), care ar putea avea cel mai mare impact asupra reducerii sărăciei și promovării incluziunii sociale.

1. GRUPURILE SĂRACE ȘI VULNERABILE

1. Grupurile sărace și vulnerabile

Această secțiune prezintă principalele caracteristici și evoluția grupurilor sărace sau în alte tipuri de vulnerabilitate din România, precum și o prognoză pentru perioada 2015-2020. Secțiunea se încheie cu o prezentare succintă a grupurilor vulnerabile expuse riscului de excluziune socială.

Structura capitolului

Pagina

1.1. Situația și prognozele privind sărăcia sau excluziunea socială	19
1.1.1. Situația și dinamica riscului de sărăcie sau excluziune socială	21
1.1.2. Prognoze privind sărăcia relativă (AROP)	33
1.2. Principalele grupuri vulnerabile	38

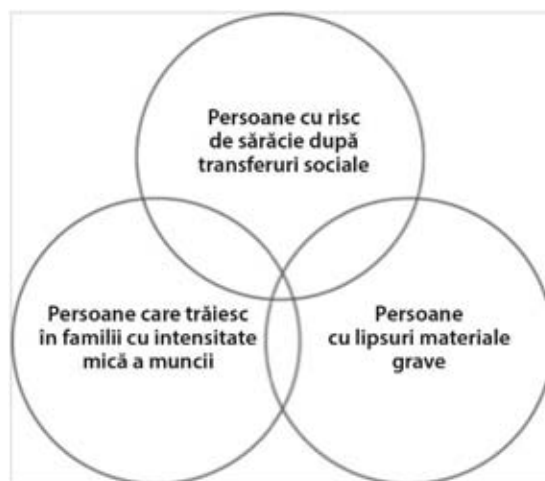


1.1. Situația și prognozele privind sărăcia sau excluziunea socială

Recunoscând natura complexă a sărăciei și excluziunii sociale, Guvernul României utilizează o gamă largă de indicatori pentru a măsura aceste fenomene.³ Cel mai general indicator, utilizat și pentru a măsura atingerea țintei asumate la nivelul Uniunii Europene referitoare la creșterea incluziunii sociale, urmărește persoanele expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROP) care se află în cel puțin una din următoarele trei situații:

- Sunt expuse riscului de sărăcie relativă, chiar dacă au primit transferuri sociale (indicator denumit AROP – at risk-of-poverty). Acestea sunt cele al căror venit disponibil anual este mai mic de 60 de procente din venitul median, raportat la numărul de adulți echivalenți. Venitul disponibil este suma tuturor veniturilor realizate (inclusiv veniturile din protecție socială: prestații de asigurări sociale sau beneficii de asistență socială) din care se scad impozitele (pe venit sau pe proprietate) și contribuțiile sociale plătite.
- Trăiesc în gospodării cu o intensitate a muncii foarte scăzută, respectiv persoanele care trăiesc în gospodării în care membrii cu vârsta între 18 și 59 de ani au avut o activitate aducătoare de venit cu o durată mai mică de 20 la sută din potențialul lor de muncă din anul de referință.
- Sunt expuse deprivării materiale severe, respectiv persoanele din gospodăriile care se află în cel puțin patru din următoarele nouă situații: (1) nu își permit să plătească chiria, ratele la împrumuturi sau facturile la utilități; (2) nu își permit să își mențină locuința încălzită adecvat; (3) nu pot să facă față cu resursele proprii cheltuielilor neprevăzute, echivalente cu pragul lunar național de sărăcie; (4) nu își permit să consume carne, pui, pește sau meniu vegetarian echivalent cel puțin o dată la două zile; (5) nu își permit să plece în vacanțe anuale de câte o săptămână departe de casă; (6) nu au televizor color; (7) nu au mașină de spălat; (8) nu au autoturism; și (9) nu au telefon.⁴

Figura 2: Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială



³ Indicatorii sunt calculați conform unei metodologii naționale (Hotărârea nr.488/2005 privind sistemul național de indicatori de incluziune socială), precum și conform metodologiei utilizate de Eurostat.

⁴ Indicatorul face distincția între persoanele care nu își permit un anumit articol sau serviciu și cele care nu au acest articol sau serviciu din alte motive, de pildă, pentru că nu și-l doresc sau nu au nevoie de el.

Caseta 4: Definiția și măsurarea sărăciei

Nu există o metodologie unică, general acceptată, de măsurare a sărăciei – fiecare dintre numeroasele metode existente având premise distincte și în consecință rezultate diferite. La modul general, pentru a determina nivelul sărăciei printr-o evaluare unidimensională (sărăcia fiind definită pe baza unui singur indicator de bunăstare) este nevoie să fie stabilite două elemente: (i) indicatorul care să exprime nivelul de bunăstare sau resursele fiecărei gospodării și care să permită compararea standardului de viață al gospodăriilor, și (ii) un prag al sărăciei (un nivel-jalon al indicatorului de bunăstare cu care să fie comparat nivelul de bunăstare al fiecărei gospodării, astfel încât cele cu un nivel inferior aceluia prag să fie considerate sărace). În România au fost testate, de-a lungul timpului, diverse metodologii de estimare a sărăciei care au propus variante diferite ale acestor două elemente. Dintre acestea, în contextul prezentei Strategii, două sunt considerate mai importante: (a) metoda națională de calcul a sărăciei absolute și (b) metoda de calcul a sărăciei relative stabilită și calculată la nivel european.

(i) Metoda națională de calcul a sărăciei absolute a fost elaborată de către experții Băncii Mondiale, Comisiei Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale și Institutului Național de Statistică și aprobată de Guvern în 2005 (Hotărârea de Guvern nr.488/2005). Această metodă își propune să identifice gospodăriile care nu își pot satisface nevoile de bază alimentare, de servicii și de bunuri nealimentare pe baza identificării unui minim necesar de consum pe adult echivalent. Pentru a ține cont de economiile de scală (costurile suplimentare cu fiecare persoană suplimentară sunt mai mici decât cele ale primei persoane dintr-o gospodărie) și de costurile diferite pentru copii față de adulți, se calculează numărul de adulți echivalenți dintr-o gospodărie ca fiind $(nr. \text{persoane de } 14+ \text{ ani} + 0.5 * \text{persoane sub } 14 \text{ ani})^{0.9}$. În plus, metoda folosește ca indicator de bunăstare cheltuielile de consum (și nu veniturile), ce aproximează mai bine nivelul de trai al gospodăriei în România (având în vedere ponderea semnificativă a resurselor nemonetare provenite din activități informale în totalul bugetului gospodăriilor). Totuși, această metodă are o serie de limite: (i) structura coșului de consum alimentar și de bunuri nealimentare și servicii folosite pentru a calcula pragul sărăciei s-a modificat puternic din 2002 până în prezent, ceea ce face ca simpla inflatare a pragului în prețuri curente să nu fie suficientă pentru a identifica corect persoanele aflate în dificultate financiară, (ii) formula calculului numărului de adulți echivalenți este probabil depășită și măsoară inadecvat nevoile copiilor și economiile de scală dintr-o gospodărie, (iii) designul de eșantionare utilizat pentru sondajul folosit pentru a măsura sărăcia necesită o actualizare în lumina rezultatelor ultimului recensământ. Pentru o bună cunoaștere a mărimii și profilului grupurilor în sărăcie ce necesită intervenția guvernului, este nevoie de alocarea resurselor financiare și umane necesare în vederea revizuirii metodologiei de calcul a sărăciei absolute (inclusiv cu sprijinul altor actori cheie precum Institutul Național de Statistică, a institutelor de cercetare sau a mediului academic cu expertiză în acest domeniu). În acest sens, este important să fie analizată și adecvarea noii metode normative de măsurare a sărăciei (cea a bugetelor de referință) pilotată la nivelul Uniunii Europene cu scopul explicit de a calibra mai bine suportul pentru persoanele în nevoie.

(ii) Conform metodei sărăciei relative calculate de Eurostat, pragul de sărăcie (sub care o gospodărie este considerată săracă) se calculează ca reprezentând 60% din mediana distribuției veniturilor disponibile ce revin pe adult echivalent. Numărul de adulți echivalenți este suma dintre valoarea 1, atribuită primului adult, numărul celorlalți adulți $\times 0,5$ și numărul de copii $\times 0,3$. Valoarea mediană este venitul obținut de gospodăria pentru care jumătate din populație are venituri mai mari și cealaltă jumătate din populație are venituri mai mici. Întrucât pragul este calculat în funcție de veniturile persoanelor dintr-un anumit moment, această metodă măsoară mai degrabă inegalitatea dintr-o societate, fără a indica dacă persoanele sărace/non-sărace își pot satisface nevoile financiare de bază sau nu (de exemplu, dacă veniturile dintr-o societate s-ar dubla sau s-ar înjumătăți pentru toți indivizii într-un an, numărul de săraci relativi ar rămâne constant). O modalitate prin care problema relativității pragului și implicit a lipsei de comparabilitate între ani poate fi rezolvată o reprezintă utilizarea pentru comparația între ani a unui prag ancorat în timp (utilizarea unui prag dintr-un an anterior inflatat în prețuri curente). Cu toate limitele menționate mai sus, metodologia sărăciei relative este utilizată pentru monitorizarea atingerii țintei naționale asumate de România de reducere a sărăciei și de aceea va fi metoda principală de identificare a persoanelor sărace folosită în această strategie.

1.1.1. Situația și dinamica riscului de sărăcie sau excluziune socială

În această secțiune vom analiza fiecare dimensiune a indicatorului AROPE separat, examinând evoluția acestora în perioada 2008-2012 și profilul sociodemografic al indivizilor și familiilor cu risc mai mare de sărăcie sau de excluziune socială.

Persoane expuse riscului de sărăcie

Procentul de populație expusă riscului de sărăcie relativă după transferuri sociale (AROP) este primul dintre cei trei indicatori care sunt utilizați pentru a evalua riscul de sărăcie și excludere socială în Uniunea Europeană și este de asemenea indicatorul care este folosit în România pentru a monitoriza dacă este atinsă ținta națională privind reducerea sărăciei.

În România, rata sărăciei relative (AROP) nu a variat semnificativ comparativ cu 2008. Deși rata sărăciei a scăzut cu 2,3 puncte procentuale între 2008 și 2010, aceasta a arătat o tendință crescătoare între 2010 și 2013 (Tabel 2). Ca urmare, declinul sărăciei între anii 2008 și 2013 a fost de 0,9 puncte procentuale (reprezentând 211.000 de persoane care au ieșit din sărăcie, prin comparație cu obiectivul național de 580.000).⁵ Nu numai că rata sărăciei nu s-a modificat mult în perioada 2008-2012,⁶ dar deficitul de venit (care măsoară distanța la care se află populația săracă de pragul de sărăcie) a rămas de asemenea aproape constant. Sărăcia în funcție de un prag de sărăcie ancorat, respectiv metoda prin care dinamica sărăciei este măsurată în funcție de un prag de sărăcie menținut constant în timp din punct de vedere al puterii de cumpărare, a cunoscut o scădere în perioada 2008-2010, urmată de o creștere ușoară în perioada 2011-2013.

Tabel 2: Rata sărăciei relative și decalajul de sărăcie, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rata sărăciei relative	23,3	22,4	21	22,1	22,5	22,4
Deficitul de venit	8,3	8,2	7,1	7,9	8,2	
Rata sărăciei ancorate*	23,4	18,2	16,2	17,9	19,9	20,4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2008-2013.

*) ancorată la pragul sărăciei din 2008.

Sărăcia persistentă

Majoritatea persoanelor aflate în sărăcie relativă din România trăiesc în sărăcie persistentă. Dintre persoanele care trăiau în sărăcie relativă în 2012, 81% trăiau în sărăcie persistentă (o persoană se află în sărăcie persistentă dacă are venituri sub pragul sărăciei în anul de referință și în cel puțin doi din ultimii trei ani).⁷ Aproape o treime dintre copii trăiesc în sărăcie persistentă, iar riscul la care sunt expuși este mult mai ridicat decât pentru orice alt grup de vârstă. Mai mult, riscul la care sunt expuși copiii de a trăi în sărăcie persistentă a crescut cu aproape 3 procente între anii 2008 și 2012, în timp ce riscul pentru toate celelalte grupe de vârstă a crescut cu circa 1 procent sau chiar a scăzut.

⁵ Sărăcia relativă este indicatorul care este folosit de România pentru a monitoriza atingerea țintei de reducere a sărăciei.

⁶ Din cauza unor probleme de comparabilitate a anchetelor între 2013 și ceilalți ani, ancheta EU-SILC din anul 2012 va fi cea mai recentă dintre cele utilizate în acest capitol.

⁷ În România, rata riscului de sărăcie persistentă este aproape dublă față de rata UE-28 rate – 18,2 procente prin comparație cu numai 10,2 procente.

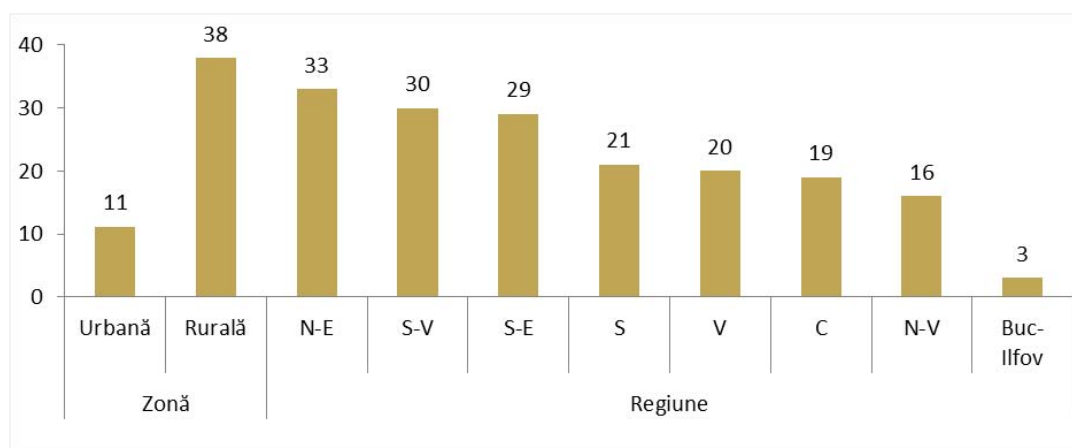
Disparități regionale

În România, faptul că o gospodărie se află în mediul urban sau rural reprezintă un indicator semnificativ al nivelului său de excludere socială sau de sărăcie. Din păcate, EU-SILC nu face distincție între mediile de rezidență urban și rural deci a trebuit să aproximăm această caracteristică a gospodăriilor cu o variabilă care face diferența între trei niveluri de urbanizare - zone dens populate, zone intermediare și zone slab populate.⁸ Pentru simplificarea analizei, am decis să grupăm împreună zonele dens populate și zonele intermediare și să le numim zone urbane.⁹

Sărăcia este de trei ori mai probabilă în zonele rurale decât în zonele urbane. Caracteristicile decalajului urban/rural al societății românești pot fi identificate în diferența foarte mare dintre valorile indicatorului AROP pentru cele două zone. În 2012, în timp ce doar 11 procente dintre persoanele care trăiau în zonele dens populate sau intermediare erau expuse riscului de sărăcie, 38 de procente dintre cele care trăiau în zonele slab populate erau expuse acestui risc, o diferență de 3,5 puncte procentuale (a se vedea Figura 3).

O mare parte din diferența privind sărăcia poate fi explicată cu ușurință prin caracteristicile structurale ale unei localități rurale tipice din România zilelor noastre. Populația rurală are un procent mai mic de persoane de vârstă activă decât zonele urbane (62,5 la sută comparativ cu 70,9 la sută), care tind să aibă rate ale sărăciei semnificativ mai mici decât populația pe ansamblu (Tabel A 1). De asemenea, zonele rurale tind să aibă o populație predominant îmbătrânită, cu puține surse de venit monetar. De asemenea, procentul lucrătorilor pe cont propriu în agricultură este mult mai mare în zonele rurale decât în zonele urbane (15,8 la sută față de numai 2,3 la sută), lucrătorii pe cont propriu fiind unul dintre grupurile cu cel mai mare risc de sărăcie în general (Tabel A 2). Chiar și între rezidenții cu aceleași caracteristici, există totuși o diferență semnificativă în ceea ce privește ratele de sărăcie între cei din zonele rurale și cei din zonele urbane. De exemplu, în timp ce 11,6% din angajații din mediul rural trăiau în sărăcie în 2012, numai 3,5 la sută din angajații care locuiau în zonele urbane erau săraci. Acest lucru poate fi explicat prin diferențele de educație și de oportunități trecute și prezente pe piața muncii (Tabel A 2).

Figura 3: Ratele sărăciei relative pe zone rezidențiale și regiuni de dezvoltare, 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Există diferențe uriașe între regiunile României în ceea ce privește probabilitatea de sărăcie. Începând din 2012, cea mai mică proporție de persoane expuse riscului de sărăcie a fost înregistrată în regiunea București-Ilfov, unde numai 3 procente din populație trăiește în sărăcie relativă (Figura 3). Regiunile de nord-vest, centru și vest au avut de asemenea proporții mai mici decât media națională. Regiunile cu

⁸ În 2012, 33,7 la sută din populație locuia în zone dens populate, 23,9 la sută în zone intermediare și 42,5 la sută în zone slab populate.

⁹ Din cauza unei modificări a definiției zonelor dens populate, intermediare și slab populate în 2012, datele din 2008-2011 și 2012-2013 nu sunt comparabile.

cele mai mari procente de persoane expuse riscului de sărăcie sunt regiunile de nord-est (33 de procente) și de sud-est (29 de procente) (Moldova și Dobrogea) plus regiunea de sud-vest (Oltenia). Deși o parte dintre diferențe s-a datorat procentului de persoane care trăiesc în zonele rurale (deoarece regiunile cu cele mai mari rate de sărăcie au și cea mai mare populație rurală), par a exista inegalități și pentru persoanele care trăiesc în același mediu de rezidență în regiuni diferite.

Copiii și tinerii care trăiesc în sărăcie

O treime dintre copii trăiesc în sărăcie relativă, iar procentul nu a scăzut în timp. Din 2008 până în 2012, rata sărăciei relative în rândul copiilor a fost constant mai mare decât rata sărăciei calculată la nivelul întregii populații (cu circa 10 puncte procentuale) (Tabel 3). Mai mult, în timp ce rata sărăciei pentru populația totală a scăzut (deși doar ușor) în acești cinci ani, rata sărăciei în rândul copiilor a crescut cu aproximativ 1 punct procentual.

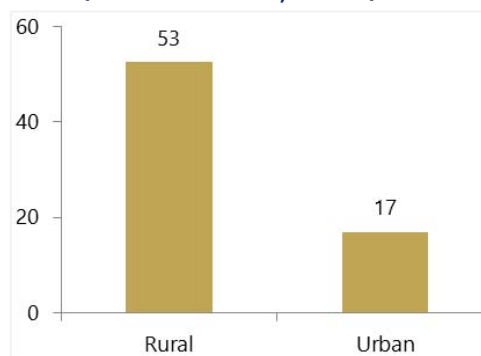
Tabel 3: Ratele sărăciei pe grupe de vârstă, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
0-17	32,8	32,3	31,6	32,6	34,0
18-24	24,4	25,6	25,6	28,5	31,4
25-49	20,5	20,6	20,1	22,0	21,8
50-64	17,4	16,2	14,8	16,1	16,4
65+	25,4	20,6	16,4	13,9	14,9

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Unul din doi copii din zonele rurale trăiește în sărăcie relativă. În 2012, peste 50 la sută dintre copiii din zonele rurale trăiau în sărăcie, prin comparație cu doar 17 la sută dintre copiii din localitățile urbane. Această mare discrepanță, combinată cu o distribuție aproximativ uniformă a copiilor între zonele urbane și cele rurale, face ca peste 74 la sută dintre toți copiii săraci să trăiască în mediul rural (a se vedea Figura 4 și Tabel A 3). Ceea ce este alarmant, așa cum se poate vedea în detaliu în capitolele strategiei pe sectoare, este că absența resurselor materiale, combinată cu lipsa accesului la servicii de bază (sănătate și educație) și cu o piață ineficientă a muncii crește vulnerabilitatea acestor copii la sărăcia persistentă, chiar și după ce devin adulți.

Figura 4: Ratele sărăciei în rândul copiilor (cu vârste între 0 și 17 ani), 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Famiiliile cu mulți copii sunt mai predispuse spre sărăcie.

În 2012, famiiliile fără copii au avut o rată puțin mai mică a sărăciei decât rata națională (Tabel A 4). Totuși, pe măsură ce numărul de copii crește, incidența sărăciei crește de asemenea semnificativ. Deși rata sărăciei pentru famiiliile cu un singur copil nu este semnificativ mai mare decât rata națională a sărăciei, famiiliile cu doi copii au o rată a sărăciei cu peste 10 la sută mai mare decât rata națională. Aproximativ 20 la sută din copii trăiesc în famiilii cu trei sau mai mulți copii (Tabel A 5), care au un risc de sărăcie de 57 la sută (riscul este chiar mai mare pentru copiii din aceste gospodării care trăiesc în zone slab populate).

Tinerii înregistrează cea de-a doua rată a sărăciei ca mărime, fiind principalul grup afectat de criza economică. În 2012, tinerii cu vârste între 18 și 24 de ani au înregistrat o rată extrem de ridicată a sărăciei (31,4%),¹⁰ foarte apropiată de riscul ridicat de sărăcie la care erau expuși copiii. Îngrijorător este faptul că, în cazul tinerilor, rata sărăciei a crescut semnificativ în timp. De exemplu, rata sărăciei în rândul celor cu vârste între 18 și 24 de ani a crescut cu 7 puncte procentuale între 2008 și 2012, în timp ce creșterea

¹⁰ Aceleași concluzii se aplică grupului de vârstă 16-26 de ani.

a fost de numai de 1,2 puncte procentuale în cazul copiilor, în aceeași perioadă. Această creștere este posibil să fi fost cauzată de vulnerabilitatea și riscul în creștere cu care s-au confruntat tinerii pe piața muncii în respectivii ani.

Vârstnicii care trăiesc în sărăcie

Deși pentru toate celelalte grupe de vârstă situația a rămas la fel sau s-a deteriorat, rata sărăciei pentru vârstnici a scăzut semnificativ. În 2008, vârstnicii (definiți ca având vârste de 65 de ani și peste) au înregistrat cea de-a doua rată a sărăciei ca mărime, după copii (25 de procente). Totuși, doi ani mai târziu, după o creștere semnificativă a nivelului pensiilor contributive și sociale, rata sărăciei în rândul vârstnicilor s-a redus în așa măsură încât a devenit mai mică decât pentru orice altă grupă de vârstă (a se vedea Tabel 4).

Prezența membrilor vârstnici scade incidența sărăciei familiilor. În 2012, incidența sărăciei în rândul familiilor cu un membru vârstnic (21,2 la sută) era cu 1,6 puncte procentuale mai mică decât incidența sărăciei în familiile fără membri vârstnici (a se vedea Tabel 4). De asemenea, incidența sărăciei în rândul familiilor cu doi membri vârstnici în 2012 a fost de numai 6,9 la sută. Este important de observat că, în 2008, situația familiilor cu un membru vârstnic era de fapt mai rea decât pentru familiile cu niciun membru vârstnic. La fel, familiile cu doi sau mai mulți membri vârstnici au înregistrat o incidență doar puțin mai mică a sărăciei în 2008 decât familiile cu niciun membru vârstnic. Totuși, situația familiilor cu un membru vârstnic s-a îmbunătățit spectaculos în anii 2008 și 2009 ¹¹ datorită îmbunătățirii semnificative a valorii reale a pensiilor în 2008 și 2009 (Tabel A 6).

Tabel 4: Ratele sărăciei relative la nivel de familie, după numărul de vârstnici (cu vârste de 65 de ani și peste)

Numărul de membrii vârstnici ai familiei	2008	2009	2010	2011	2012
0	20,5	20,7	20,9	21,9	22,8
1	30,1	25,3	21,6	20,5	21,2
2	19,9	14,8	10,1	6,3	6,9
Total	22,8	21,2	19,9	19,9	20,7

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2008-2012.

Chiar dacă bunăstarea relativă a vârstnicilor s-a îmbunătățit de-a lungul anilor, în cadrul acestui grup există un decalaj mai mare între sexe. Diferența din punct de vedere al sărăciei dintre bărbații și femeile cu vârste de 65 de ani și peste este de 10 puncte procentuale (19,3 procente pentru femei, față de 9,2 procente pentru bărbați). Diferența este și mai mare pentru persoanele cu vârste de 80 de ani și peste (a se vedea Tabel A 7). Deși femeile necăsătorite reprezintă numai 16 la sută din populația cu vârste de 65 de ani și peste, acestea reprezintă 28 la sută din populația săracă cu vârste de 65 de ani și peste (Tabel A 8). Aceasta deoarece rata sărăciei pentru femeile necăsătorite cu vârste de 65 de ani și peste este mult mai mare decât aceea a vârstnicilor care locuiesc în orice alt tip de familie (Tabel 5).

Tabel 5: Rata sărăciei relative la nivel de familie, pentru diferite tipuri de familie, 2012

Familii cu...	Total	Zone dens populate/intermediare	Zone slab populate
Vârstnici singuri (65+), din care...	25,8	9,9	39,5
- Bărbați singuri cu vârste de 65 de ani și peste	13,8	6,0	20,9
- Femei singure cu vârste de 65 de ani și peste	30,2	11,3	46,1
- Cupluri de vârstnici (ambii 65+ și căsătoriți)	5,8	2,4	9,1
- Alte tipuri de familii cu membri vârstnici	14,4	7,0	21,9
- Familii fără membri vârstnici	22,7	11,6	43,4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

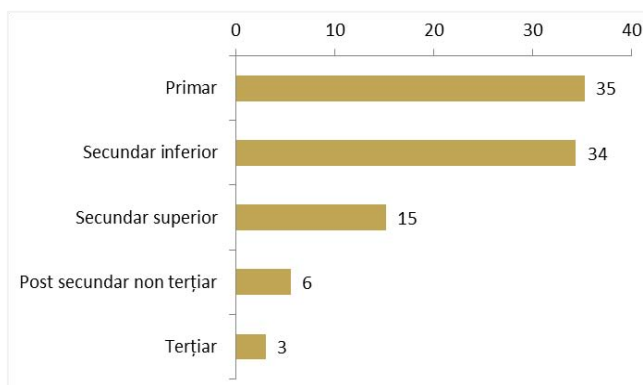
¹¹ Din cauza perioadei de referință a studiului, datele EU-SILC pentru un an specificat se referă la anul precedent; cu alte cuvinte, ratele sărăciei din 2008 reflectă situația economică din 2007.

Diferența dintre sexe se explică prin diferența în ceea ce privește veniturile din pensii (a se vedea Capitolul Transferurile sociale) deoarece femeile au lucrat, în medie, mai puțini ani decât bărbații (sau deloc). Mai important, rezidența urbană în comparație cu cea rurală, este un indicator important de sărăcie pentru vârstnici. Femeile vârstnice singure din zonele rurale au cea mai mare rată a sărăciei în cadrul grupei lor de vârstă. Pentru alți vârstnici, pensia acționează probabil ca o plasă de siguranță. Așa cum s-a arătat anterior, merită observat că familiile cu niciun membru vârstnic (cu alte cuvinte cu nicio persoană vârstnică care să contribuie cu pensia la bugetul familiei) au o rată a sărăciei mai mare decât toate celelalte tipuri de familii.

Persoanele cu un nivel scăzut al educației și cele care nu se află pe piața muncii sau sunt angajați pe cont propriu și trăiesc în sărăcie

Educația este strâns legată atât de AROP, cât și de indicatorii de sărăcie ancorată. Mai mult de o treime dintre persoanele care nu au reușit să aprobe decât cel mult nivelul de învățământ gimnazial sunt expuse riscului de sărăcie relativă. Procentul se reduce semnificativ la doar 15 la sută în rândul celor care au reușit să aprobe liceul și/sau o școală postliceală și scade chiar mai mult, la doar 6 la sută în rândul celor care au obținut o diplomă universitară (a se vedea Figura 5). Interesant este că, între 2008 și 2012, incidența sărăciei relative în rândul celor cu studii primare a scăzut, dar a rămas destul de mare comparativ cu media națională (Tabel A 9).

Figura 5: Rata sărăciei relative în funcție de educație în rândul persoanelor cu vârste de peste 16 ani, 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Figura 6: Ratele sărăciei relative în rândul populației de vârstă activă (15-64 de ani) după statutul ocupațional, 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Un alt determinant puternic al sărăciei este statutul ocupațional al respondenților. Dintre angajații cu vârste între 15 și 64 de ani, numai 5,6 la sută sunt considerați a fi în risc de sărăcie, un procent apropiat de cel al angajatorilor (a se vedea Figura 6). De asemenea, numai 8,4 la sută din pensionarii cu vârste între 15 și 64 de ani prezintă risc de sărăcie. Persoanele angajate pe cont propriu în agricultură sunt în situația cea mai rea, deoarece mai mult de jumătate dintre acestea prezintă risc de sărăcie. Un procent extrem de mare de șomeri prezintă de asemenea risc de sărăcie. Acest lucru nu este surprinzător, dat fiind faptul că indicatorul social de referință, care este utilizat pentru stabilirea indemnizației de șomaj, luând în considerare nivelul venitului de la ultimul loc de muncă și numărul de ani de contribuție la

sistemul de pensii, este de numai 500 RON (valoarea din 2014). Persoanele inactive (cum ar fi casnicele sau persoanele cu dizabilități) prezintă de asemenea un risc ridicat de sărăcie. Analiza noastră indică din nou că persoanele cu același statut ocupațional pot avea rate diferite de sărăcie, în funcție de mediul în care locuiesc: rural sau urban. Rata sărăciei pentru angajații cu vârste între 15 și 64 de ani este de 11,6 la sută în zonele rurale, în timp ce pentru cei care lucrează în zonele urbane rata sărăciei este de numai 3,5 la sută. Aceasta se întâmplă deoarece veniturile sunt în general mai mici în zonele rurale, chiar și pentru persoanele cu statut ocupațional similar, dar și pentru că sărăcia este estimată la nivel de gospodărie și, în consecință, iau în calcul și veniturile celorlalți membri ai familiei (Tabel A 10). În perioada 2008-2012, două grupuri au înregistrat o creștere accentuată a sărăciei – șomerii (de la 41,5 la sută până la 52,1) și persoanele angajate pe cont propriu fără angajați (de la 34,5 până la 41), după cum se arată în Tabel A 11.

Romii care trăiesc în sărăcie

Romii prezintă un risc mult mai mare de sărăcie decât populația generală, indiferent de vârstă, educație sau mediu de rezidență (Tabel 6). Pe baza pragului național al sărăciei absolute determinat pe baza consumului din anul 2013, cetățenii de etnie romă sunt expuși unui risc de sărăcie de 10 ori mai mare decât restul populației, rata de sărăcie absolută în rândul romilor fiind de 33 la sută în 2013, în timp ce numai 3,4 la sută din restul populației se situează sub pragul sărăciei. Diferența dintre romi și ne-romi nu se modifică semnificativ în funcție de mediul rural sau urban în care locuiesc persoanele (Tabel A 12). Îngrijorător este faptul că riscul de sărăcie este extrem de mare pentru copiii romi – rata de sărăcie în cazul lor este de 37,7 %, în timp ce rata națională a sărăciei este de doar 4,3 %.

Tabel 6: Rata națională a sărăciei după vârstă și etnie, 2013 (%)

	Ne-romi	Romi
0-17 ani	5,6	37,7
18-64 de ani	3,1	31,5
peste 65 de ani	1,7	17,7
Total	3,4	33,1

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din ABF 2013.

Sărăcia persoanelor încadrate în muncă

În pofida ratei relativ reduse a șomajului, România are o rată foarte mare de sărăcie a persoanelor încadrate în muncă, 18 procente dintre lucrătorii angajați trăind sub pragul sărăciei relative din 2010. Acesta este dublul ratei UE-27 (9 procente). Un profil al persoanelor sărace încadrate în muncă rezumat în Tabel 7 indică faptul că 92 la sută dintre acestea locuiesc în zonele rurale, 95 la sută dintre acestea au studii secundare, o mare parte având numai studii primare sau gimnaziale (50 la sută din total) și că multe dintre acestea locuiesc în zone slab populate. Familia tipică a unei persoane sărace încadrate în muncă are doi adulți și cel puțin doi copii (57 la sută), fiind mai mare decât familia medie din România (4,4 persoane, comparativ cu 2,8). Un alt sfert dintre acestea sunt familii fără niciun copil. Puțin mai mult de jumătate din totalul familiilor sărace ale persoanelor încadrate în muncă includ o singură persoană care obține venit, dar alte 43 de procente includ două persoane care fac eforturi pentru a câștiga resurse pentru întreținerea familiei, care rămâne totuși în sărăcie. Marea majoritate a persoanelor sărace care muncesc cumulează câștigurile cu transferurile de protecție socială (80 la sută din total), alocațiile copiilor fiind cea mai răspândită formă de ajutor. Două treimi dintre persoanele sărace încadrate în muncă sunt bărbați și o treime sunt femei.

Tabel 7: Distribuția caracteristicilor pe eșantioanele din cadrul datelor transversale EU-SILC, 2011

		Vârstă activăa/	Fără loc de muncăb/	Persoane sărace încadrate în muncăc/
Adulți care lucrează	Nu	27,9	36,5	32,4
	Da	72,1	63,5	67,6
Experiență în muncă	Fără experiență în muncă	11,2	34,1	1,0
	Mai puțin de 2 luni	19,9	58,2	3,9
	2 sau mai multe luni	69,0	7,7	95,1
Incapacitate fizică autoevaluată	Foarte limitată	4,8	12,8	1,8
	Deloc/limitată	95,2	87,2	98,2
Categorii de vârstă (4)	16-24 ani	8,2	8,3	13,8
	25-34 ani	25,6	18,0	24,1
	35-59 ani	57,4	50,2	59,3
	60-64 ani	8,8	23,5	2,8
Gen	Masculin	50,2	32,7	64,7
	Feminin	49,9	67,3	35,3
Educație	Studii primare	22,9	33,7	50,2
	Studii liceale	58,0	54,0	44,6
	Studii universitare	15,5	7,1	0,9
	NU ESTE CAZUL	3,6	5,2	4,4
Zona rezidențială	Urbane	40,3	37,5	7,7
	Rurală	59,7	62,5	92,3
Soț/soție care lucrează	Da	48,2	35,5	42,7
	Nu	21,7	33,3	24,9
	NU ESTE CAZUL	30,1	31,2	32,4
Statutul economic al soțului/soției	Activ	48,2	35,5	42,7
	Șomer	1,7	1,8	1,5
	Pensionar	11,5	26,3	4,3
	Inactiv	8,5	5,1	19,1
	Student/militar	0,1		
	NU ESTE CAZUL	30,1	31,2	32,4
Dimensiunea familiei		3,8	3,7	4,4
Statutul în raport cu locuința	Proprietar	96,3	96,6	97,0
	Chiriaș	1,2	0,9	0,5
	Preț redus	0,9	1,0	0,9
	Gratis	1,6	1,5	1,7
Structura familiei	O persoană	4,8	6,7	3,8
	Un singur părinte	1,0	0,6	1,8
	Cel puțin 2 adulți și niciun copil	38,3	43,2	25,3
	Cel puțin 2 adulți și 1 copil	14,3	9,1	12,0
	Cel puțin 2 adulți și cel puțin 2 copii	41,7	40,4	57,1
Părinți în familie	Cel puțin unul	9,7	8,0	11,4
	Ambii părinți	14,2	10,6	13,7
	Niciuna	76,2	81,4	74,9
Copii sub vârsta de 6 ani		17,7	20,8	22,9

		Vârstă activăa/	Fără loc de muncăb/	Persoane sărace încadrate în muncăc/
Trei sau mai mulți copii		3,6	3,6	9,5
Membrii vârstnici ai familiei (peste 64 de ani)		15,0	17,1	10,1
Persoane cu activitate anterioară	Nu	11,2	34,1	1,0
	Da	20,2	60,8	99,1
	NU ESTE CAZUL	68,6	5,1	
Ani de experiență în muncă		19,0	25,5	16,5
Persoane active în ultimul an	2 sau mai multe luni	69,0	7,7	95,1
	Mai puțin de 2 luni	31,0	92,3	4,9
Capacitate de a încălzi locuința	Nu	15,5	19,8	24,7
	Da	84,5	80,2	75,3
Grad de urbanizare	Zone dens populate	39,1	36,2	7,5
	Zone intermediare	1,2	1,4	0,3
	Zone slab populate	59,7	62,5	92,3
Regiune	RO1 - Nord-Vest, Centru	24,4	23,5	17,4
	RO2 - Nord-Est, Sud-Est	28,9	28,8	45,9
	RO3 - Sud, București-Ilfov	28,0	28,4	15,4
	RO4 - Sud-Vest, Vest	18,7	19,4	21,4
Orice ajutoare sociale		63,1	76,5	80,8

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

Notă: Persoanele cu vârste de 16 până la 24 de ani care nu sunt angajate în muncă și sunt cuprinse în sistemul de educație (1,5 milioane de persoane) sunt excluse din eșantion. a/ Populația de vârstă activă cu vârste între 16 și 64 de ani, cu excepția persoanelor care nu sunt încadrate în muncă și a celor cu vârste între 16 și 24 de ani cuprinse în sistemul de educație. b/ Persoane inactive sau neangajate cu vârste cuprinse între 16 și 64 de ani, cu excepția celor care nu sunt încadrate în muncă și a celor cu vârste între 16 și 24 de ani cuprinse în sistemul de educație. c/ Persoane de vârstă activă care lucrează și trăiesc în familii sărace unde venitul disponibil echivalent este mai mic de 60 la sută din cel mediu.

Sărăcia persoanelor încadrate în muncă este o consecință directă a productivității scăzute, a gradului mic de ocupare oficială a forței de muncă și a cererii totale reduse de forță de muncă din economie. Sărăcia persoanelor încadrate în muncă este concentrată în zonele rurale, în special în sectorul agricol.

Intensitatea scăzută a muncii

Cea de-a doua componentă a indicatorului agregat AROPE este intensitatea muncii, indicând procentul de populație care trăiește în gospodării cu o intensitate foarte scăzută a muncii (ISM). Conform acestui indicator, gospodăriile cu o intensitate a muncii foarte scăzută sunt cele în care membrii adulți cu vârstă cuprinsă între 18 și 59 de ani au muncit la mai puțin de 20 la sută din potențialul lor maxim de muncă în anul anterior studiului.¹² Importanța acestui indicator rezidă în faptul că lipsa unui loc de muncă este o sursă atât de sărăcie (prin venitul pierdut), cât și de excluziune socială (mai puțini bani înseamnă mai puține oportunități de a socializa, în timp ce lipsa unui loc de muncă poate însemna pierderea legăturilor sociale).

¹² Gospodăriile compuse numai din copii, din studenți cu vârste mai mici de 25 de ani și/sau persoane de 60 de ani sau mai mult sunt excluse complet din calculul indicatorului.

Datele EU-SILC arată că numai 7,4 la sută din populația României cu vârsta sub 60 de ani trăiește în familii cu intensitate foarte scăzută a muncii în 2012. Prin comparație, media pentru totalul Uniunii Europene a fost de 10,4 la sută. O posibilă explicație pentru performanța neașteptat de bună a României la acest indicator ar putea fi numărul mare de români care lucrează în alte țări ale Uniunii Europene. În timp ce statisticile românești oficiale pe acest subiect nu sunt foarte fiabile, acest număr poate fi aproximat conform datelor oficiale din Italia și Spania, cele mai obișnuite destinații ale emigrației forței de muncă pentru circa 2,5 milioane de români care trăiesc în străinătate. De asemenea, piața muncii din România este caracterizată printr-un număr extrem de mare de persoane care lucrează neoficial pe cont propriu în domeniul agriculturii de subzistență, cu venituri extrem de mici, ceea ce face foarte probabil ca aceste persoane să fie afectate de sărăcie absolută sau relativă. Acest sector agricol supradimensionat, în combinație cu absența persoanelor care au emigrat în căutarea unui loc de muncă, reduce presiunea de pe piața muncii, care este deja incapabilă să ofere joburi tuturor, și, astfel, determină automat un scor artificial scăzut pentru România la indicatorul de intensitate scăzută a muncii.

Influența emigrației pentru muncă temporară și a agriculturii de subzistență asupra indicatorului ISM se poate vedea și în modul cum variază valoarea indicatorului între diferite subgrupe de populație și în faptul că acesta nu respectă tendința observată în cazul celorlalți indicatori. Diferența dintre persoanele care locuiesc în zone dens populate și persoanele care locuiesc în zone slab populate, de exemplu, este de numai 3,5 la sută (Tabel A 13). În mod normal, ar putea fi de așteptat ca procentul de persoane cu ISM să fie semnificativ mai mare în zonele slab populate decât cel prezent, de 9%.

Diferențele regionale urmează, de asemenea, aceeași tendință surprinzătoare. Numai 5 la sută dintre persoanele care locuiesc în regiunea de nord-est sunt considerate a face parte dintr-o familie cu intensitate foarte scăzută a muncii, chiar dacă aceasta este regiunea care deține recordul în România în ceea ce privește procentul populației cu risc de sărăcie (33 la sută) și cel mai mare procent al populației afectate de deprivare materială severă (37 la sută). Această contradicție aparentă ar putea fi explicată prin faptul că regiunea de nord-est are probabil cel mai mare număr de lucrători care emigrează în căutare de muncă din România și este de asemenea una dintre regiunile cu un număr foarte mare de persoane care lucrează în agricultură. În schimb, regiunea de sud-est, care are cel mai mic procent de persoane care lucrează în străinătate, are de asemenea cel mai mare nivel de ISM, 13 la sută.

Datele arată că probabilitatea de a face parte dintr-o familie cu intensitate foarte scăzută a muncii este asociată negativ cu educația. Optsprezece la sută din populația cu vârste între 16 și 59 de ani având studii primare trăiește în astfel de familii, valoare care scade la 9,6 la sută în cazul celor cu studii gimnaziale, la 6,6 la sută în cazul absolvenților de liceu și la numai 3,8 la sută în cazul persoanelor cu studii universitare (Tabel A 14).

Deprivare multiplă

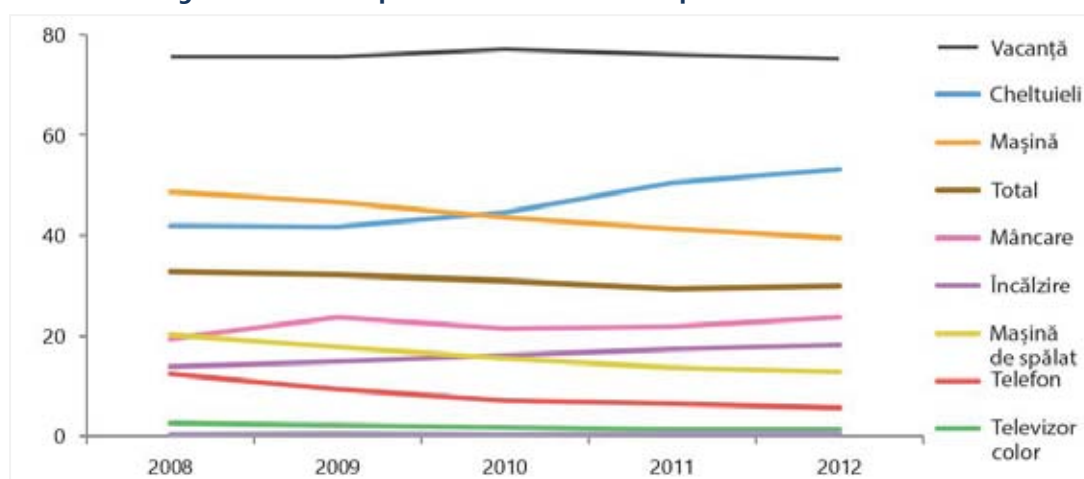
Indicatorul populației expuse riscului de sărăcie și excludere socială (AROPE), așa cum este definit la începutul acestui capitol, se concentrează nu numai pe sărăcie așa cum este definită din punctul de vedere al resurselor financiare, dar și pe statutul ocupațional și pe deprivarea materială care reprezintă cauze primare ale sărăciei și excluderii sociale. Astfel, persoanele afectate de deprivare materială severă¹³ sunt de asemenea vizate de măsurile UE pentru reducerea sărăciei și excluziunii sociale.

¹³ Indicatorul adoptat de Comitetul pentru Protecție Socială (comitetul consultativ pentru politici al UE pentru ministrii Ocupării Forței de Muncă și Afacerilor Sociale din Consiliul pentru Ocuparea Forței de Muncă și Afaceri Sociale) măsoară procentul de populație care întrunește cel puțin patru din următoarele nouă criterii: (1) nu își permit să plătească chiria, ratele la împrumuturi sau facturile la utilități; (2) nu își permit să își mențină locuința încălzită adecvat; (3) se confruntă cu cheltuieli neașteptate; (4) nu-și pot permite să consume carne sau alte proteine în mod frecvent; (5) nu își permit să plece în vacanțe; (6) nu își permit să cumpere un televizor; (7) nu au mașină de spălat; (8) nu au autoturism; și (9) nu au telefon. Indicatorul face distincția între persoanele care nu își permit un anumit articol sau serviciu și cele care nu au acest articol sau serviciu din alte motive, de pildă, pentru că nu și-l doresc sau nu au nevoie de el.

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

Între anii 2008 și 2012, valoarea indicatorului deprivării multiple a scăzut ușor. Indicatorul per total a scăzut cu 3 puncte procentuale, de la 32,9 la sută până la 29,9 la sută, dar această scădere nu a fost uniformă pentru toate componentele sale (Tabel A 15). Trei grupuri de elemente pot fi distinse în cadrul celor nouă elemente ale deprivării materiale. Primul grup este compus din capacitatea de a face față unor cheltuieli neașteptate, posibilitatea de a avea carne la masă, evitarea restanțelor și încălzirea adecvată a locuinței. Între anii 2009 și 2012, acest set de indicatori s-a înrăutățit. Al doilea grup (posibilitatea de a-și procura o vacanță sau un televizor color) a rămas relativ constant în cei patru ani. În final, al treilea grup de indicatori (deținerea unei mașini, a unui telefon sau a unei mașini de spălat) s-a îmbunătățit pe parcursul perioadei de patru ani.

Figura 7: Procentul persoanelor afectate de deprivare materială severă



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2008-2012.

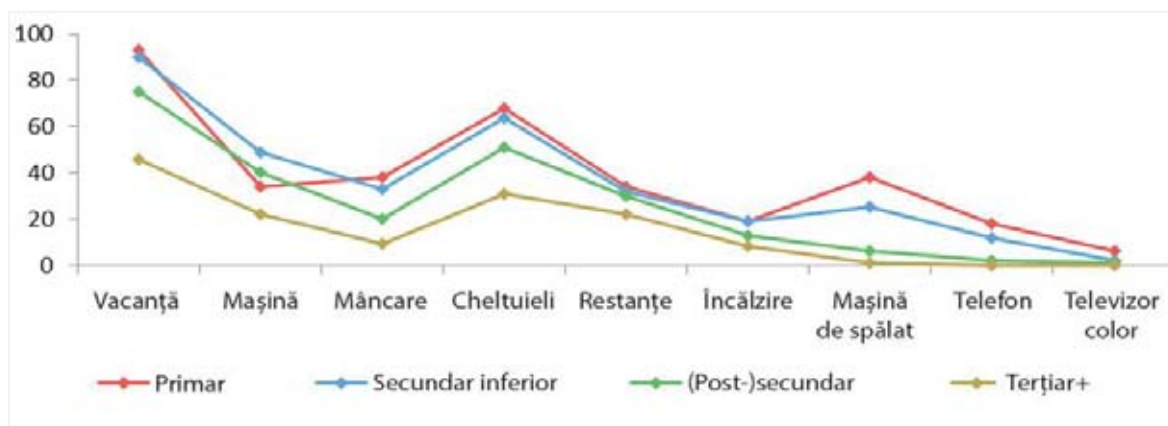
România este caracterizată, de asemenea, prin disparități uriașe asociate cu nivelul de urbanizare. Pentru întreaga perioadă 2008-2012, datele EU-SILC arată că persoanele care trăiesc în zone slab populate au o probabilitate de 3,5 ori mai mare de a fi expuse riscului de sărăcie și de 1,5 ori mai mare de a fi afectate de deprivare materială severă decât acelea din zonele urbane mai dens populate (în zonele urbane, 24,8 la sută din populație este afectată de deprivare materială în timp ce în zonele rurale procentul este de 36,9). Diferențele dintre zonele rurale și cele urbane persistă pentru aproape toate elementele incluse în indicele deprivării (cu excepția restanțelor de plată și a încălzirii), dar sunt aproape sau mai mari de 10 la sută pentru cinci dintre cele nouă elemente (posibilitatea de a cumpăra o vacanță, o mașină, de a include carnea în alimentație, sau de a avea o mașină de spălat), după cum se arată în Tabel A 16.

Din punct de vedere geografic, România este afectată de o dezvoltare neuniformă, existând un decalaj semnificativ între regiunile din estul și vestul țării. Partea de est a țării (regiunile de nord-est și de sud-est) este caracterizată prin cele mai mari niveluri de sărăcie și prin deprivare materială severă. Partea de sud (sudul Munteniei și sud-vestul Olteniei) conține de asemenea zone de sărăcie și niveluri de deprivare materială care sunt fie mai mari decât media națională, fie cel puțin la același nivel. Regiunile centrală și de vest au niveluri de sărăcie și de deprivare materială care sunt sub media națională.

Educația este probabil cel mai eficient factor la nivel individual care poate ajuta o persoană să evite atât sărăcia, cât și deprivarea materială severă. Datele arată un model foarte constant pentru toate cele nouă elemente ale deprivării materiale: cu cât mai mare este nivelul de educație, cu atât mai mică este

probabilitatea ca respondentul să nu-și poată permite un anumit element din listă.¹⁴ De exemplu, în timp ce, practic, toți absolvenții de învățământ superior își pot permite trei dintre elemente (un televizor color, un telefon și o mașină de spălat), procentul persoanelor cu studii primare care nu-și pot permite unul dintre aceste elemente crește la 38 la sută. Diferențele în ceea ce privește deprivarea materială în rândul persoanelor cu diferite niveluri de educație nu au scăzut semnificativ între anii 2008 și 2012 (Tabel A 17).

Figura 8: Principalii indicatori ai deprivării materiale pe niveluri de educație, 2012



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Notă: Cifra prezintă proporția populației (pe categorii) care trăiește în familii care nu-și pot permite un anumit element chiar dacă acesta este dorit sau necesar.

Numai copiii sub 18 ani sunt afectați de deprivare materială severă într-o măsură mai mare decât populația generală. În această grupă de vârstă, procentul de persoane afectate de deprivare materială severă a fost de 37,9 la sută în 2012, în timp ce în toate celelalte categorii de vârstă, este în jur de 28 la sută. Structura familiei este de asemenea un factor care influențează semnificativ riscul de sărăcie și excluziune socială. Singurul tip de familie care se află într-o situație mai bună decât familiile fără membri copii este acela compus din doi adulți și un singur copil. Tipul de familie care are cea mai mare probabilitate de a fi afectată de deprivare materială este compus din noi adulți și cel puțin trei copii. Practic, toate persoanele care trăiesc în acest tip de familie (96 la sută) nu-și pot să plece de acasă într-o vacanță de o săptămână. Procentul de persoane care nu-și pot permite alte patru elemente (să dețină o mașină, să facă față unor cheltuieli neașteptate, să aibă carne la masă la fiecare două zile și să evite restanțele la plăți) este de 49 la sută sau mai mare. Alte două tipuri de familii, mai puțin obișnuite - familiile cu un singur părinte și familiile compuse din trei adulți și cel puțin un copil - au de asemenea dificultăți în evitarea deprivării materiale.

Incluziunea socială și economică a romilor este esențială pentru ca România să-și îndeplinească obiectivele Europa 2020. Romii nu sunt numai semnificativ mai săraci decât ne-romii, dar sunt expuși și unui risc crescut de excludere socială. De fapt, marea majoritate a romilor din România, ca și din alte țări din Europa de Est, continuă să trăiască în sărăcie, în timp ce nu mai puțin de 90 la sută dintre gospodăriile rome se confruntă cu deprivare materială severă (comparativ cu 54 la sută dintre vecinii

¹⁴ Singurul caz care contrazice acest model este intersecția dintre a avea un automobil și studii primare. Se pare că persoanele care au numai studii primare dețin automobile într-o proporție semnificativ mai mare decât ar putea fi așteptat. De fapt, procentul de persoane care nu dețin un automobil din cadrul acestui grup (34 la sută) este chiar mai mic decât cel corespunzător absolvenților de liceu (40 la sută). Explicația rezultă din analiza datelor, dar este cel mai probabil un rezultat al faptului că persoanele care au numai studii primare dau mai multă importanță deținerii unui automobil decât absolvenții de liceu.

ne-romi ai acestora care trăiesc în aceleași comunități sau în comunități apropiate și cu media națională a României de 32 la sută).¹⁵

UE testează în prezent noi indicatori ai deprivării materiale pe baza indicatorilor suplimentari utilizați în etapa 2013 a studiului EU-SILC.¹⁶ Acești indicatori vor deveni probabil principalul instrument pentru monitorizarea și evaluarea populației expuse riscului de sărăcie și excluziune socială din punctul de vedere al obiectivelor Europa 2020. Recomandăm ferm ca Guvernul României să elaboreze strategii pentru a maximiza probabilitatea ca România să-și îmbunătățească poziția în privința noilor indicatori. Altfel, atunci când noua măsură va fi implementată în întreaga UE, România va continua să fie pe ultimul loc în clasamentul statelor membre.

Analiza noastră privind deprivarea multiplă a identificat două domenii prioritare asupra cărora guvernul ar putea să se axeze pentru a atinge obiectivele privind sărăcia pentru anul 2020. Este de așteptat ca aceste domenii de intervenție să conducă la cea mai mare reducere a sărăciei pentru cea mai mică sumă de bani cheltuită. Pe baza atât a indicatorilor principali, cât și a indicatorilor incluși în modulul de deprivare materială din EU-SILC 2009, se pare că cele mai eficiente investiții din punct de vedere al costului vizând reducerea deprivării multiple și care ar evita consecințele adverse sau neintenționate în economie ca întreg, ar fi: (i) alimentarea cu apă curentă a locuințelor și (ii) achiziția de echipamente de exterior, pentru timp liber, pentru copii. În jur de două treimi dintre românii care sunt expuși riscului de sărăcie sau excluziune socială nu au instalații sanitare de interior (absența unui WC interior, precum și a unei căzi de baie sau a unui duș). În cele mai sărace regiuni ale țării (est și sud), peste jumătate din întreaga populație, nu doar persoanele sărace (AROE), nu au instalații sanitare de interior. Dacă guvernul, în colaborare cu autoritățile locale, ar dezvolta un plan pentru finanțarea acestui tip de infrastructură, acest lucru va avea probabil un efect semnificativ nu numai pentru reducerea numărului de persoane cu risc de sărăcie, dar și pentru îmbunătățirea calității vieții, atât pentru persoane, cât și pentru comunitate.

Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROE)

Am folosit cei trei indicatori discutați mai sus pentru a crea un singur indicator agregat, care indică numărul de persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROE). Conform acestui indicator, o persoană este considerată a fi AROE dacă îndeplinește cel puțin unul din cei trei indicatori componenți: (i) prezintă risc de sărăcie monetară (AROP); (ii) trăiește într-o familie cu intensitate foarte scăzută a muncii (ISM); sau (iii) este afectată de deprivare materială severă. Persoanele în risc de sărăcie sau excluziune socială reprezintă principalul grup țintă pentru programele concepute de UE și statele sale membre pentru reducerea sărăciei iar progresul către obiectivele de reducere a sărăciei Europa 2020 este evaluat în ceea ce privește numărul de persoane din acel grup.

¹⁵ Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2011 și din Ancheta regională privind romii a PNUD/Băncii Mondiale/CE din 2011.

¹⁶ Trei elemente - imposibilitatea de a-și permite o mașină de spălat, un televizor și un telefon - nu au niciun impact asupra proporției persoanelor care sunt afectate de privațiuni în cele mai multe state membre UE (Nolan și Whelan, 2011, pp. 83-86). Din acest motiv, aceste trei elemente sunt abandonate și în definiția principală va fi inclusă imposibilitatea de a-și permite șapte elemente noi. Acestea sunt (pentru persoanele adulte): (1) îmbrăcăminte nouă; (2) două perechi de pantofi; (3) bani de buzunar; (4) activități de timp liber; și (5) a mânca sau a consuma o băutură în oraș o dată pe lună; și (pentru familii): (6) posibilitatea de a înlocui mobila veche și (7) a deține un computer și acces la internet. În plus, lista elementelor păstrate pentru indicatorul deprivării multiple referitor la populația de copii (cu vârste între 1 și 15 ani) va include 13 elemente noi (pe lângă cele două noi elemente pentru familii, menționate deja), și anume imposibilitatea de a-și permite: (1) îmbrăcăminte nouă; (2) două perechi de pantofi per copil; (3) fructe și legume proaspete zilnic; (4) carne, pui sau pește zilnic; (5) cărți adecvate; (6) echipamente de exterior, pentru timp liber; (7) jocuri de interior; (8) un loc pentru a-și face temele; (9) activități de timp liber; (10) petreceri; (11) invitarea prietenilor acasă; (12) excursii școlare; sau (13) o vacanță (Eurostat, 2012: 81-82).

Datele din 2013 arată că, din populația totală, 40,4 % dintre români erau expuși riscului de sărăcie sau excluziune socială. În perioada 2008-2013, riscul de sărăcie sau excluziune socială a scăzut ușor, cu 4 %. Deprivarea materială constituie principalul factor asociat cu riscul sărăciei sau excluziunii sociale, urmat de AROP și ISM, ultimul cu o contribuție minoră la rata AROPE (a se vedea Tabel 8 și Tabel A 18).

Tabel 8: Procentul de persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială pe indicatori individuali, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
NUMAI persoane AROP	8,2	7,8	7,7	8,2	8,8
NUMAI persoane din familii cu ISM	2,1	2,0	1,9	1,7	2,0
NUMAI persoane afectate de DMS	17,4	17,4	17,3	15,5	16,1
NUMAI Persoane AROP și din familii cu ISM	0,9	1,0	0,8	0,9	1,0
NUMAI persoane AROP și afectate de DMS	11,8	11,6	10,9	11,1	11,0
NUMAI persoane din familii cu ISM și afectate de DMS	1,2	1,1	1,1	0,9	1,0
Persoane AROP, din familii cu ISM și afectate de DMS	2,4	2,0	1,7	1,8	1,7
Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială	44,2	43,1	41,4	40,3	41,7

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

1.1.2. Prognoze privind sărăcia relativă (AROP)

Strategia a folosit un model de micro-simulare pentru a prognoza evoluția sărăciei relative din punct de vedere al venitului și a sărăciei ancorate între 2012 și 2020. Am utilizat modelul pentru a evalua în ce condiții își va atinge România ținta de sărăcie (o reducere a sărăciei relative din punct de vedere al venitului, după cum este măsurată de EU-SILC, pentru 580.000 de persoane până în 2020) și ce combinație de creștere economică, ocupare a forței de muncă, creștere a salariilor și politici cu rolul de a crește veniturile și de a transfera venit către populația săracă ar asigura îndeplinirea obiectivului. Pentru realizarea modelului, am utilizat datele EU-SILC 2012 pentru a simula indicatorii riscului de sărăcie și ai sărăciei ancorate pentru perioada 2013-2020.

Această secțiune este împărțită în două părți: (a) o descriere a ipotezelor modelului (variabile exogene), care descriu căile probabile ale creșterii economice totale, ale ocupării forței de muncă, productivității și salariilor, ale demografiei și ale acoperirii preconizate și generozității sistemului de pensii în perioada de prognozare; și (b) o analiză a trei scenarii de creștere economică și a ocupării forței de muncă care presupune că niciuna dintre celelalte politici implementate în 2012 nu se va modifica semnificativ în perioada 2013-2020. În plus, în capitolele Ocuparea forței de muncă și Transferuri sociale, vom descrie alte scenarii care iau în calcul impactul așteptat al principalelor politici de reducere a sărăciei recomandate în Strategie (măsurile țintite privind ocuparea forței de muncă, programul Garanție pentru Tineri, creșterea resurselor de asistență socială vizând populația afectată de sărăcie relativă din punct de vedere al venitului și creșterea resurselor alocate zonelor urbane și rurale marginalizate).

Mesajul principal al activității noastre de modelare este că, în absența măsurilor recomandate în Strategie, creșterea economică și a ocupării forței de muncă nu va fi suficientă pentru a atinge ținta de sărăcie decât în condițiile scenariului foarte optimist, dar foarte improbabil, de creștere economică și a ocupării forței de muncă ridicate. De aceea, pentru a-și atinge obiectivul privind sărăcia, Guvernul României va trebui să implementeze politicile recomandate vizând creșterea ocupării forței de muncă și a salariilor populației sărace și creșterea volumului fondurilor de protecție socială disponibile pentru chintila cea mai săracă a populației.

(A) Ipotezele modelului

Acest model de simulare utilizat pentru a prognoza reducerea sărăciei din punct de vedere al venitului, relative și ancorate, a inclus un set de ipoteze macroeconomice și demografice.¹⁷

Au fost modelate trei scenarii posibile privind creșterea economică - un scenariu de creștere economică scăzută, de bază și ridicată (Tabel 9, panoul din mijloc). Prognozele corespund cu prognozele FMI, ale Băncii Mondiale și ale Uniunii Europene din septembrie 2014. Conform scenariului de creștere economică scăzută, PIB-ul pe cap de locuitor al României este preconizat să crească cu 2,2 până la 2,5 la sută pe an în cursul perioadei prognozate. Conform scenariului de creștere economică ridicată, creșterea PIB-ului pe cap de locuitor este treptată, de la 3 la sută în 2014 până la 5 la sută în intervalul 2018 - 2020.

Corespunzând fiecărui scenariu de creștere economică, există de asemenea trei scenarii de creștere a ocupării forței de muncă (Tabel 9, primele coloane). Conform scenariului de creștere scăzută, ponderea persoanelor angajate din cohorta de 20-64 de ani crește de la 63,8 la sută în 2012 la 64,9 la sută până în 2020, sau cu 1 punct procentual în cei opt ani. Această prognoză este în concordanță cu creșterea slabă a ocupării forței de muncă obținută în decada precedentă. Conform scenariului de bază, ocuparea forței de muncă crește cu 3,6 puncte procentuale. Conform scenariului de creștere ridicată (foarte optimist), rata de ocupare a forței de muncă crește treptat pentru a atinge 70 la sută până în 2020, care este obiectivul de ocupare a forței de muncă UE 2020 al României (o creștere de 6,2 puncte procentuale în opt ani). Productivitatea muncii este asumată a fi aceeași în toate cazurile, în timp ce presupunem că România își va atinge obiectivele naționale UE 2020 privind educația până în 2020.

Tabel 9: Scenarii de creștere pentru România

	Rata de ocupare a forței de muncă (20-64 ani)			Rata de creștere a PIB			Productivitatea muncii (rata de creștere, pe oră)	% din grupa de vârstă 18-24 de ani cel mult cu educație secundară inferioară	Absolvirea învățământ ului terțiar pentru grupa de vârstă 30- 34 de ani
	Mică	De bază	Mare	Mică	De bază	Mare			
2012	63,8	63,8	63,8						
2013	63,6	64,1	64,5	3,5	3,5	3,5	1,5	14,8	20,2
2014	64,0	64,6	65,2	2,5	2,7	3,0	1,7	14,3	21,3
2015	64,4	65,1	65,9	2,6	3,1	3,5	2,0	13,8	22,1
2016	64,6	65,6	66,7	2,5	3,7	4,0	2,4	13,3	23,0
2017	64,7	66,1	67,4	2,5	3,9	4,5	2,7	12,8	24,0
2018	64,8	66,5	68,1	2,5	4,0	5,0	2,7	12,3	25,0
2019	64,8	66,8	68,9	2,2	4,1	5,0	2,7	11,8	26,0
2020	64,9	67,4	70,0	2,2	4,1	5,0	2,7	11,3	26,7

Sursa: Estimări ale Băncii Mondiale bazate pe surse multiple. Prognozele de creștere economică sunt bazate pe FMI, Banca Mondială și UE, septembrie 2014. Scenariul de creștere mică se bazează pe prognoza Grupului de lucru al UE pentru îmbătrânire activă și a Ministerului Finanțelor din România. Creșterea ocupării forței de muncă, pentru scenariile de creștere de bază și mare, creșterile privind productivitatea și educația sunt proiecții ale Băncii Mondiale.

Am încorporat apoi modificările presupuse în ceea ce privește creșterea economică, ocuparea forței de muncă, productivitatea muncii și educația din Tabel 9 într-un model microeconomic folosind date din ancheta EU-SILC 2012 a României, aceeași anchetă care este utilizată pentru a urmări progresul către ținta relativă de sărăcie din punct de vedere al venitului (AROP). Pentru fiecare dintre anii prognozați, am modificat venitul familiilor din eșantion folosind modificările presupuse privind distribuția educației, ocuparea forței de muncă, productivitatea muncii și creșterea preconizată a PIB-ului. Modelul a ajustat

¹⁷ Detaliile modelului simulat sunt discutate în Anexe: Ipoteze ale Modelului de prognozare a sărăciei.

de asemenea distribuția educației persoanelor din grupa de vârstă 20-34 de ani pentru a reflecta distribuția proiectată a educației în acel an particular. Ratele de ocupare a forței de muncă în cadrul grupei de vârstă de 20-64 de ani din fiecare an au fost de asemenea ajustate prin „comutarea” stării persoanelor neangajate/inactive cu cea mai mare probabilitate de a fi angajate până când numărul total de angajați a atins nivelul de ocupare a forței de muncă proiectat pentru acel an.

Am considerat că veniturile acestor persoane preconizate a trece de la inactivitate la angajare vor fi bazate pe nivelul lor de educație, sectorul de activitate, experiența profesională și alte variabile cunoscute din datele de anchetă. Toate persoanele angajate (sau care se preconizează că vor trece de la inactivitate la angajare) primesc aceeași creștere a veniturilor, egală cu creșterea presupusă a productivității muncii. Nivelul transferurilor legate de protecție socială către gospodării sunt presupuse a rămâne la același nivel în termeni reali (acestea cresc numai cu nivelul de indexare în funcție de inflația preconizată). Veniturile familiilor din eșantion fiind modificate în funcție de aceste presupuneri, modelul a generat o nouă distribuție a veniturilor, simulată, pentru fiecare an al perioadei prognozate.

Modelul este de asemenea calibrat în funcție de modificările prognozate în ceea ce privește demografia și participarea la piața muncii. Prognoza demografică a fost luată de la Institutul Național de Statistică. Alte modificări demografice, cum ar fi modificarea ocupării oficiale a forței de muncă, a ocupării neoficiale a forței de muncă și modificarea privind numărul pensionarilor și valoarea reală a pensiilor acestora, au fost simulate prin modelul PROST al Băncii Mondiale. În perioada 2012-2020, România va trece printr-o modificare semnificativă a nivelului și structurii populației (a se vedea Tabel 10), populația totală fiind preconizată a scădea cu 177.000 de persoane. Această modificare va fi distribuită diferit pe grupele de vârstă. În timp ce cohorta de vârstă înaintată (persoane de 65 de ani și peste) se preconizează că va crește cu 436.000 de persoane, populația de vârstă activă (cei cu vârste de la 20 până la 64 de ani) se va micșora cu 557.000 de persoane, iar numărul de copii (până la 20 de ani) cu 56.000. În timp, populația de vârstă activă va scădea, în timp ce populația vârstnică va crește, punând presiuni și mai mari pe veniturile guvernului derivate din impozite pe venit și conducând la o creștere a cererii de pensii, îngrijiri medicale și îngrijire a vârstnicilor.

Tabel 10: Principalele modificări demografice, 2014-2020 (în mii de persoane)

Grupe de vârstă	An							Modificare 2014-2020
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
0-14	3.133	3.127	3.117	3.116	3.117	3.113	3.110	-24
15-19	1.093	1.088	1.092	1.090	1.081	1.071	1.061	-32
20-64	12.464	12.368	12.270	12.174	12.083	12.002	11.907	-557
65+	3.297	3.381	3.457	3.524	3.592	3.656	3.733	436
Total	19.987	19.964	19.935	19.904	19.873	19.842	19.810	-177

Sursa: Modelul PROST al Băncii Mondiale pentru România.

În micromodel, populația angajată a fost derivată din populația de vârstă activă prognozată (Tabel 10) și din ratele de ocupare a forței de muncă mică, de bază și mare (Tabel 9). Am utilizat alte presupuneri privind rata șomajului pentru a estima numărul de șomeri din perioada prognozată. Suma angajaților și a șomerilor a reprezentat populația activă totală din fiecare an. Am introdus în micromodel modificările privind mărimea grupelor de angajați și șomeri, prin modificarea ponderilor categoriilor respective.

În final, modelul a încorporat modificările prevăzute privind acoperirea și valoarea reală a pensiei de limită de vârstă, după cum este prognozată de modelul PROST. Între anii 2014 și 2020, procentul din populația vârstnică care primește pensii este prognozat a scădea ușor, cu circa 1 la sută, datorită unei creșteri a populației neasigurate din zonele rurale, mai ales în rândul persoanelor care își câștigă veniturile din activități agricole informale. Această modificare relativ mică nu a fost încorporată în model. Raportul dintre pensia medie și salariul mediu, totuși, este prevăzut a scădea cu circa 10 la sută în perioada 2014-2020, ca urmare a formulei de indexare elvețiene folosite în primul pilon al sistemului de pensii din România. Această modificare a fost încorporată în model.

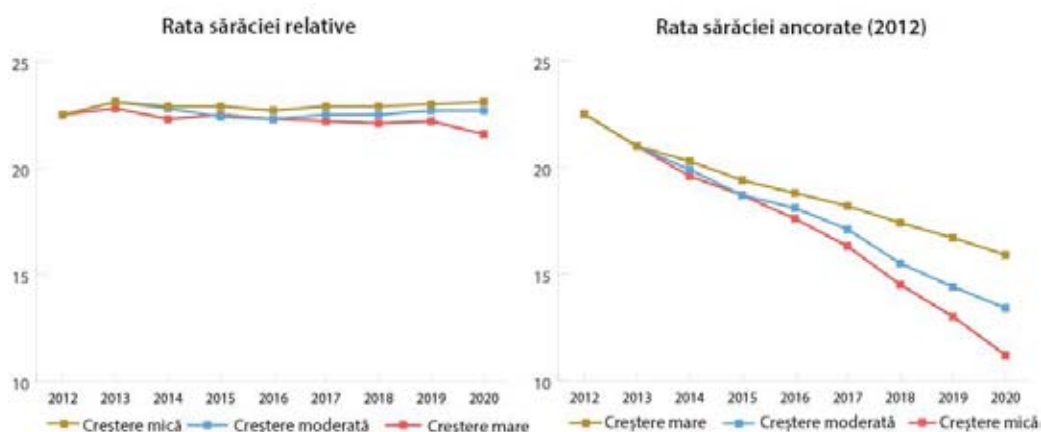
(B) Prognozele referitoare la sărăcie bazate pe creșterea economică și creșterea ocupării forței de muncă

Am folosit modelul descris mai sus pentru a prognoza sărăcia absolută și relativă în fiecare an. Simulările au luat în considerare trei scenarii. Scenariul de *creștere scăzută* s-a bazat pe proiecțiile privind îmbătrânirea grupului activ economic (GAI), scenariul de *creștere ridicată* a luat în calcul ajustările privind ocuparea forței de muncă pentru atingerea obiectivului 2020, în timp ce scenariul de *bază* a fost media scenariului scăzut și a celui ridicat. Modelul a presupus implicit că politicile de ocupare a forței de muncă și de protecție socială nu se vor modifica în perioada 2012-2020.

Sărăcia relativă s-a modificat numai în mică măsură între diferitele scenarii de creștere. Simulările noastre sugerează că sărăcia este probabil să crească ușor între 2012 și 2020 în scenariile unei creșteri reduse și unei creșteri moderate (cu 0,6 puncte procentuale și respectiv 0,2 puncte procentuale). Figura 9 arată tendințele, în timp ce Tabel A 19 afișează cifrele detaliate. Numai în scenariul de creștere ridicată (optimist), în care este atinsă ținta de ocupare a forței de muncă (în care 70 la sută din populația de vârstă activă este angajată), nivelul sărăciei relative este probabil să scadă. Dacă dimensiunile populației nu se modifică și se adevărește scenariul optimist, numărul persoanelor sărace este preconizat a scădea cu 181.000 de persoane între anii 2012 și 2020 (Tabel A 20). De asemenea, dacă luăm în considerare evoluția așteptată a populației în perioada 2012-2020 (după cum a fost prognozată de modelul PROST folosind datele recensământului), numărul persoanelor sărace se va reduce cu 237.000 (deoarece numărul se va reduce cu 56.000 numai datorită scăderii populației).

Creșterea economică și a ocupării forței de muncă așteptată în perioada 2014-2020 nu este suficientă pentru a atinge ținta de sărăcie decât în condițiile scenariului foarte optimist, dar foarte improbabil, de creștere ridicată economică și a ocupării forței de muncă. De aceea, pentru a atinge acest obiectiv, Guvernul României va trebui să implementeze politicile recomandate în această Strategie, care vizează creșterea ocupării forței de muncă și a salariilor populației sărace și creșterea volumului fondurilor de protecție socială disponibile pentru chintila cea mai săracă a populației.

Figura 9: Ratele sărăciei ancorate și relative estimate, 2012-2020



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC în cele trei scenarii principale.

Sărăcia ancorată scade în toate cele trei scenarii de creștere. Deoarece pragul sărăciei însuși se modifică în funcție de distribuția veniturilor în timp, am fixat pragul sărăciei la nivelul din 2012 și am estimat sărăcia absolută folosind pragul sărăciei din 2012. Sărăcia va scădea cu 6,6 puncte procentuale între 2012 și 2020 dacă se va adevăra scenariul creșterii scăzute (a se vedea Figura 9 pentru tendințe sau Tabel A 19 pentru cifre detaliate). Un aspect important este că rata de sărăcie ancorată va ajunge la 15,9 procente în 2020, ceea ce înseamnă că, chiar și în acel moment, circa 16 la sută din populație va avea venituri reale inferioare pragului de sărăcie din 2012. Este de așteptat ca scenariul unei creșteri ridicate să aibă un impact mai puternic, totuși sărăcia este proiectată a fi de aproximativ 11 procente în 2020.

1.2. Principalele grupuri vulnerabile

Mai multe grupuri se confruntă cu diverse forme de excluziune socială sau sunt expuse unui risc ridicat de excluziune în moduri care sunt uneori, dar nu întotdeauna, asociate cu sărăcia. Din cauza faptului că grupurile vulnerabile se confruntă cu probleme specifice pentru care este posibil ca politicile generale să nu dea rezultate, acestea au adesea nevoie de servicii integrate și particularizate pentru a intensifica participarea lor socială și/sau economică. Identificarea și răspunsul adecvat la nevoile specifice ale grupurilor sărace și vulnerabile sunt esențiale pentru elaborarea și implementarea de politici de incluziune socială eficiente. Tuturor grupurilor vulnerabile, indiferent de dimensiunea lor, trebuie să li se ofere oportunități similare de a-și atinge potențialul și de a deveni o parte activă a societății. Tabel 11 rezumă principalele grupuri vulnerabile din România.¹⁸ Unele sunt extrem de mari, în timp ce altele au mult mai puțini membri (nedepășind câteva sute de persoane la nivelul întregii țări). De exemplu, în 2012-2013, în categoria persoanelor vulnerabile era inclus un număr estimat de 1,85 milioane de romi,¹⁹ aproximativ 1,4 milioane de copii săraci (cu vârste cuprinse între 0 și 17 ani), peste 725.000 de persoane cu vârsta peste 80 de ani, 687.000 de copii și adulți cu dizabilități care trăiesc în gospodării și alți 16.800 care trăiesc în instituții, peste 62.000 de copii cuprinși în sistemul de protecție specială (fie în centre de plasament, fie în puncte de îngrijire familială) și aproximativ 1.500 de copii abandonați în unități medicale.

Tabel 11: Principalele grupuri vulnerabile din România

Grupul principal ^(a)	(Sub)grupuri
1 ^(c) . Persoane sărace	<p>Copii săraci, mai ales aceia care trăiesc în familii cu mulți copii sau în familii cu un singur părinte</p> <p>Persoane sărace angajate, mai ales muncitori subcalificați (în principal din mediul rural); liber profesioniști, atât în agricultură, cât și în alte domenii</p> <p>Tineri șomeri și NEET^(b)</p> <p>Persoane cu vârste între 50 și 64 de ani care nu sunt încadrate profesional și care sunt excluse din programele de asistență</p> <p>Persoane vârstnice sărace, mai ales cele care locuiesc cu membri ai familiei aflați în întreținere și persoane vârstnice singure</p>
2. Copii și tineri lipsiți de îngrijire și sprijin parental	<p>Copii abandonați în unități medicale</p> <p>Copii care trăiesc în centre de plasament mari sau de calitate scăzută</p> <p>Tineri care părăsesc sistemul de îngrijire rezidențială</p> <p>Copii și tineri care trăiesc pe stradă</p> <p>Copii cu părinți care lucrează în străinătate, mai ales aceia cu amândoi părinții în străinătate și cei care se confruntă cu separarea pe termen lung de părinții lor</p> <p>Copii privați de libertate</p> <p>Mame adolescente</p>

¹⁸ În plus față de grupurile enumerate în Tabel 11., un alt grup vulnerabil este acela al soldaților răniți și cu dizabilități și al familiilor soldaților decedați. Acest grup vulnerabil cuprinde mai puțin de 200 de persoane. Pe lângă măsurile de protecție socială existente, răniții și invalizii sunt tineri și au nevoie de îngrijire medicală, cum ar fi orteze, proteze și alte dispozitive medicale, în timp ce familiile decedaților au nevoie de măsuri de asistență psihologică și materială. Totuși, în ceea ce privește acest grup, considerăm că alocarea unui buget stabilit Ministerului Apărării Naționale ar fi mai eficientă pentru dezvoltarea unui sistem special de asistență medicală la domiciliu și de servicii sociale pentru cei care sunt imobilizați și fără familie.

¹⁹ Având în vedere probabilitatea ca mulți dintre respondenții romi să nu raporteze etnia din care fac parte la recensămintele naționale, în mod obișnuit este utilizat un set alternativ de estimări ale unor experți în domeniu. Conform Strategiei Guvernului României pentru incluziunea cetățenilor români aparținând minorității rome 2012-2020, estimările variază de la 535.140 (recensământul din 2002) la 730.000-970.000 (studiu comandat de Guvernul României/Banca Mondială, intitulat „Harta socială a comunităților rome”, din anul 2005), la 619.000 (recensământul din 2011) și până la 1,85 milioane (Comisia Europeană, Un cadru UE pentru strategiile naționale de integrare a romilor până în 2020, bazat pe datele de la Consiliul Europei).

3. Persoane vârstnice singure sau dependente	Persoane vârstnice care locuiesc singure și/sau cu nevoi complexe de dependență
4. Romi	Copii și adulți de etnie romă cu risc de a fi excluși din familii fără un venit sustenabil
5. Persoane cu dizabilități	Copii și adulți cu dizabilități, inclusiv persoane invalide, în special cei cu nevoi complexe de dependență
6. Alte grupuri vulnerabile	Persoane afectate de dependența de alcool, droguri și alte substanțe nocive Persoane lipsite de libertate sau aflate sub control judiciar Persoane fără domiciliu Victime ale violenței domestice Victime ale traficului de ființe umane Refugiați și imigranți
7. Persoane care trăiesc în comunități marginalizate	Comunitățile rurale sărace Comunitățile urbane marginalizate Comunități rome sărace și marginalizate

Notă: (a) Unele dintre grupuri se pot suprapune. De exemplu, un copil care locuiește într-o familie cu un singur părinte poate să fie afectat și de sărăcie și/sau de lipsuri multiple; (b) NEET înseamnă persoane care „nu sunt angajate și nu sunt înscrise în sistemul de învățământ sau de formare profesională”; (c) Fiecare dintre grupurile vulnerabile are probleme specifice și trebuie să i se ofere oportunități similare. De aceea, ordinea în care acestea sunt enumerate nu reflectă niciun clasament anume al grupurilor vulnerabile.

Această strategie nu analizează fiecare grup separat²⁰, ci se axează pe definirea de intervenții zonale și orientate către persoane (sectoriale) care să le satisfacă necesitățile, prezentând aspectele specifice fiecărui grup vulnerabil ori de câte ori este nevoie. De exemplu, la capitolul educație, pe lângă aspectele generale privind incluziunea socială, este acordată o atenție deosebită copiilor săraci (care nu au mijloacele de a merge la școală), copiilor rome (în principal din cauza problemelor lor de segregare/discriminare) și copiilor cu dizabilități (din cauza lipsei de servicii educaționale adaptate nevoilor lor). Tabel 12 oferă o privire de ansamblu asupra capitolelor în care sunt abordate problemele specifice ale fiecăruia dintre grupurile vulnerabile.

Tabel 12: Analizele specifice din fiecare capitol pentru fiecare grup vulnerabil

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

²⁰ O analiză a acestor grupuri a fost inclusă în analiza socio-economică pentru programarea fondurilor europene pentru intervalul 2014-2020, care a fost făcută în noiembrie 2012 de către Grupul de Lucru Tehnic privind Afacerile Sociale și Incluziunea Socială, coordonat de MMFPSPV.

2. POLITICI ORIENTATE CĂTRE PERSOANE

2.1. Ocuparea forței de muncă

Pentru a aborda sărăcia și excluziunea socială pe piața muncii, recomandăm ca guvernul să creeze oportunități de angajare și să promoveze egalitatea de șanse prin: (i) creșterea nivelului calificărilor, educației și experienței pe piața muncii a persoanelor sărace din punct de vedere al venitului și a celor din alte grupuri vulnerabile; (ii) creșterea ratei de ocupare a forței de muncă a acestui segment de populație; și (iii) implementarea de măsuri care ar putea determina creșterea ratei de salarizare a grupului țintă (precum măsuri vizând reducerea discriminării). Totuși, aceste măsuri vor fi doar parțial eficiente dacă nu sunt însoțite de politici economice care să influențeze cererea, prin crearea de locuri de muncă bine plătite și durabile.

Principala prioritate în acest domeniu trebuie să fie creșterea ocupării forței de muncă în rândul populației sărace și vulnerabile prin extinderea programelor active privind piața muncii.

Obiectivele principale

Pagina

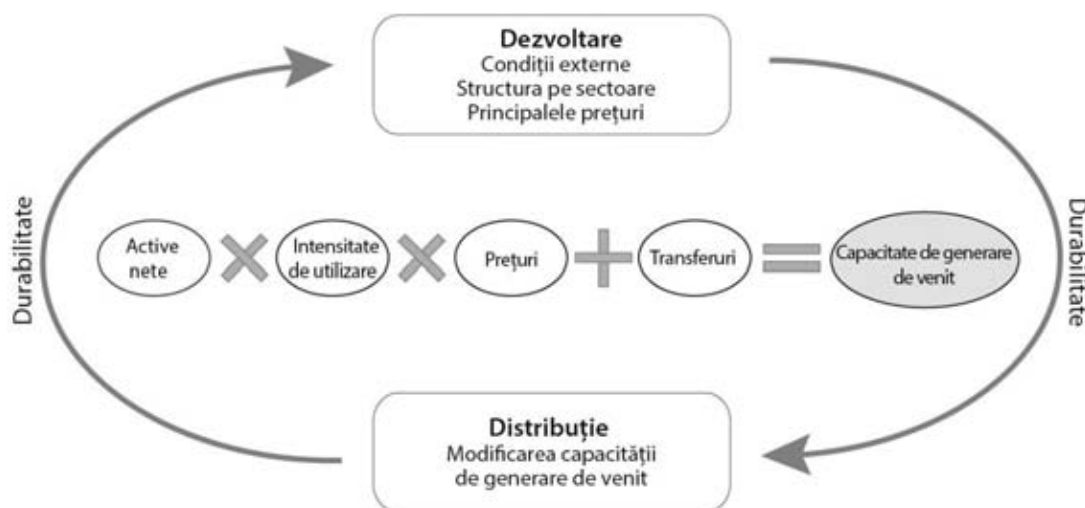
2.1.1. Activarea persoanelor afectate de sărăcie, care nu sunt cuprinse în sistemul de educație sau de formare profesională	43
2.1.2. Reducerea ocupării informale a forței de muncă și creșterea productivității firmelor mici și mijlocii	54
2.1.3. Reducerea ratei ridicate de sărăcie a persoanelor încadrate în muncă	55
2.1.4. Mărirea capacității instituționale și a resurselor Serviciului Public de Ocupare a Forței de Muncă	56
2.1.5. Creșterea ratelor de ocupare a forței de muncă pentru grupurile vulnerabile	60
2.1.6. Dezvoltarea economiei sociale în scopul creșterii oportunităților de angajare pentru grupurile vulnerabile	69



2.1. Ocuparea forței de muncă

Pentru a scoate 580.000 de persoane din sărăcie din punctul de vedere al venitului în perioada 2008-2020, avem în vedere măsuri pentru creșterea capacității de generare de venit a celor mai săraci 4,8 milioane de români, astfel încât veniturile acestora să crească mai rapid decât venitul mediu. Venitul total al populației este suma veniturilor gospodăriilor plus transferurile sociale și private. Veniturile gospodăriilor, la rândul lor, depind de mijloacele de producție pe care le dețin gospodăriile (muncă, bunuri de capital, animale sau terenuri), intensitatea utilizării acestora și valoarea lor efectivă de piață (Figura 10). Pentru a reduce sărăcia relativă din punct de vedere al venitului, strategia noastră constă în creșterea capacității de generare de venit a celui mai sărac segment al populației în cursul perioadei de programare. În termeni practici, aceasta înseamnă: (a) creșterea nivelului calificărilor, al educației și al experienței pe piața muncii a persoanelor sărace din punct de vedere al veniturilor (activ net); (b) creșterea ratei de ocupare a forței de muncă a acestui segment de populație (intensitatea utilizării); și (c) implementarea de măsuri care ar putea determina creșterea ratei de salarizare a grupului țință (precum măsuri vizând reducerea discriminării). Pe baza aceleiași abordări pot fi crescute și celelalte active ale gospodăriilor sărace, și anume terenuri (mici suprafețe) și animale.

Figura 10: Cadrul conceptual pentru reducerea sărăciei relative din punct de vedere al venitului



Sursa: Banca Mondială, 2014, Prosperitate comună în regiunea EAC.

Ceilalți factori care determină venitul total al gospodăriilor sărace sunt transferurile, private sau din programele de protecție socială. Aceste subiecte vor fi abordate în capitolul următor 2.2 privind Transferurile sociale.

2.1.1. Activarea persoanelor afectate de sărăcie, care nu sunt cuprinse în sistemul de educație sau de formare profesională

Schimbările demografice din România din perioada 2014-2020 vor modifica dramatic piața muncii. Până în 2020, se prognozează că numărul persoanelor de vârstă activă va scădea cu 4,5 la sută, în timp ce numărul vârstnicilor va crește probabil cu 13 procente. România va trebui să-și mobilizeze toți lucrătorii potențiali și să investească în educația și abilitățile lor pentru a-i face mai productivi. Aceasta face esențială mobilizarea tuturor adulților de vârstă activă din cea mai săracă chintilă care în prezent nu lucrează, deși sunt apti de muncă. Acest grup reprezintă 26 de procente din numărul total de adulți din chintilă (aproximativ 730.000 de persoane). O treime din acești adulți care nu sunt angajați, nu sunt înscrși în sistemul de învățământ sau formare profesională și nu au o dizabilitate (NEETD) sau nu sunt pensionați anticipat ar putea relua lucrul relativ repede, în timp ce o altă treime ar avea nevoie de politici active pe piața muncii și servicii sociale pentru a accesa piața muncii, iar ultima treime este foarte puțin probabil să se angajeze. Studii internaționale estimează că între 10 și 23 de procente din acest grup de adulți care nu lucrează, din cea mai săracă chintilă, ar putea intra pe piața muncii până în anul 2020 dacă primesc sprijin prin intermediul măsurilor active pentru piața muncii și al serviciilor sociale și dacă li se permite să combine veniturile din muncă cu prestațiile de asistență socială.²¹

Pentru a vedea în ce măsură intensificarea măsurilor active pentru piața muncii ar reduce sărăcia, am simulat efectele unui asemenea program pentru beneficiarii programului noului consolidat bazat pe evaluarea mijloacelor de trai al României, programul Venit Minim de Inserție Socială (VMI), descris în secțiunea următoare. Dovezi internaționale sugerează că stimulentele pentru muncă oferite de o nouă formulă de prestații beneficiarilor VMI, plus serviciile personalizate de intermediere de locuri de muncă și măsurile active pentru piața muncii ar putea ajuta între 10 și 23 de procente dintre persoanele care nu lucrează în prezent să combine munca cu prestațiile de asistență socială. În jur de două treimi din acest efect sunt atribuite noii formule de beneficii a VMI și treimea rămasă furnizării de intermediere personalizată de locuri de muncă și de măsuri active pentru piața muncii. În scenariul optimist în care 23 la sută dintre beneficiarii VMI care nu sunt angajați, nu sunt înscrși în sistemul de învățământ sau formare profesională și nu au o dizabilitate (NEETD) găsesc locuri de muncă, sărăcia relativă ar scădea cu 3 puncte procentuale în 2016, în timp ce în scenariul pesimist (care presupune că doar 10 procente dintre NEETD găsesc locuri de muncă), sărăcia relativă ar scădea cu 1,4 procente.

Angajarea în schimbul unor salarii decente reprezintă cea mai sigură cale de a scăpa de sărăcie. Acest proiect de strategie prezintă mai multe politici vizând creșterea participării pe piața muncii a persoanelor sărace, reducerea angajărilor sezoniere pentru acestea și mărirea venitului lor fie prin creșterea câștigurilor, fie permițându-le persoanelor sărace să-și combine veniturile relativ mici cu prestațiile sociale în numerar.

Totuși, măsurile active pentru piața muncii pot doar să contribuie la înlesnirea accesului pe piața muncii, făcând protecția socială mai eficientă, de exemplu, prin ameliorarea șanselor unor persoane vulnerabile de a intra pe piața muncii. Aceste programe nu pot fi principala forță din spatele creării de locuri de muncă și nu pot combate absența cererii de mână de lucru atunci când economia este slăbită.²² Pentru a fi eficiente, măsurile active pentru piața muncii trebuie să fie însoțite de politici economice care să influențeze cererea, cu alte cuvinte, care să creeze locuri de muncă.²³

²¹ Ipotezele care stau la baza acestei prognoze sunt detaliate în Bachas (2013) și Gerard (2013).

²² OCDE (2013: 40).

²³ Asemenea politici pot varia de la politici macroeconomice și fiscale la politici care afectează climatul de investiții, politici sectoriale, politici privind mobilitatea și migrarea forței de muncă și politici de dezvoltare a afacerilor (OIM, 2006).

Un profil al populației de vârstă activă din chintila cea mai săracă

În 2016, guvernul își propune implementarea unui nou program de asistență socială pentru săraci, programul Venitul Minim de Inserție (VMI), cu scopul de a asigura asistență chintilei inferioare din populația României îmbunătățind în același timp stimulentele pentru muncă pentru adulții apti de muncă.²⁴ Pentru a îndeplini acest obiectiv, noul program va reuni cele trei programe existente, bazate pe evaluarea mijloacelor de trai, într-unul singur, va reduce rata de impozitare marginală (RIM) implicită asupra veniturilor pentru a da posibilitatea beneficiarilor programului să combine asistența socială cu munca și va mări disponibilitatea și relevanța măsurilor active pentru piața muncii pentru acest grup țintă. Important, programul VMI va servi de asemenea drept instrument pentru identificarea populației sărace. Această subsecțiune identifică caracteristicile populației vizate în timp ce următoarea subsecțiune sugerează unele măsuri de activare individualizate pentru acele grupuri.

Populația cu risc de sărăcie (AROP) este aproximată în acest capitol prin chintila inferioară a distribuției veniturilor, cu alte cuvinte, cele mai sărace 20 la sută dintre persoane clasificate în funcție de veniturile lor (inclusiv orice transferuri de protecție socială) pe echivalent adult. În cadrul chintilei inferioare a distribuției veniturilor în România, se pune un accent deosebit pe persoanele care nu urmează niciun program educațional sau de formare sau nu au handicap (NEETD). Aceste sunt persoane cu capacitate de muncă și pentru care prioritatea politicilor trebuie să fie de a le oferi stimulentele pentru a munci și de a crește accesul acestora pe piața muncii. Pentru a îndeplini acest scop, este crucială înțelegerea caracteristicilor populației NEETD și a obstacolelor cu care aceasta se confruntă în încercarea de a obține acces la piața muncii.

Caseta 5: Date și metodologie pentru analiza NEETD

Analiza datelor din acest capitol se bazează pe valurile 2011-2013 ale Anchetei Bugetelor de Familie (ABF) din România. A fost utilizat acest studiu, și nu EU-SILC, deoarece chestionarul este mult mai bogat și permite o analiză mai detaliată. ABF este o anchetă la nivel de gospodărie, reprezentativă pentru populația României, cu informații detaliate colectate privind caracteristicile individuale, cheltuielile și sursele de venit. Pentru creșterea mărimii eșantionului, am adunat în aceeași analiză secțiuni transversale ale ABF și, pe baza consumului pe echivalent adult, am separat populația României în cinci chintile.

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

Setul complet de date conține 85.242 de persoane. Dintre acestea, 55.952 sunt de vârstă activă (definite drept persoane între 15 și 64 de ani). Dintre acestea, 7.527 de persoane aparțin grupului NEETD - nu sunt înscrise în sistemul de învățământ sau formare profesională și nu au o dizabilitate, sunt persoane pensionate anticipat sau mame cu copii sub vârsta de 2 ani.

Lipsa de oportunități de angajare și veniturile mici din muncă sunt strâns asociate cu traiul în sărăcie. Există un decalaj pronunțat și persistent de ocupare a forței de muncă între populația aptă de muncă din cea mai săracă chintilă și cea din primele trei chintile²⁵ (Figura 11). În rândul bărbaților aflați în intervalul de vârstă cel mai productiv (între 35 și 44 de ani), rata de ocupare a forței de muncă este cu 16 la sută mai mică printre cei din chintila inferioară decât printre cei din primele trei chintile. Acest decalaj este chiar mai mare în cazul femeilor – în jur de 30 de puncte procentuale. Dintre cei 2,8 milioane de adulți de vârstă activă din cea mai săracă chintilă (Figura 12), 50 la sută sunt angajați (majoritatea ca lucrători pe cont propriu sau lucrători în agricultură), circa 20 la sută sunt cuprinși în sistemul de

²⁴ Această secțiune se inspiră foarte mult din Bachas (2013).

²⁵ Definiția chintilelor utilizată în aceste estimări este ușor diferită de cele întrebuintate în datele din EU-SILC. Cu toate acestea, rezultatele sunt foarte similare, indiferent de aceste definiții.

învățământ, au o dizabilitate sau sunt pensionați anticipat, iar alți 26 la sută sunt fie persoane inactive, fie șomeri. În jur de 70 la sută dintre persoanele șomere sau inactive se bazează pe asistența socială ca să-și suplimenteze veniturile. Dintre cei care lucrează, trei sferturi sunt angajați pe cont propriu, mulți având slujbe sezoniere în agricultură sau în construcții, ceea ce le reduce câștigurile anuale.

Figura 11: Ocuparea forței de muncă și decalajul între sexe în funcție de nivelul venitului, 2011-2012

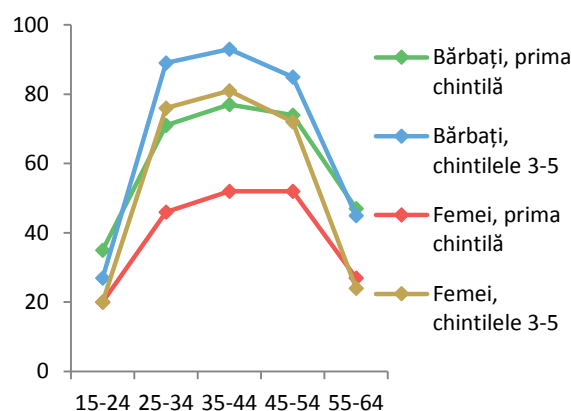
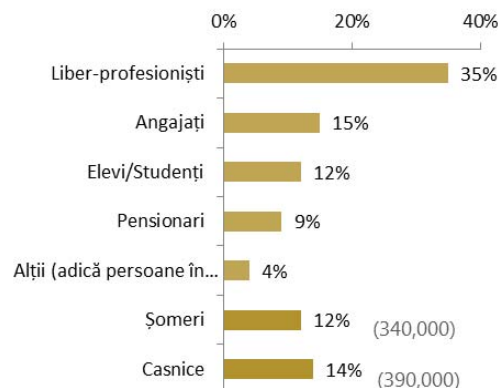


Figura 12: Persoanele de vârstă activă din cea mai săracă chintilă în funcție de statutul ocupațional, 2011-2012 (total = 2,8 milioane)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială bazate pe ABG 2012-2013.

Notă: *Chintila de consum per echivalent adult.

Pe lângă discrepanțele ridicate în ceea ce privește ocuparea totală a forței de muncă, tipul de ocupare variază mult între chintile. Tabel 13 arată statutul ocupațional pentru chintila inferioară, a doua chintilă și primele trei chintile. Așa cum s-a văzut anterior, ponderea populației inactive, suma șomerilor și a casnicilor, este mult mai mare în chintila inferioară. O altă caracteristică importantă a chintilei inferioare este ponderea foarte mare a activităților pe cont propriu, de 35%, și ponderea mică a activităților salariale, 15% (procentul angajatorilor este minor). Pentru comparație, în primele trei chintile, activitățile independente reprezintă 10% și activitățile salariale 54%.

Tabel 13: Statutul ocupațional al persoanelor cu vârste de 15 - 64 de ani, pe chintile (2012-2013)

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

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

Ratele mici de ocupare a forței de muncă printre adulții aflați în intervalul de vârstă cel mai productiv din chintila cea mai săracă antrenează rate mai mari ale NEETD în rândul populației sărace. Tabel 14 de mai jos arată defalcarea persoanelor NEETD pe chintile de consum. Persoanele NEETD reprezintă 13 la sută din populația de vârstă activă și sunt concentrate în chintilele inferioare ale populației. Ponderea persoanelor NEETD scade constant pe chintile de la 26 la sută în chintila inferioară până la 20 la sută, 15 la sută, 10 la sută și 5 la sută în chintila a patra, a treia, a doua și respectiv prima.

Tabel 14: Ponderea NEETD în totalul populației și pe chintile, România 2011-2012

	Prima chintilă	A 2-a chintilă	A 3-a chintilă	A 4-a chintilă	A 5-a chintilă	Total
Persoanele care nu sunt NEETD în totalul populației de vârstă activă	10,2	13,7	16	20,7	25,9	86,6
Persoanele NEETD în totalul populației de vârstă activă	3,5	3,4	2,8	2,3	1,4	13,5
Ponderea NEETD în totalul populației de vârstă activă din fiecare chintilă	25,8	19,7	15,1	10	5,2	13,5

Sursa: Bachas, 2013 folosind datele ABG 2011-2012.

Deoarece ponderea persoanelor NEETD este concentrată în chintila inferioară, un program de asistență socială care vizează chintila inferioară ar trebui să abordeze obstacolele specifice care le împiedică să acceseze locurile de muncă, pe lângă îmbunătățirea stimulentei pentru muncă, pentru a fi eficient. În același timp, ponderea mare de activități independente și ponderea mică de activități salariale în acea chintilă sugerează nevoia de strategii pentru a încuraja antreprenoriatul și acumularea de capital.

Grupuri omogene de adulți NEETD în chintila cea mai săracă

Dată fiind eterogenitatea persoanelor NEETD și nevoia de politici individualizate pentru a mări șansele acestora de a deveni active, am utilizat metoda statistică de analiză a claselor latente (ACL)²⁶ pentru a separa populația NEETD din chintila inferioară în grupuri omogene. ACL este una dintre cele câteva tipuri de metode de analiză cluster /a grupărilor care distribuie cazurile analizate în submulțimi (numite clustere sau grupări) conform caracteristicilor comune ale fiecărei grupări. ACL utilizează algoritmi de grupare în analiza datelor și p metodologia statistică (nu matematică) pentru construirea grupărilor. Se bazează pe ideea că toate cazurile distribuite împreună în cadrul unui grup au valori similare ale unei variabile latente (neobservate), care este dedusă din caracteristicile observate. ACL estimează probabilitatea ca un caz /individ cu caracteristici specifice (variabile observate) să aparțină uneia dintre grupările definite. Aceasta estimează parametrii pentru profilurile de clasă (descrierea fiecărei clase) și mărimea clasei.

În realizarea profilului persoanelor NEETD, variabila latentă poate fi definită de obstacolele accesului pe piața muncii. Folosind caracteristici observate, cum ar fi sexul, locul, educația, numărul de copii și statutul minoritar, algoritmul LCA a generat opt grupări care pot fi descrise după cum urmează:²⁷

- **Bărbații educați, fără ocupație, din mediul urban** sunt cel mai mare grup NEETD din chintila cea mai săracă, reprezentând 24 la sută din eșantion. Optzeci și șase la sută din bărbații din acest grup caută activ un loc de muncă, 15 la sută au fost inactivi timp de mai puțin de șase luni, în timp ce 33 la sută afirmă că ar accepta un loc de muncă plătit cu până la 1.000 RON pe lună și 63 la sută spun că ar accepta un loc de muncă plătit cu până la 1.500 de RON pe lună. Prin urmare acest grup încearcă activ să intre pe piața muncii și are deja un anumit capital uman deoarece 65 la sută din persoane au cel puțin diplomă de bacalaureat.
- **Femeile căsătorite de vârstă mijlocie din mediul rural** reprezintă 18 la sută din eșantion. Șaizeci și doi la sută sunt absolvente de liceu sau de învățământ superior și cele mai multe dintre aceste femei au un copil sub vârsta de 15 ani. Deși se confruntă cu puține constrângeri privind accesul pe

²⁶ Avantajul ACL față de alte tehnici de grupare este acela că cazurile nu sunt atribuite claselor în mod absolut, ci au o probabilitate de a aparține fiecărei clase. În plus, poate lucra atât cu date continue, cât și cu date categorice. Numărul optim de clase poate fi găsit prin utilizarea criteriilor AIC sau BIC pentru măsurarea bunei calități sau caracterului potrivit al modelului.

²⁷ Mai multe detalii privind caracteristicile cheie ale grupurilor NEETD din chintila inferioară pot fi găsite în Tabel A 23.

piața muncii, acest grup nu caută activ de lucru, deși 62 la sută ar accepta un loc de muncă dacă ar fi recompensat cu un salariu suficient de atractiv.

- Grupul care constă în **tineri needucați inactivi** (17 la sută) conține în majoritate femei care, în ciuda faptului că nu au copii în îngrijire, au nivel redus de educație. O mare parte din acest grup nu caută activ de lucru, deși 30 la sută dintre membrii săi afirmă că sunt pregătiți să muncească. Treizeci la sută din persoanele din acest grup sunt de etnie romă.
- **Femeile tinere din mediul rural, cu familii** (11 la sută din eșantion) au în medie doi până la trei copii, dintre care unul tinde să aibă vârsta între 2 și 6 ani. Nouăzeci la sută au absolvit doar nivelul gimnazial, după care au abandonat sistemul de educație. Femeile din acest grup sunt de obicei căsătorite cu un bărbat care este angajat pe cont propriu și care în prezent primește prestații sociale.
- Grupul **de tineri necăsătoriți, de etnie romă** (10 la sută din eșantion) este compus în întregime din adulți tineri sub vârsta de 25 de ani care au abandonat școala timpuriu. Cei mai mulți au cel puțin un copil și în prezent primesc asistență socială. Numai 10 la sută caută un loc de muncă, dar jumătate spun că sunt gata să înceapă să lucreze dacă li se oferă oportunitatea.
- Grupul **persoanelor educate din mediul rural** reprezintă 8 la sută din eșantion. Nouăzeci și unu la sută dintre acestea au educație de nivel liceal și 64 la sută au pregătire profesională sau tehnică. Majoritatea sunt bărbați necăsătoriți. Acest grup se confruntă cu mai puține constrângeri în găsirea unui loc de muncă decât alte grupuri datorită potențialului de mobilitate și a capitalului uman existent. Întregul grup caută activ de lucru, dar are așteptări destul de mari deoarece afirmă în proporție de 89 la sută că ar accepta salarii numai peste 1.000 RON.
- **Femeile de etnie romă, cu familii, din mediul urban** (7 la sută din eșantion) sunt femei tinere, adesea cu trei copii, doi dintre aceștia de vârstă mică (între 2 și 6 ani). Toate au nivel scăzut de educație (cel mult școală gimnazială), iar soții lor sunt liber-profioniști. Acestea nu caută de lucru și sunt inative de cel puțin doi ani.
- Grupul de **cupluri tinere din mediul urban** (5 la sută din eșantion) este alcătuit din persoane cu doi copii), dintre care unul sub vârsta de 6 ani, care au devenit recent inactive în cadrul forței de muncă. Majoritatea persoanelor din acest grup încearcă activ să se reintegreze pe piața muncii. Totuși, numai jumătate dintre acestea au terminat învățământul liceal.

Această împărțire pe categorii oferă un tablou mai clar al subgrupurilor care compun populația inactivă din chintila inferioară. Această segmentare subliniază eterogenitatea situațiilor și constrângerilor privind accesul pe piața muncii. Împreună, grupările 1, 6 și 8, care reprezintă 37% din populația chintilei, sunt persoane care încearcă activ să se întoarcă pe piața muncii și pentru care politicile de ajutor privind un loc de muncă s-ar putea dovedi eficiente. Totuși, cel puțin o parte dintre aceste persoane ar putea căuta un loc de muncă în afara țării sau chiar ar putea lucra câteva luni pe an în afara țării. O altă categorie, care include grupările 3 și 5, reprezintă 27% din populație, dar duce o lipsă gravă de capital uman care să permită integrarea cu succes pe piața muncii. Acest grup nu caută de lucru în mod activ, dar adesea ar accepta o ofertă de lucru. În final, restul de 36% din grupurile 2, 4 și 7 sunt în principal femei care sunt inactive în mod voluntar și au copii în întreținere. Ar putea fi necesare stimulente fiscale și politici de îngrijire a copiilor pentru a crește participarea acestora pe piața muncii.

Tabel 15: Descrierea grupurilor NEETD din chintila inferioară

G1: Șomeri educați din mediul urban (dimensiunea: 24%, nr. 151000)	G2: Femei căsătorite de vârstă mijlocie din mediul rural (dimensiunea: 18%, nr. 114000)
<ul style="list-style-type: none"> □ 75% bărbați □ De vârstă mijlocie, dar cu puțini copii □ 61% au absolvit liceul sau învățământul profesional □ Jumătate sunt șomeri de mai puțin de doi ani, jumătate sunt șomeri pe termen lung. □ 34% ar accepta un loc de muncă cu până la 1.000 RON 	<ul style="list-style-type: none"> □ 46% au absolvit liceul sau învățământul profesional □ 1 copil de vârstă școlară □ 10% îngrijesc persoane cu dizabilități □ Nu caută de lucru, dar 1/3 ar lucra pentru până la 1.000 RON
G3: Tineri needucați inactivi (dimensiunea: 17%, nr. 110000)	G4: Femei tinere, cu familii, din mediul rural (dimensiunea: 11%, nr. 70000)

<input type="checkbox"/> 71 % femei <input type="checkbox"/> 75% cel mult școală gimnazială <input type="checkbox"/> 67% în mediul urban <input type="checkbox"/> 73% necăsătoriți, fără copii <input type="checkbox"/> Nu caută de lucru, dar 30% sunt dispuși să lucreze <input type="checkbox"/> 30% de etnie romă	<input type="checkbox"/> 2 sau 3 copii sub vârsta de 15 ani <input type="checkbox"/> Adesea 1 copil între 2 și 6 ani <input type="checkbox"/> 90% au cel mult studii gimnaziale <input type="checkbox"/> Soți lucrători pe cont propriu <input type="checkbox"/> Primesc asistență socială
G5: Tineri de etnie romă (dimensiunea: 10%, nr. 63000)	G6: Șomeri educați din mediul rural (dimensiunea: 8%, nr. 50000)
<input type="checkbox"/> Jumătate sub 25 de ani, 70% necăsătoriți <input type="checkbox"/> 62 % femei <input type="checkbox"/> 100% au cel mult studii gimnaziale <input type="checkbox"/> 1 copil <input type="checkbox"/> Numai 10% caută de lucru, dar jumătate sunt dispuși să lucreze. <input type="checkbox"/> În prezent primesc asistență socială	<input type="checkbox"/> 67% bărbați <input type="checkbox"/> 64% au pregătire profesională/tehnică, toți au absolvit liceul. <input type="checkbox"/> Necăsătoriți, fără copii <input type="checkbox"/> Caută de lucru, dar acceptă numai salarii mai mari
G7: Femei cu familii, de etnie romă, din mediul urban (dimensiunea: 7%, nr. 44000)	G8: Cupluri tinere din mediul urban (dimensiunea: 5%, nr. 32000)
<input type="checkbox"/> 3 copii, 2 cu vârsta între 2 și 6 ani <input type="checkbox"/> 100% cel mult școală gimnazială <input type="checkbox"/> Soți lucrători pe cont propriu <input type="checkbox"/> Inactive de cel puțin doi ani, nu caută de lucru	<input type="checkbox"/> 2 copii, 1 cu vârsta între 2 și 6 ani <input type="checkbox"/> 11% îngrijesc persoane cu dizabilități <input type="checkbox"/> Jumătate au absolvit liceul, jumătate școală gimnazială <input type="checkbox"/> Recent inactive <input type="checkbox"/> 2/3 caută de lucru, dar nu prin ANOFM

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

Politici de activare pentru persoanele NEETD din chintila cea mai săracă

Înțelegerea compoziției chintilei inferioare, în particular a grupului persoanelor inactive cu capacitate de lucru, va da guvernului român posibilitatea de a dezvolta politici coerente privind piața muncii, individualizate pentru anumite subgrupuri de persoane NEETD. Toate politicile care vizează o mai bună identificare a omului potrivit pentru locul potrivit pe piața muncii sunt numite politici de „activare”. Politicile de activare pot lua diferite forme, variind de la programe de educație și pregătire profesională, până la consiliere și subvenții pentru muncă. Această secțiune analizează dovezile eficienței politicilor de activare într-o varietate de contexte în România și la nivel global și sugerează o gamă de politici individualizate pentru subgrupurile identificate anterior din cadrul populației vizate.

Una dintre prioritățile cheie ale guvernului este de a mări accesul la locurile de muncă pentru toți cei care caută de lucru, inclusiv pentru cei săraci și vulnerabili. Asemenea politici sunt numite politici de activare și de ieșire din sistemul de asistență socială. Mai exact, politicile de activare sunt definite drept politici de protecție socială și de forță de muncă, care ajută persoanele inactive să găsească locuri de muncă și care măresc veniturile persoanelor active. „Politicile de ieșire din sistemul de asistență socială” se referă la politici care vizează persoanele care primesc asistență socială cu scopul de a mări veniturile acestora până la nivelul la care nu mai necesită asistență socială. Politicile de activare și ieșire din sistemul de asistență socială sunt completări necesare ale implementării de succes a programelor de asistență socială, împreună cu „parametrii” corespunzători ai programelor de asistență socială (nivel al prestațiilor sociale, rate de impozitare marginală, restricții și responsabilități comune).

Per total, literatura internațională²⁸ indică faptul că programele de activare au adus beneficii modeste, dar semnificative și tind să fie eficiente din punct de vedere al costului. Este important de reținut că

²⁸ Almeida et al (2012) este o analiză aprofundată a politicilor de activare în țările în curs de dezvoltare și folosește mai multe studii de țară și exemple de programe aflate în curs. Analiza meta a lui Card, Kluve și Weber (2010) examinează 97

aceste programe sunt cel mai puțin eficiente atunci când sectorul informal este mare, populația vizată este rurală și duce lipsă de mobilitate și cererea de muncă este mică din cauza condițiilor macroeconomice. Aceste observații sunt relevante în special pentru chintila inferioară a populației României. Acest lucru confirmă nevoia unei reforme atent concepute și cuprinzătoare a pieței muncii și a politicilor de asistență socială din România care să includă o componentă puternică de politici de activare.

Politicile de activare vizează îmbunătățirea gradului în care cererea de forță de muncă se potrivește cu oferta de forță de muncă. Scopul lor este de remedia deficitele specifice pieței muncii și de a ajuta persoanele să depășească constrângerile privind accesul lor la capitalul uman și fizic. Problemele legate de piața muncii se împart adesea în următoarele categorii:

- Constrângeri privind capitalul uman: Competențe insuficiente și nepotrivirea dintre calificările celor aflați în căutare de locuri de muncă și necesitățile angajatorilor.
- Divergențe privind informațiile: În ceea ce privește oferta, acestea apar dintr-o lipsă de cunoștințe privind oportunitățile de locuri de muncă, iar în ceea ce privește cererea din modul în care sunt promovate locurile de muncă și din selecția negativă.
- Constrângeri privind capitalul fizic: Constrângerile privind creditarea și susținere slabă pentru antreprenariat.

Fiecare constrângere necesită răspunsuri prin politici de activare diferite. Tabel 16 de mai jos ilustrează varietatea programelor de activare care există în întreaga lume și dă exemple din mai multe țări. În plus, Caseta 6 prezintă unele studii experimentale care au fost citate frecvent în literatura economică împreună cu lecții desprinse din studiile de analiză.

Tabel 16: Programe și obstacole în calea accesului la piața muncii

Tip de program	Programe selectate	Constrângeri/ Obstacole în calea muncii
Subvenții separate pentru salarii		
	<ul style="list-style-type: none"> □ Experiment privind subvenționarea salariilor tinerilor (Africa de Sud) □ Bonificacion a la Contratacion de Mano de Obra-Chile Solidario (Chile) □ Jovenes con Mas y Mejor trabajo (Argentina) □ Idmaj (Maroc) □ Stage d'initiation a la vie professionnelle (Tunisia) 	Lipsa de competențe/experiență și lipsa de informații
Dezvoltarea competențelor/ semnalare		
Programe cuprinzătoare de pregătire pentru tineri	<ul style="list-style-type: none"> □ Programul de autoafirmare a tinerilor din Kenya (Kenya) □ Programul de subproiecte tineri stagieri (Argentina) □ Juventud y Empleo (Republica Dominicană) □ Taehil (Maroc) 	Lipsa de competențe/experiență și lipsa de informații
Pregătire tehnică generală și profesională	<ul style="list-style-type: none"> □ ProbeCat (Mexic) □ Cursuri de pregătire profesională ale Agenției Publice de Ocupare a Forței de Muncă ISKUR (Turcia) 	
A doua șansă	<ul style="list-style-type: none"> □ Programul de pregătire primară din Afganistan – APEP (Afganistan) 	
Certificare	<ul style="list-style-type: none"> □ Chilecalifica (Chile) □ Proiectul de învățare și pregătire pe tot parcursul vieții (Argentina) 	

de studii care conțin 199 evaluări de programe de politici de activare din Europa și America de Nord și trage concluzii despre eficiența acestora.

Tip de program	Programe selectate	Constrângeri/ Obstacole în calea muncii
Servicii de ocupare a forței de muncă		
	<input type="checkbox"/> Red CIL Pro Empleo (Peru) <input type="checkbox"/> Servicii de ghidare a carierei (Slovenia, Lituania) <input type="checkbox"/> Cluburi de locuri de muncă (Lituania) <input type="checkbox"/> Târguri de posturi vacante și de locuri de muncă (Azerbaidjan)	Lipsa de informații și lipsa de capital circulant
Programe de susținere a antreprenoriatului		
Educație	<input type="checkbox"/> Fomento del Espiritu Empresarial (Columbia) <input type="checkbox"/> Concours de Plans d'affaires Entreprendre et Gagner (Tunisia) <input type="checkbox"/> Cunoașterea programelor economice (Siria)	Lipsa competențelor/experienței; lipsa capitalului circulant; lipsa competențelor antreprenoriale; lipsa de informații
Susținerea IMM-urilor	<input type="checkbox"/> Programul de formare profesională prin ucenicie și de susținere antreprenorială pentru tinerii vulnerabili (Malawi) <input type="checkbox"/> Fondul de Acțiune Socială pentru Uganda de Nord (NUSAF) (Uganda) <input type="checkbox"/> Autoafirmarea economică a adolescentelor (EPAG) (Liberia)	
Microfranciză	<input type="checkbox"/> Servicii comunitare Vodacom: Acces telefonic în mediul rural (Africa de Sud)	

Sursa: Almeida et al., 2012: "Improving Access to Jobs and Earnings Opportunities: The Role of Activation and Graduation Policies in Developing Countries": (Îmbunătățirea accesului la oportunități de obținere a locurilor de muncă și a veniturilor: rolul politicilor de activare și ieșire din sistemul de asistență socială în țările în curs de dezvoltare).

Caseta 6: Lecții desprinse din studiile experimentale privind politicile de activare

Capital uman: Formare profesională și educația pentru a doua șansă

În ciuda creșterii șomajului în rândul tinerilor, atât în Europa, cât și în multe țări în curs de dezvoltare, puține studii au utilizat un model experimental de evaluare a programelor de educație profesională. Aceste programe pregătesc de obicei tineri adulți inactivi pentru o anumită meserie sau practică. Acestea tind să dureze de la câteva luni până la un an și sunt adesea cuplate cu scurte perioade de stagiu. Două experimente în America Latină au avut rezultate diferite. Pe de o parte, un studiu al programului de educație profesională Juventud y Empleo din Republica Dominicană (Card et al, 2009) a descoperit că programul generase creșteri moderate ale veniturilor participanților (10 la sută), deși acest rezultat global a mascat o mare eterogenitate a rezultatelor. Numai tinerii care locuiesc în orașe, cu un nivel inițial mai mare de educație, au beneficiat de program. De asemenea, nu este clar dacă pregătirea subvenționată furnizată de program a fost sau nu eficientă din punct de vedere al costurilor. Pe de altă parte, un studiu al Jovenes en Accion, un program similar din Columbia (Attanasio et al, 2009) a descoperit beneficii mai mari ale pregătirii profesionale furnizate de acest program – 12 la sută per total și 18 la sută pentru femeii. În plus, s-a constatat că programul a fost eficient din punct de vedere al costului. Faptul că programul din Republica Dominicană a fost implementat numai în orașe ar putea ajuta la reconcilierea rezultatelor celor două studii.

Aceste rezultate mici, dar pozitive sunt susținute de meta analiza din studiul Card et al (2010). Autorii au descoperit că cele mai multe programe de pregătire desfășurate în sala de clasă sau la locul de muncă au un impact pozitiv, dar nesemnificativ asupra veniturilor și probabilității de angajare pe termen scurt, dar un impact semnificativ și mai mare pe termen mediu. În orice caz, succesul acestor programe este dependent în mare măsură de conținutul furnizat și de măsura în care necesitățile de calificare de pe piața locală a muncii sunt integrate în planul de curs. În plus, programele de succes furnizează cursanților informații privind angajarea înainte ca aceștia să termine cursul și sunt cuplate cu programe care-i ajută pe absolvenți în căutarea de locuri de muncă la sfârșitul perioadei de pregătire.

Servicii de ocupare a forței de muncă și programe de informare

Două exemple globale de servicii de consiliere de succes au fost evaluate de cercetători - programul Restart, din Marea Britanie (Dolton și O'Neil, 2002) și Programul Târg de Locuri de Muncă, din Filipine (Beam, 2013).

Programul Restart a fost lansat în 1987 în Marea Britanie cu scopul de a reduce dependența de ajutoarele sociale. Programul combină consilierea și încurajarea celor care se află în căutarea unui loc de muncă cu o mai mare consolidare a condițiilor necesare calificării pentru obținerea ajutoarelor de șomaj. Programul Restart era compus dintr-un interviu cu durata de aproximativ 20 de minute, care servea drept etapă intermediară pentru accesul la alte servicii precum cursuri, pregătire și cluburi de locuri de muncă. În plus, deoarece interviul era obligatoriu, persoanele care nu se prezentau se confruntau cu posibilitatea de a li se retrage asistența socială. Autorii au comparat un grup experimental care a fost prezent la interviu cu un grup de control care a fost introdus în program șase luni mai târziu. Este important faptul că grupul „de control” a primit același tratament, dar a primit asistență socială încă șase luni. De aceea, efectul pe termen lung a reflectat impactul unei perioade suplimentare de șase luni de inactivitate asupra angajării viitoare. Autorii au utilizat date administrative timp de cinci ani după începutul participării persoanelor la program. Interesant este faptul că programul a avut un efect puternic pe termen scurt, dar și un efect semnificativ pe termen mediu. Impactul pe termen scurt al programului Restart a generat o probabilitate cu 10 la sută mai mare de șomaj pentru grupul de control, în comparație cu grupul experimental. Când grupul de control a fost introdus în program, efectul s-a redus, dar a crescut din nou cu doi ani mai târziu și grupul experimental a continuat să aibă o probabilitate de șomaj cu 6 la sută mai mică. Acest rezultat sugerează că, pe termen lung, costul inactivității și al dependenței de asistență socială este mare.

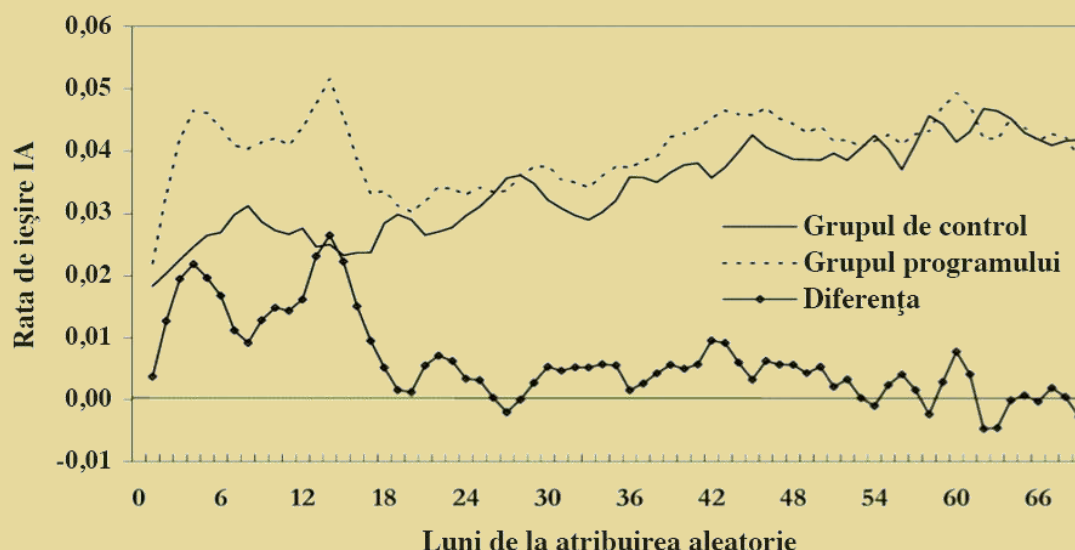
Programul Restart a fost implementat în economia dezvoltată și în principal urbană a Marii Britanii. Prin contrast, experimentul descris în Beam (2013) a avut loc în zone rurale din Filipine. În experimentul său, autoarea a dat persoanelor vouchere care le dădeau posibilitatea de a participa la un târg de locuri de muncă unde personalul care făcea recrutarea le oferea informații despre locuri de muncă și realiza scurte interviuri preliminare. Deși furnizarea de informații a mărit gradul de cunoaștere al persoanelor privind necesitățile și condițiile de pe piața muncii, aceasta nu a mărit eforturile lor de căutare de locuri de muncă sau probabilitatea de angajare. Totuși, voucherele pentru participarea la târgul de locuri de muncă au avut un mare impact atât asupra efortului lor de a căuta locuri de muncă, cât și a probabilității de angajare. Persoanele aflate în căutare de locuri de muncă s-au reorientat de la provincia lor către capitala Manila, unde numărul solicitărilor de locuri de muncă a devenit mai mult decât dublu. Chiar și mai izbitor, la 10 luni după programul de vouchere, probabilitatea celor din grupul experimental de a fi angajați formal a crescut cu 4,7 la sută, ceea ce a însemnat o creștere de 38 la sută față de momentul inițial. De aceea, acest studiu a arătat că informațiile și târgurile de locuri de muncă au potențialul de a genera o schimbare semnificativă privind comportamentul persoanelor din mediul rural care caută locuri de muncă, având inițial puține oportunități.

Rezultatele pozitive ale acestor studii experimentale privind programele de asistență în obținerea de locuri de muncă sunt susținute de studiile neexperimentale analizate în Card et al (2010) și Almeida et al (2012), care au susținut că programele de asistență în obținerea de locuri de muncă sunt în general eficiente din punct de vedere al costurilor și generează beneficii pe termen scurt pentru persoanele aflate în căutare de locuri de muncă.

Subvenții pentru salarii

Programele de angajare în sectorul public și de subvenții pentru salarii au avut mult mai puțin succes în general în ceea ce privește susținerea rezultatelor pozitive pe piața muncii pentru beneficiari. Evaluarea făcută de Card și Hyslop (2005) privind Proiectul Canadian de Autosuficiență (SSP) oferă un exemplu. SSP a oferit beneficiarilor de asistență socială o subvenție mare timp de trei ani în schimbul începerii unei activități cu normă întreagă într-un interval de 12 luni. Un număr total de 5.600 de părinți singuri au fost împărțiți în mod egal între un grup experimental și un grup de control. Figura de mai jos arată că programul a produs o creștere semnificativă pe termen scurt a ieșirilor din sistemul de asistență socială. Totuși, după ce subvențiile au dispărut, decalajul în ceea ce privește ocuparea forței de muncă a revenit la zero. Beneficiarii de asistență socială care nu au primit stimulentele au avut nevoie doar de mai mult timp pentru obținerea unui loc de muncă, ceea ce corespundea faptului că aveau un stimulent mai mic de a găsi repede un loc de muncă. Rezultatele au mai arătat că locurile de muncă suplimentare câștigate de grupul SSP erau plătite la o valoare apropiată de salariul minim și că nu a existat nicio creștere semnificativă de salariu în timp. Acest rezultat contrazice teoria acumulării de capital la locul de muncă, conform căreia, atunci când lucrătorii capătă experiență și competențe, progresează pe piața muncii și obțin salarii mai mari pe termen lung. Prin urmare, cheltuielile publice semnificative pentru acordarea de stimulente la locul de muncă în SSP au avut efect numai pe termen scurt, dispându-se în întregime până la sfârșitul programului.

Figura 13: Efectele unei subvenții pentru Persoanele care ies din sistemul de protecție

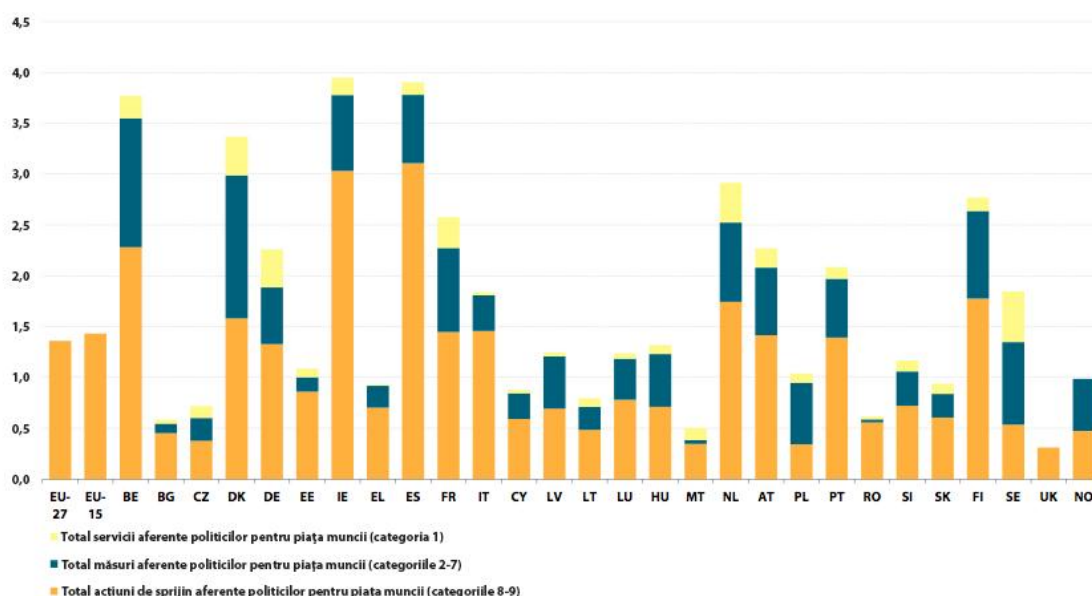


Programul SSP este unul dintre numeroasele programe de subvenționare și instruire care au avut numai efecte limitate. Card et al (2010) au concluzionat că subvențiile publice și private pentru ocuparea forței de muncă generează rar îmbunătățiri durabile consistente în rezultatele de pe piața muncii în cadrul eșantionului folosit în analiza lor meta.

Almeida et al (2012) au concluzionat că furnizarea de certificare pentru calificări și organizarea de târguri de locuri de muncă și îndrumare în carieră reprezintă politici necostisitoare cu rezultate potențiale mari. Această opinie este sprijinită atât de Card et al (2010) cât și de studii experimentale care au constatat că serviciile de ocupare a forței de muncă sunt preferabile ocupării forței de muncă la nivel public și subvențiilor pentru salarii care aduc profit pe termen foarte lung și sunt mult mai costisitoare. Oferirea de oportunități în care persoanele inactive să acumuleze capital uman este un instrument de politică util și eficient economic care are rezultate scăzute pe termen scurt dar produce adesea rezultate mult mai bune pe termen mediu. Programele de acumulare de capital fizic și sprijin pentru antreprenoriat au fost de asemenea reușite, în special cele care includ o combinație integrată de granturi, oportunități de microfinanțare și componente de îmbunătățire a mijloacelor de trai. Aceste programe ajută antreprenorul să inițieze activități și să obțină o creștere sustenabilă a câștigurilor. Un alt program care are potențial să aducă mari beneficii în România constă în furnizarea de facilități de îngrijire a copiilor pentru a permite mamei să intre pe piața muncii.

Studiile au constatat că aceste diferite inițiative de activare aduc adesea profituri modeste, însă semnificative. Deoarece furnizarea acestor programe costă de obicei puțin, rezultate reduse, dar pozitive, sunt suficiente pentru ca ele să fie eficiente din punct de vedere al costurilor. Această concluzie este importantă deoarece, în prezent, România cheltuiește o parte foarte mică din PIB pentru politicile de activare. Figura 14 arată că nivelul cheltuielilor aferente politicilor de pe piața muncii în România este printre cele mai mici din UE. În special, diferența dintre România și celelalte țări membre ale UE se adâncește în cazul serviciilor aferente pieței muncii (cu galben) și al măsurilor de pe piața muncii (albastru). Aceste categorii sunt definite ca sprijin la locul de muncă, instruire și stimulente și, prin urmare, pot fi incluse în definiția politicilor de activare.

Figura 14: Cheltuielile PPM ca procent din PIB, 2010



Sursa: Eurostat 2010: Politici pentru piața muncii - cheltuieli și participanți.

Prin urmare, probabil că o creștere a cheltuielilor aferente politicilor de activare ar putea juca un rol important în oferirea de oportunități persoanelor sărace și grupurilor vulnerabile pentru a găsi un loc de muncă. Tabel 17 sugerează politici de activare pentru fiecare sub-grup din grupurile NEETD din chintila inferioară care au fost identificate în secțiunile anterioare. Oferirea unor programe profesionale și de ucenicie pentru aceste grupuri este crucială pentru creșterea capitalului lor uman. Totuși, aceste grupuri se confruntă adesea cu bariere suplimentare de intrare pe piața muncii, care se referă la statutul lor minoritar și la numărul mare de copii per gospodărie.

Tabel 17: Subgrupurile din chintila inferioară NEETD și politicile de activare

Grup	Probabilitate de ocupare		Dimensiunea grupului	Tipul de politică de activare
Șomer educat din mediul rural	76%	Ridicat	50.000	Asistență pentru căutarea unui loc de muncă;
Femei căsătorite de vârstă mijlocie din mediul rural	68%	Ridicat	114.000	Îngrijire copii, recalificare și lucru cu normă redusă
Tineri fără educație, inactivi	67%	Ridicat	110.000	Capital uman
Nr. de persoane - probabilități ridicate			274.000	
Bărbați șomeri educați din mediul urban	63%	Mediu	151.000	Recalificare, consiliere pentru ocuparea unui loc de muncă
Femei tinere cu familii din mediul rural	60%	Mediu	70.000	Îngrijire copii, lucru cu normă redusă
Nr. de persoane - probabilități medii			221.000	
Tineri singuri de origine romă	51 %	Scăzut	63.000	Integrare, capital uman
Cupluri tinere din mediul urban	48 %	Scăzut	32.000	Servicii în legătură cu locul de muncă, capital uman
Femei din familii de origine romă din mediul urban	33%	Scăzut	44.000	Integrarea, îngrijire copii
Nr. de persoane - probabilități scăzute			139.000	

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

Coloana 1 din Tabel 17 include descrierea grupului și Coloana 2 dimensiunea grupului în raport cu populația din România. Coloana 3 prezintă probabilitatea ca persoanele din fiecare dintre grupurile desemnate să fie angajate (fie ca lucrători independenți fie ca salariați) folosind o specificație Probit. Aceasta oferă un indicator al distanței la care se află o persoană față de piața muncii și probabilitatea angajării. Coloana 4 sugerează politici de activare pentru fiecare grup.

Cele mai mari două grupuri, bărbați șomeri, cu educație, din mediul urban și femei căsătorite, de vârstă mijlocie din mediul rural, au adesea educație și experiență profesională anterioară și se află în apropierea pieței muncii. Asistență în căutarea unui loc de muncă și cursuri de formare pe termen scurt ar putea fi deosebit de eficiente în cazul lor. Totuși, grupurile formate din tineri inactivi se află adesea la o distanță mult mai mare de piața muncii astfel încât au nevoie de ajutor să își construiască capitalul uman și să ajungă pe piața muncii.

Pe parcursul perioadei de programare din 2015 până în 2020, guvernul va include treptat aceste tehnici în practica Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă. Mai întâi, va oferi servicii de intermediere pentru locuri de muncă și măsuri active pentru piața muncii beneficiarilor apti de muncă ai programului VMI și va introduce co-responsabilități asociate cu primirea ajutoarelor pentru acest grup țintă. În alt doilea rând, beneficiarii vor fi clasificați pe grupe cu caracteristici similare, pentru care ANOFM va dezvolta și oferi pachete dezvoltate de servicii.

2.1.2. Reducerea ocupării informale a forței de muncă și creșterea productivității fermelor mici și mijlocii

Șomajul în România este relativ redus. La jumătatea anului 2014, rata șomajului era de 7,3 procente și crescuse puțin de la criza economică din 2008/09. Rata șomajului a fost de 5,8 procente în 2008 și de 6,9 procente în 2009.

Din contră, ocuparea informală a forței de muncă este întâlnită pe scară largă și se concentrează în zonele rurale. Aproximativ 70 de procente dintre persoanele care sunt angajate sunt lucrători pe cont propriu (Figura 12), marea majoritate în cadrul activităților agricole de subzistență sau de dimensiuni mici. Agricultorii care desfășoară activități pe cont propriu sunt expuși unui risc de sărăcie mai mare decât șomerii, din cauza productivității reduse, a densității mici a întreprinderilor, a absenței piețelor locale și a susținerii limitate a veniturilor. Riscul crescut al acestora are legătură și cu faptul că mulți dintre ei nu contribuie la sistemul de asigurări de sănătate sau la sistemul de asigurări de pensii.

Pentru a reduce dezechilibrul dintre zonele urbane și cele rurale, este esențială creșterea productivității producției agricole, creșterea densității structurii de întreprinderi în zonele rurale, precum și creșterea disponibilității serviciilor și infrastructurii rurale. Guvernul s-a angajat prin diferite strategii (de la dezvoltarea rurală la competitivitate) să implementeze o serie de politici care ar îmbunătăți situația agricultorilor din zona rurală, inclusiv o prelucrare mai bună și cu valoare adăugată a produselor alimentare și producție agricolă mai performantă (incluzând silvicultura, piscicultura și biomasa), sporind cunoștințele și calificările agricultorilor prin colegii tehnice și servicii asociate sectorului agricol și consolidarea suplimentară a întreprinderilor agricole. Toate aceste inițiative vor avea impact imediat în ce privește incluziunea socială prin oferirea de oportunități de angajare în zonele rurale. Capitolul 3.1 analizează măsurile necesare pentru reducerea dezechilibrelor dintre zonele rurale și urbane, precum și politicile de dezvoltare rurală necesare pentru reducerea sărăciei și excluziunii sociale.

În conformitate cu Strategia Națională de Ocupare a Forței de Muncă a Guvernului, vor fi necesare două măsuri principale pentru reducerea ocupării neoficiale a forței de muncă: (i) reducerea presiunilor fiscale și administrative exercitate asupra ocupării oficiale a forței de muncă (de exemplu, reducerea sarcinii fiscale și a birocrăției aferente ocupării oficiale a forței de muncă) și (ii) oferirea de stimulente fiscale pentru atragerea șomerilor și a persoanelor din alte grupuri vulnerabile (în cazul cărora este mai probabil să fie nevoiți să lucreze în sectorul informal) pentru a intra pe piața formală a muncii.

Introducerea programului VMI, care va scuti 25 de procente din valoarea estimată a produselor agricole sau 50 de procente din câștigurile din muncă, va permite micilor agricultori săraci să primească asistență socială în timp ce câștigă și salariu din agricultură sau de pe piața formală a muncii, ceea ce va conduce la creșterea veniturilor lor (a se vedea Capitolul 2.2: Transferuri Sociale).

Pentru a reduce dezechilibrul rural-urban în termeni de oportunități de angajare, în perioada 2014 - 2020, Guvernul ar trebui să urmărească: (i) îmbunătățirea instruirii pentru proprietarii de exploatări agricole mici și mijlocii prin reînființarea unor versiuni moderne ale promovării agriculturii și școlilor tehnice și profesionale agricole și prin profesionalizarea operațiunilor agricole; (ii) furnizarea de facilități de investiții (cum ar fi accesul la credite) pentru activitățile cu valoare adăugată de producție de alimente sau alte activități economice agricole; (iii) continuarea promovării consolidării exploatărilor agricole de subzistență în interesul creșterii productivității și sustenabilității lor; și (iv) introducerea unui program național pentru tineri specialiști în agricultură.

2.1.3. Reducerea ratei ridicate de sărăcie a persoanelor încadrate în muncă

În pofida ratei relativ reduse a șomajului, România are o rată foarte mare de sărăcie a persoanelor încadrate în muncă, 18 procente dintre lucrătorii angajați trăind sub pragul sărăciei relative din 2010. Acesta este dublul ratei UE-27 (9 procente). Sărăcia persoanelor încadrate în muncă este o consecință directă a productivității scăzute, a gradului mic de ocupare oficială a forței de muncă și a cererii totale reduse de forță de muncă din economie. Sărăcia persoanelor încadrate în muncă este concentrată în zonele rurale, în special în sectorul agricol. Astfel, în România, faptul de a avea un loc de muncă nu este suficient pentru a te feri de sărăcie sau a ieși din ea.

Pentru a combate parțial această problemă, Guvernul a crescut gradual salariul minim. Salariul minim brut a crescut de la 800 RON la 1 iulie 2013 la 850 RON la 1 ianuarie 2014, și apoi la 900 RON la 1 iulie 2014 și 975 RON la 1 ianuarie 2015. Pe măsură ce salariul minim a crescut, o parte mai mare a angajaților a primit salariul minim: de la un procent estimat de 12% în iulie 2013 la 27% în ianuarie 2015. O propunere de creștere a salariului minim la 1050 RON în luna iulie 2015 va crește și mai mult procentul salariaților care câștigă salariul minim la o treime din total. La acest nivel, creșteri suplimentare ale salariului minim ar putea reduce ocuparea forței de muncă în sectorul privat pentru funcțiile cu productivitate marginală mai mică a muncii decât salariul minim (majorat). Impactul acestei măsuri în reducerea sărăciei ar putea fi redus de scăderea ocupării forței de muncă în rândul lucrătorilor cu productivitate scăzută și salarii mici.

Pentru a reduce intensitatea acestei probleme, Guvernul ar trebui să urmărească: (i) reformarea modului de concepere a ajutoarelor acordate pe baza evaluării mijloacelor de trai pentru a crește stimulentele în vederea angajării formale și extinderea acoperirii acestor ajutoare către gospodăriile cu o intensitate scăzută a muncii prin intermediul programului VMI; (ii) realizarea de investiții în educarea și competențele lucrătorilor cu venituri mici, fie prin formare la locul de muncă, fie prin învățare pe tot parcursul vieții; și (iii) crearea de reglementări privind piața muncii și de dialog social pentru a sprijini abilitatea lucrătorilor de a negocia salarii proporționale cu productivitatea lor și de a diminua lipsa de control a numeroși lucrători asupra câștigurilor lor.

O măsură cheie pentru reducerea sărăciei persoanelor încadrate în muncă constă în prevederea de exceptare de la calculul veniturilor disponibile a 50% din câștiguri în cadrul formulei de beneficii VMI (descrisă în următorul capitol). Această măsură va face posibilă primirea beneficiului de asistență socială concomitent cu câștigarea unui salariu mic, extinzând în mod eficient acoperirea acestui program la persoanele sărace încadrate în muncă și crescând venitul total al acestora, comparativ cu sistemul actual de programe bazate pe evaluarea mijloacelor de trai care, în cazul VMG, taxează implicit orice câștiguri suplimentare. În timp, beneficiarii VMI s-ar putea califica pentru a beneficia de măsuri dezvoltate pentru

piața muncii. Și această măsură va ajuta la creșterea abilităților și salariilor lor. Măsura este descrisă în următorul Capitol, Secțiunea 2.2.1.

2.1.4. Mărirea capacității instituționale și a resurselor Serviciului Public de Ocupare a Forței de Muncă

Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM) și instituțiile de formare profesională (cum ar fi centrele de formare profesională) nu au suficient personal pentru a putea deservi toate persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă, toți șomerii, persoanele care nu au găsit un loc de muncă după terminarea școlii, persoanele care au un loc de muncă dar ar dori să-l schimbe, refugiații sau persoanele care sunt protejate în baza unor acorduri internaționale și care își caută un loc de muncă, precum și persoanele care nu își pot găsi un loc de muncă după ce au fost repatriate sau eliberate din închisoare. Nivelul cheltuielilor aferente programelor active de pe piața muncii (PAPM) în România este printre cele mai scăzute din UE (0,029 procente din PIB în 2011). Mai mult, există puține legături instituționale între serviciile aferente pieței muncii, promovarea dezvoltării economice și instituțiile de învățământ.

Primele două secțiuni ale acestui capitol au arătat că aproximativ jumătate din numărul total al adulților de vârstă cea mai productivă economic și apti de muncă se află în cea mai săracă chintilă. În prezent, numai puțini dintre aceștia sunt acoperiți de programul VMG, primesc ajutoare având în același timp co-responsabilități de a-și căuta un loc de muncă și/sau au acces la politicile active pe piața muncii. Când programul VMI va începe în anul 2016, va extinde ajutoarele cu co-responsabilități de căutare a unui loc de muncă și acces la politici active pe piața muncii pentru aproape toți adulții săraci de vârstă activă. Acest lucru ar putea avea ca rezultat o creștere a ratei de ocupare a forței de muncă a săracilor cu între 7 și 17 procente până în 2020. Pentru a asigura realizarea acestui obiectiv, resursele ANOFM - atât de personal cât și operaționale - precum și alocările bugetare pentru PAPM-uri vor trebui crescute.

Capacitatea administrativă a ANOFM ar putea fi consolidată dacă ar crea parteneriate la nivel local pentru implementarea PAPM-urilor, în special în comunitățile urbane marginalizate și dacă ar externaliza unele dintre serviciile sale către ONG-uri. Aceste măsuri, precum și altele, sunt incluse în Strategia ANOFM și în Programul operațional al Guvernului Dezvoltarea capitalului uman 2014-2020 (POCU). Date fiind resursele limitate alocate ANOFM de la bugetul de stat, toate aceste intervenții vor trebui suportate de Fondul Social European (FSE) prin POCU 2014-2020, axa prioritară 3.

Nevoile șomerilor pe termen lung și ale viitorilor beneficiari ai programului VMI ar putea fi îndeplinite mai bine prin dezvoltarea unor agenții locale pentru ocuparea forței de muncă (AJOFM) specializate în zone urbane marginalizate. Aceste agenții ar fi proiectate să se concentreze pe client, prin servicii dezvoltate pentru persoanele marginalizate aflate în căutarea unui loc de muncă care doresc să muncească însă nu mai au nicio speranță că vor obține un loc de muncă real în economia formală. Prin urmare, deși beneficiarii VMI ar trebui să se prezinte la cel mai apropiat AJOFM în schimbul primirii asistenței sociale, este probabil să considere această prevedere mai degrabă ca o oportunitate decât ca o condiționalitate negativă.

Crearea unor agenții locale pentru ocuparea forței de muncă în interiorul sau în apropierea comunităților dezavantajate ar necesita eforturi majore de management din partea ANOFM. Aceste eforturi (inclusiv de creșterea a capacității manageriale și a personalului operațional) ar trebui făcute la atât la nivel județean cât și central. ANOFM ar trebui să dezvolte linii directe operaționale privind modul în care clienții trebuie tratați în cadrul procesului de îndrumare și consiliere. ANOFM ar trebui să-și dezvolte sau extindă abilitățile de contractare și capacitatea de a construi parteneriate la nivel local. Nu ar fi numai o chestiune de subcontractare către un ONG local (deși ONG-urile ar fi o parte importantă a modelului). O structură și o viziune naționale ar fi necesare pentru realizarea acestui lucru dacă Guvernul decide pilotarea implementării unor agenții locale de acest tip.

În zonele rurale, în special în comunitățile marginalizate cu un procent ridicat de adulți care nu lucrează, serviciile publice de asistență socială (SPAS) vor trebui să ofere persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă informații despre intermedierea locurilor de muncă și trimiteri către măsurile active pentru piața muncii. Deoarece acest lucru va conduce la creșterea volumului lor de muncă, SPAS vor necesita o creștere a personalului care va trebui să beneficieze de instruire privind modul de accesare a serviciilor electronice (de exemplu, pentru realizarea intermediarii locurilor de muncă) oferite de ANOFM.

O alternativă care implică costuri reduse la crearea unor servicii locale pentru ocuparea forței de muncă ar fi sprijinirea incluziunii sociale prin dezvoltarea TIC. Sisteme TIC moderne, orientate către client și sisteme „de servicii de ocupare virtuale” pot permite personalului serviciilor de ocupare să acorde mai mult timp clienților lor solicitanți și care au nevoie de ajutor. Sistemele TIC ale ANOFM au toate elementele necesare, însă trebuie armonizate și coordonate. De exemplu, ar fi utilă dezvoltarea la scară națională a inițiativelor actuale bazate pe proiecte cum ar fi call center-ul și ghișeele electronice care au fost introduse în Cluj (Caseta 7) și în câteva alte județe. Analizele internaționale sugerează că multe persoane preferă să utilizeze instrumentele de tip autoservire pentru a avea acces la informații de calitate și instrumentele de îndrumare, pentru realizarea auto-evaluărilor, și pentru a căuta locuri de muncă disponibile în loc să se deplaseze la oficiul PES. Una sau mai multe astfel de opțiuni de autoservire sunt disponibile majorității clienților deoarece aceștia au un telefon mobil sau pot accesa internetul în biblioteci, cafenele, acasă sau la școală. Creșterea accelerată a utilizării telefoanelor mobile în România a deschis posibilități de incluziune socială deoarece, în prezent, majoritatea șomerilor au acces la telefoane mobile chiar dacă au venituri mici.

Caseta 7: Proiectele Pilot bazate pe TIC ale Agenției Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă Cluj

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

A fost dezvoltat un nou sistem strategic TIC, care integrează măsuri pasive (cum ar fi plata ajutoarelor și afișarea listelor cu locuri de muncă) cu măsuri active (cum ar fi identificarea locurilor de muncă, consiliere privind locurile de muncă și formare), cu sprijin în valoare de 4 milioane EUR de la UE. Acest nou sistem utilizează extensiv tehnologii precum chioșcuri automate și un call-center desemnat care ajută clienții să identifice locurile de muncă, interviuri și formare. În plus, condiționalitățile asociate cu primirea ajutoarelor în numerar au fost înălsprite și includ în prezent cerința ca primăria locală să verifice că beneficiarii au respectat condiționalitatea de a lucra în cadrul schemelor locale de lucrări publice. În principal, majoritatea contactelor față în față cu clienții au încetat în favoarea unei relații automate.

Baza de date cu locuri de muncă

Noul sistem TIC funcționează în jurul unei baze de date cu locuri de muncă disponibile on-line, anunțate de angajatori în teritoriul acoperit de Filiala județeană Cluj a ANOFM și a altor 10 județe (sso.ajofmcj.ro). Este obligatoriu ca angajatorii să posteze toate locurile de muncă vacante pe site-ul web al agenției județene pentru ocuparea forței de muncă în termen de 24 de ore, deși sunt liberi să folosească și firmele de recrutare din sectorul privat. Angajatorii se înregistrează la ANOFM și obțin un nume de utilizator și o parolă, iar apoi postează detaliile locurilor lor de muncă vacante. Sistemul are aplicații pentru utilizatori (atât angajatori cât și persoane care caută un loc de muncă) care pot fi descărcate și facilitează căutarea unui loc de muncă. Angajatorii fără facilități IT se pot prezenta la oficiul ANOFM și pot publica locurile de muncă vacante prin intermediul chioșcurilor. Toate persoanele care caută un loc de muncă (inclusiv cele care nu primesc ajutor de șomaj) pot folosi site-ul web al agenției pentru a găsi un loc de muncă.

Chioșcurile

Agenția pentru ocuparea forței de muncă Cluj a dezvoltat sistemul de chioșcuri la șase oficii din întreg județul. Persoanele care caută un loc de muncă pot utiliza chioșcurile sau site-ul web pentru a căuta lista cu locuri de muncă vacante. Persoanele care primesc ajutor de șomaj trebuie să se conecteze la un chioșc la o anumită dată în fiecare lună. Procedura de autentificare implică utilizarea amprentei și a unui CD care efectuează o verificare încrucișată a

identității persoanei. Mini-CD-ul conține amprenta, iar un cititor atașat la chioșc citește amprenta și o verifică cu cea existentă pe mini-CD. Amprenta și mini-CD-ul sunt înregistrate și setate când persoana aflată în căutarea unui loc de muncă se înregistrează pentru prima dată ca șomer.

Figura 15: Proiectul pilot de Ghișeu electronic care funcționează în județul Cluj



Call Center

După ce persoanele care își caută un loc de muncă se autentifică la chioșcuri, acestea primesc automat o listă imprimată de date conținând detaliile locurilor de muncă vacante și a angajatorilor pentru care îndeplinesc condițiile. Call center-ul agenției pentru ocuparea forței de muncă continuă acest demers stabilind interviurile. Call center-ul urmărește de asemenea cazurile în care sistemul identifică orice formare profesională care ar putea fi potrivită pentru persoana respectivă aflată în căutarea unui loc de muncă. Baza de date a call center-ului înregistrează și urmărește toate activitățile de consiliere profesională efectuate în legătură cu persoana înregistrată aflată în căutarea unui loc de muncă. Operatorii de la call center au calificările necesare pentru consiliere profesională. Este interesant faptul că acest call center nu acceptă apeluri de la persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă sau de la angajatori. Acesta acționează ca mediator și folosește bazele de date cu locurile de muncă vacante și registrul șomerilor pentru a face legătura între persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă cu angajatorii și vice-versa. Sistemul call center-ului trimite automat un mesaj text SMS (inclusiv în formatul text to speech) persoanei aflate în căutarea unui loc de muncă drept activitate de urmărire după fiecare apel telefonic.

Extinderea sistemului

Sistemul actual nu este proiectat să acopere locurile de muncă sezoniere sau lucrătorii pe cont propriu. În plus, anumite ambiguități legislative prevăd că anumite locuri de muncă vacante din anumite categorii profesionale, de exemplu, profesori, nu trebuie raportate în baza de date. Există planuri de extindere a serviciului la chioșc în toate primăriile din județ, probabil în contextul proiectului noului Centru Electronic de mediere a muncii – 2014-2020 ce va fi finanțat de UE.

Dezvoltare durabilă

Sistemul actual de management al informațiilor (SMI) al agenției pentru ocuparea forței de muncă Cluj este destul de complex și impresionant. Acesta include o combinație de intervenții relativ sofisticate automatizate și intervenții manuale ale personalului calificat. Funcția de identificare a locurilor de muncă se concentrează pe client și pare să funcționeze bine. Funcția de call center folosește un software specializat pentru call center și este susținută de personal calificat care operează sistemul. În timp ce oficiul județean Cluj al ANOFM are 50 de angajați în total, majoritatea personalului implicat în administrarea tehnologiei la chioșc și în call center aparține contractanților din sectorul privat, iar costurile aferente sunt finanțate de proiectul UE.

Sursa: Notele misiunii echipei Băncii Mondiale la Agenția Județeană Cluj pentru Ocuparea Forței de Muncă.

Folosirea TIC pentru a oferi servicii de căutare a unui loc de muncă conduce la extinderea oportunităților de angajare disponibile persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă și crește eficiența serviciilor de ocupare a forței de muncă. În Europa, oficiile publice pentru ocuparea forței de muncă prezintă în general numai o mică parte din locurile de muncă vacante la nivel național pe piața muncii în orice zi dată (cu anumite excepții, cum ar fi Suedia și Germania). În prezent este posibil din punct de vedere tehnic să te conectezi și să accesezi site-uri web ale agențiilor de recrutare private (în timp real) atât în țară cât și în străinătate. Pe de altă parte, acest lucru poate conduce la creșterea radicală a numărului

de locuri de muncă vacante disponibile prin intermediul sistemului ANOFM prin extinderea parteneriatelor deja stabilite ale agenției publice cu agențiile private și cu ziarele. În prezent, dacă o persoană dorește să se înregistreze la ANOFM pentru ajutoare, trebuie să se prezinte la un oficiu ANOFM pentru a completa un formular de înregistrare, care este un curriculum vitae (CV) care include în plus câteva întrebări referitoare la interviul de îndrumare ANOFM. Dacă toate persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă ar putea să se înregistreze direct online, atunci s-ar face economii atât financiare cât și în privința timpului personalului. Mediatorii de ocupare a forței de muncă din call center pot oferi de asemenea recomandări directe clienților prin internet folosind voice-over IP. Apoi, când clienții se prezintă la oficiul ANOFM pentru a se întâlni cu un funcționar, înscrierea lor completată electronic ar fi deja în sistem, ceea ce ar face interviul mai eficient atât în privința resurselor cât și a timpului. Această abordare este folosită în Suedia și Belgia și a fost implementată în call center-ul din Cluj. O dezvoltare viitoare a acestei abordări ar fi să se permită persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă să completeze online un instrument de „stabilire a profilului” după cum se prezintă în Anexe: Stabilirea profilului clienților care caută un loc de muncă.

ANOFM nu a efectuat evaluări sistematice ale rezultatelor și impactului politicilor active pe piața muncii, însă există foarte multe date în sistemul TIC al ANOFM, precum și date care pot fi accesate prin legăturile sale cu alte baze de date naționale. Este esențială efectuarea unor asemenea evaluări pentru a maximiza eficiența investițiilor în politici active pe piața muncii și pentru a asigura faptul că politicile active pe piața muncii cresc incluziunea socială. În prezent, este posibilă calcularea ratei de plasare a forței de muncă realizată prin politicile active pe piața muncii folosind sistemele TIC existente. Dacă ar fi adăugată și baza de date cu impozitele pe salarii, ar putea fi efectuată o analiză cost-beneficiu longitudinală. Din moment ce sunt disponibile atât de multe date de calitate, se recomandă Guvernului să exploreze posibilitatea introducerii abordării de calcul al plasării prezentată în Anexe: Evaluarea rezultatelor măsurilor active pentru piața muncii. Abordarea cea mai obișnuită folosită în multe țări europene constă în evaluarea eficienței politicilor active pe piața muncii prin desfășurarea unor studii de urmărire pe un eșantion reprezentativ al persoanelor a căror participare s-a încheiat cu câteva luni în urmă. Aceste studii strâng de asemenea date pentru o gamă largă de indicatori, cum ar fi percepția participanților cu privire la calitatea politicilor active pentru piața muncii, măsura în care și-au folosit abilitățile dobândite prin participarea la măsurile active pe piața muncii la locurile de muncă ulterioare și percepția măsurii în care politicile active pe piața muncii i-au ajutat să-și găsească un loc de muncă. ANOFM ar putea adopta treptat această abordare analitică bazată pe anchete.

În concluzie, factorii de decizie trebuie să facă din activarea persoanelor inactive sau șomere o prioritate de prim rang în proiectarea și livrarea serviciilor pentru persoanele excluse social. Dat fiind nivelul scăzut al resurselor ANOFM, este dificil să se implementeze programe efective de activare. În ciuda cererii scăzute de forță de muncă pe piața muncii din România la momentul actual, factorii de decizie trebuie să-și propună ocuparea atât a persoanelor inactive, șomere cât și a persoanelor sărace angajate în muncă precum și a șomerilor înregistrați aflați în căutarea unui loc de muncă. Acest lucru este important în special având în vedere riscul mare de sărăcie la care sunt expuse multe persoane inactive și care nu mai au un loc de muncă, cum ar fi femeile din mediul rural care nu sunt angajate, șomerii pe termen lung, precum și beneficiarii Programului de Venit minim garantat.²⁹

Este nevoie de creșterea alocării resurselor către - precum și de îmbunătățirea administrării - instituțiilor de pe piața muncii și a programelor de activare pentru grupurile vulnerabile din punct de vedere social și pentru persoanele sărace angajate în muncă. Îmbunătățirea funcționării Serviciului public de ocupare a forței de muncă și a instituțiilor aferente, cum ar fi instituțiile de învățământ liceal, instituțiile EFPT, colegiile tehnice, precum și oficiile de asistență socială va necesita creșterea finanțării de la bugetul de stat, mai buna întrebuințare a resurselor din Fondurile structurale și de investiții europene (prin mărirea ratei de absorbție concomitent cu folosirea mai strategică a acestora), lărgirea canalelor de acces și servicii la ANOFM (inclusiv prin intermediul TIC) și dezvoltarea de dispozitive și tehnologii de asistare,

²⁹ Banca Mondială (2014, p.5).

în special pentru persoanele cu dizabilități. Va fi, de asemenea, necesară mărirea capacității administrative, manageriale și informaționale a ANOFM de a concepe, furniza și monitoriza programe pentru piața muncii destinate celor care-și caută un loc de muncă și grupurilor vulnerabile. Aceasta ar putea include crearea unei echipe/unități de furnizare care să sprijine conducerea ANOFM, precum și a unei unități de segmentare și analiză a bazei de date a clienților.

2.1.5. Creșterea ratelor de ocupare a forței de muncă pentru grupurile vulnerabile

Numeroase grupuri marginalizate din România, în special romii, persoanele cu dizabilități, tinerii care nu sunt angajați, nu sunt înscriși în sistemul de învățământ sau formare profesională și nu au o dizabilitate (NEETD) și șomerii pe termen lung, înregistrează rate de ocupare a forței de muncă semnificativ mai reduse decât restul populației. Aceasta este și situația femeilor, decalajul de ocupare a forței de muncă dintre sexe din România fiind cu 3,7 procente mai mare decât în UE-28.

Romii

Romii sunt o populație tânără, iar o cotă tot mai mare dintre persoanele nou intrate pe piața muncii provine din familii rome. Copiii și tinerii cu vârste între 0 și 14 ani – noua generație a celor care vor intra pe piața muncii – reprezintă aproape 40 de procente din populația romă totală, însă numai 15 procente în rândul populației generale. În același timp, aproximativ 17 procente din populația generală din România are vârsta de 65 de ani sau mai mult, și se estimează că această proporție va crește rapid în viitorul apropiat. Prin urmare, ponderea ridicată de tineri în populația roma se află în contrast evident cu profilul populației generale a României, cu o rată de îmbătrânire rapidă. În funcție de estimările diferite asupra dimensiunilor populației rome, între 6 și 20 de procente din persoanele intrate pe piața muncii din România sunt în prezent romi. Deoarece se preconizează că populația generală cu vârstă de muncă din România va scădea cu 30 de procente până în 2050, este de așteptat ca procentul romilor să crească.

Bărbații și femeile de origine romă sunt în mare parte excluși de la oportunitățile de pe piața muncii din România. Romii sunt angajați mult mai rar decât celelalte etnii, chiar și comparativ cu vecinii lor de alte etnii de pe aceleași piețe ale muncii regionale. Acest lucru reflectă atașamentul lor scăzut față de piața muncii, care la rândul lui rezultă din descurajarea cauzată de posibilitățile limitate de a găsi de muncă. Ratele de ocupare a romilor cu vârsta de muncă (57 de procente în rândul bărbaților și 34 de procente în rândul femeilor) sunt mai mici decât cele ale vecinilor de alte etnii (67 de procente în rândul bărbaților și 42 de procente în rândul femeilor). Romii din România au și rate mai mari ale șomajului, ceea ce înseamnă că mulți dintre ei caută de lucru și nu reușesc să găsească. Mai mult, dintre acei romi care sunt angajați, majoritatea au locuri de muncă instabile și în sectorul informal. Datele din recensământul gospodăriilor indică faptul că numai aproximativ 35 % din ocuparea romilor este formală (în baza unui contract scris sau documente comerciale juridice) și acoperite de asigurări de sănătate și sociale, spre deosebire de un procent de 81 % din ocuparea vecinilor de altă etnie. Multe dintre locurile de muncă deținute de romi necesită niveluri scăzute de calificare – probabil ca urmare a lipsei de calificări – și sunt prost plătite. De exemplu, mulți romi care lucrează sunt angajați în locuri de muncă cu salarii mici în agricultură.

O sumă de numai 101 € primește pe lună o gospodărie romă tipică, reprezentând venit din muncă, în comparație cu 218 € în gospodăriile vecine de altă etnie. De obicei, în gospodăriile rome procentul venitului rezultat din ocupare este mai mic decât în gospodăriile vecine de altă etnie. Sursele lor alternative de venit sunt și ele foarte limitate. De exemplu, romii au mai puține active care ar putea fi folosite pentru a putea trăi din agricultură. Cei mai mulți romi au loturi de teren arabil mai mici de jumătate de hectar. În plus, romii reclamă faptul că din cauza procedurii discriminatorii de retrocedare, au primit teren aflat în locuri nefavorabile și de o calitate inferioară care nu este util pentru cultivare.

Meșteșugurile tradiționale au fost puternic descurajate de fostul regim socialist și, prin urmare, aproape au dispărut. Mulți romi apelează la alte activități, cum ar fi colectarea sticlelor goale, a hârtiei sau a deșeurilor metalice și le returnează la centrele de colectare pentru a primi bani sau vând haine uzate, acestea constituind mijloace de trai care consumă timp, sunt prost plătite și sunt extrem de vulnerabile.

Romii se căsătoresc de tineri și au rate de dependență ridicate, iar tinerele rome au adesea sarcini timpurii. Circa 28% din romii cu vârsta între 15 și 19 ani sunt căsătoriți, spre deosebire de doar 2% din populația generală din România. Conform Anchetei regionale privind romii (ARR) din 2011, vârsta medie dorită pentru a da naștere primul copil este de 21 de ani pentru femeile rome, în comparație cu 26 de ani pentru femeile ne-rome. Parțial datorită căsătoriei și sarcinii timpurii, populația romă are o rată mai mare de dependență, ceea ce înseamnă că un număr mai mare de persoane care nu sunt pe piața muncii depind de membrii comunității sau ai familiei care desfășoară o activitate profesională. Acest lucru, în combinație cu ratele scăzute de ocupare a forței de muncă, exacerbează nivelurile de sărăcie.

Șomeri romii beneficiază de aceleași politici privind piața muncii ca orice alt grup de populație. ANOFM nu dispune de o alocare bugetară separată pentru programele îndreptate spre romi, asigurând astfel accesul nediscriminatoriu. Deși această abordare nediscriminatorie se bazează pe principii corecte, are ca rezultat lipsa bugetului și a capacității la nivel local de a trata aspecte care sunt specifice persoanelor care caută un loc de muncă și care sunt sărace, necalificate, incluzând mulți romi. Totuși, este important de observat că 72.222 de romi au beneficiat de mediere în 2013, conform evidențelor ANOFM, însă numai 4.655 au fost plasați în mod activ într-un loc de muncă. Deoarece mulți romi nu-și declară originea etnică, este foarte probabil să fi avut loc mai multe plasări ale romilor de către ANOFM, neînregistrate ca atare.

ANOFM oferă unele politici active pe piața muncii adresate romilor printre alte grupuri. Acestea includ zilele porților deschise, târguri de locuri de muncă, caravana ocupării și „Programul 140” pentru comunitățile cu populație romă numeroasă, care se concentrează pe diseminarea informațiilor, mediere și consiliere, precum și pe promovarea dialogului între ANOFM și reprezentanții locali ai romilor. Deoarece aceste programe nu au un buget propriu, sunt implementate în mod inegal la nivel local. Fiecare agenție județeană pentru ocuparea forței de muncă poate decide să implementeze sau nu unul sau mai multe dintre aceste programe, în funcție de condițiile locale și de necesități. În parteneriat cu organizațiile societății civile, agențiile județene pentru ocuparea forței de muncă au oferit sprijin și programe cu scopul de a răspunde în special nevoilor femeilor rome în căutarea unui loc de muncă.

Participarea romilor la formarea profesională a fost scăzută în comparație cu cea a altor grupuri etnice, fiind de aproximativ 3 % din șomerii înregistrați. În plus, numai 5 procente dintre romi reușesc să găsească un loc de muncă (comparativ cu 33 de procente în cadrul celorlalte grupuri etnice). Dovezile sugerează că principalele cauze ale participării scăzute a romilor la formarea profesională sunt: (i) Romii consideră dificil să se înscrie la programe de formare profesională în principal deoarece condiția este să fi absolvit 8 clase (totuși, în centrele de formare profesională sunt disponibile unele cursuri pentru persoane cu un nivel scăzut al educației, cum ar fi cursurile de brutar, lucrător în industria textilă și cofetar din CFP Călărași); (ii) nu este disponibil niciun sprijin financiar pentru aceste cursuri; (iii) există o neconcordanță între competențele dobândite la cursurile de formare profesională și locurile de muncă disponibile pentru romi; (iv) mulți romi nu își permit costurile legate de transportul necesar în vederea obținerii documentelor necesare înscrierii; și (v) nu s-a implementat un marketing suficient cu privire la potențialele beneficii ale formării profesionale și ale unei certificări vandabile.

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

Participarea redusă și accesul limitat la locuri de muncă stabile, avantajoase, consolidează precaritatea veniturilor, riscul ridicat de sărăcie și excluziune socială în cadrul comunității de romi din România și limitează oportunitățile disponibile pentru copiii acestora. În anul 1992, s-a estimat că 63 la sută dintre familiile rome trăiau în sărăcie absolută. Alte 18 la sută aveau un venit total mai mare decât nivelul minim de subzistență, dar nu suficient pentru o viață decentă.³⁰ De atunci, atât incidența, cât și gravitatea sărăciei, au rămas disproporționat de ridicate în cadrul populației rome. Procentele ridicate legate de lipsa unui loc de muncă și de instabilitatea locului de muncă nu numai că limitează venitul și perpetuează sărăcia în rândul adulților, dar afectează și copiii, conducând la absenteism și abandon școlar, malnutriție, și boli cronice. La rândul lor, acestea perpetuează nivelurile reduse ale oportunităților de pe piața muncii cu care romii se confruntă în prezent. Din cauza veniturilor reduse și neregulate pe care aceștia le obțin din muncă, multe gospodării de romi sfârșesc prin a depinde de alocațiile copiilor și de fluxuri neregulate și cu nivel redus de venit nedeclarat. În unele cazuri, copiii de vârstă școlară ar trebui să contribuie la venitul familiei lor lucrând în gospodărie sau căutând muncă nedeclarată.

Creșterea gradului de incluziune socială a romilor nu este doar un imperativ moral, ci reprezintă și o economie inteligentă pentru România. În contextul îmbătrânirii populației, costurile cu pensiile și asistența medicală vor crește în viitorul apropiat. Oportunitățile egale de pe piața muncii ar putea înlesni creșterea mai rapidă a productivității și ar putea genera beneficii fiscale prin creșterea veniturilor din taxe și reducerea cheltuielilor cu asistența socială. Potrivit estimărilor Băncii Mondiale în baza datelor din 2008, presupunând ca există un număr egal de bărbați și femei rome în vârstă de muncă și că salariile medii din economie rămân neschimbate, egalizarea câștigurilor de pe piața muncii din România pentru romi ar putea avea ca rezultat potențiale beneficii economice variind între 887 milioane de euro și 2,9 miliarde de euro anual, și beneficii fiscale variind între 202 milioane de euro și 675 milioane de euro anual.³¹ Cu toate că aceste cifre au la bază ipoteze mult prea simplificate privind ajustările din economie și de pe piața muncii, acestea ilustrează potențialul economic al incluziunii romilor. Provocările impuse de disparitatea foarte mare a rezultatelor de pe piața muncii devin mai importante în lumina tendințelor demografice menționate anterior, în cadrul cărora România se va confrunta cu o creștere semnificativă a numărului de persoane vârstnice în raport cu diminuarea dimensiunii populației active profesional. Incluziunea pe piața muncii a populației rome mai tinere ar putea constitui un avantaj cu privire la provocările fiscale și economice generate de aceste tendințe demografice.

Persoane cu dizabilități

În România, un procent foarte mic dintre persoanele cu dizabilități este activ pe piața muncii - doar 7,25 la sută dintre persoanele cu dizabilități cu vârste cuprinse între 18 și 64 de ani.

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

Situația cel mai des întâlnită în familiile persoanelor cu dizabilități este aceea că unul dintre părinți (de obicei mama) renunță la locul de muncă și devine îngrijitorul personal al copilului sau al adultului cu dizabilități. Venitul minim plătit acestui asistent, împreună cu prestațiile în numerar asociate dizabilităților, abia acoperă costurile suportate de aceste familii. Atunci când aceste familii au doi copii cu dizabilități, situația este și mai critică.

Persoanele cu dizabilități au dreptul de a munci, la fel ca toți ceilalți cetățeni, însă au adesea nevoie de sprijin suplimentar pentru a se pregăti pentru, a găsi, a accesa, a păstra sau recăpăta un loc de muncă. La fel ca în domeniul educației și al accesului la toate celelalte servicii ale comunității, în ceea ce privește accesul la ocupare, persoanele cu dizabilități au adesea nevoie de modificări ale mediului de lucru, care

³⁰ Zamfir și Zamfir, eds., (1993).

³¹ Banca Mondială (2010).

să le permită să îndeplinească funcțiile esențiale ale postului. Persoanele cu dizabilități pot avea nevoie, parțial sau în întregime, de următoarele tipuri de servicii de asistență pentru ocuparea forței de muncă: (i) asistență în căutarea unui loc de muncă; (ii) mediere pentru ocuparea forței de muncă; (iii) un coach profesional; (iv) sprijin și supraveghere individualizate la locul de muncă; (v) interpretarea limbajului semnelor; (vi) dispozitive și tehnologii de asistență; și (vii) adaptarea locului de muncă pentru crearea unui mediu fără obstacole, cu transport, clădiri, zone publice, și informații accesibile.

În România, în timpul regimului anterior, serviciile de asistență în angajare și muncă pentru persoanele cu dizabilități erau aproape inexistente. Adulții cu dizabilități lucrau în locuri de muncă protejate (organizate în instituții rezidențiale, școli speciale, cooperative pentru persoanele cu dizabilități, sau secții specifice în spitalele psihiatrice). Paleta profesiilor pentru persoanele cu dizabilități și a programelor de formare profesională aferente organizate în școlile speciale publice era foarte restrânsă, constând de obicei în gătit, vopsirea obiectelor din lemn și meșteșuguri, fabricarea perilor, activități de telefonie, ambalare, și masaj (de obicei în cazul persoanelor cu ușoare dizabilități fizice). Aceste calificări încă există în programa de învățământ a multor școli speciale profesionale din țară. Multe dintre persoanele cu dizabilități au fost evaluate ca fiind „inapte” de muncă sau li s-a comunicat că singura opțiune pe care o aveau la dispoziție era munca protejată. Întregul sistem de formare profesională era segregat în școli speciale, școli speciale profesionale, și ateliere protejate.

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

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

Tinerii NEETD și Programul de Garanție pentru Tineri

Deși în 2012 șomajul se situa la 7,3 la sută și nu înregistrase creșteri semnificative după criza economică din 2009, atât șomajul în rândul tinerilor, cât și procentul tinerilor care nu sunt angajați, care nu sunt înscriși în sistemul de învățământ, pieței muncii sau de formare profesională (NEET) au crescut din 2009 ca urmare a crizei economice (până la 22,7 la sută și respectiv 16,8 la sută în 2012). Recent, ambele cifre au început să descrească, însă rata NEET este în continuare mult peste media UE (13,2 la sută în 2012).

Garanția pentru Tineri este un program european de soluționare a șomajului în rândul tinerilor prin asigurarea accesului individual la locuri de muncă, ucenicie, stagii de formare profesională sau asigurarea continuării educației. România implementează în mod activ această măsură, iar ANOFM va juca un rol central, deși nu o va gestiona în mod direct. „Garanția” este că toți tinerii cu vârsta sub 25 – fie că sunt sau nu înregistrați la serviciile de ocupare a forței de muncă – primesc o ofertă de angajare de bună calitate, concretă, în interval de patru luni de la finalizarea educației oficiale sau de la momentul

în care au devenit șomeri. Oferta trebuie să fie pentru un loc de muncă, ucenicie, stagiu de formare profesională, sau pentru formarea continuă și trebuie adaptată la nevoile și situația fiecărei persoane. În cadrul celor mai recente inițiative ale Garanției pentru Tineri, guvernul vizează asigurarea furnizării a 7.000 de locuri pentru ucenici în cursul anului 2014 și al anului 2015.

Pentru ANOFM și alte agenții de implementare, acest lucru are implicații importante în ceea ce privește resursele. ANOFM va fi principalul catalizator pentru implementarea inițiativelor Garanției pentru Tineri. Plecând de la abordările anterioare, noile Centre de Garanție pentru Tineri trebuie să fie gestionate în mod direct de către Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice împreună cu Ministerul Educației, și Cercetării Științifice iar baza de date este în proces de extindere pentru a asimila mai multe date de la instituțiile educaționale și de la alte servicii. Baza de date a Garanției pentru Tineret va fi în cele din urmă integrată în sistemul TIC al ANOFM. Ca inițiativă comună, Garanția pentru Tineret va necesita o structură de management eficient și coordonat. Se așteaptă ca SPOFM să fie principalul furnizor de Garanție pentru Tineret, însă și autoritățile locale vor juca un rol esențial din punct de vedere al furnizării de servicii de educație și de formare profesională, după cum și noile autorități regionale vor fi înființate conform reorganizării planificate a administrației teritoriale. În prezent, un număr important de autorități locale sunt implicate în implementarea de proiecte conform cele finanțate prin POSDRU 2007-13.

Conform Comisiei UE,³² cele mai importante probleme care vor trebui depășite pentru a furniza Garanția pentru Tineret în România sunt:

- Serviciile publice de ocupare nu au suficientă capacitate administrativă pentru a oferi servicii individualizate tuturor tinerilor șomeri și tinerilor neînregistrați care fac parte din categoria NEET.
- Există prea puțină flexibilitate și diversitate în ceea ce privește serviciile de activare și formarea profesională și educația de care pot dispune tinerii.
- Nu există destule activități de informare pentru tinerii neînregistrați, care fac parte din categoria NEET, și în special pentru tinerii romi.
- Există o lipsă de implicare efectivă a sectorului privat în furnizarea de programe de ucenicie, de inițiative de dublă formare, și de stagii de practică pentru absolvenții universitari.

Principala măsură ANOFM prin care se furnizează asistență personalizată tinerilor dezavantajați și marginalizați social, inclusiv acelor care părăsesc centrele de îngrijire instituționalizată, este Programul privind contractele de solidaritate. Prin intermediul acestui program, ANOFM le furnizează tinerilor care se află în căutarea unui loc de muncă servicii de orientare și mediere și îi pun în legătură cu angajatori adecvați. În 2014, obiectivul ANOFM a fost acela de a ajuta 1.400 de tineri să își găsească un loc de muncă prin mediere, târguri de locuri de muncă, îndrumări către furnizori specializați, asigurarea formării profesionale de bază, și asigurarea de subvenții pentru angajatori. În 2013 programul a ajutat 894 de tineri să își găsească un loc de muncă, iar în 2012 - un număr de 1.221. Societăților li se acordă, de asemenea, un bonus atunci când încheie un contract de muncă pe perioadă nedeterminată cu o persoană aflată în căutarea unui loc de muncă, după terminarea contractului de solidaritate.

În timpul elaborării acestei Strategii, s-a folosit un set de simulări pentru a estima impactul introducerii acestui program asupra tinerilor absolvenți de liceu și de facultate care se încadrează în categoria NEET. Simulările au arătat că implementarea integrală a Garanției pentru Tineret³³ ar reduce rata totală a sărăciei cu 0,4 puncte procentuale în 2016. Impactul a fost mult mai semnificativ atunci când analiza s-a concentrat pe grupul țintă al tinerilor cu vârste cuprinse între 18 și 25 de ani pentru care sărăcia ar

³² Comisia UE (2014).

³³ În această simulare, se pleacă de la premiza că tuturor absolvenților (de liceu sau facultate) li se oferă posibilitatea continuării educației, a formării profesionale sau locuri de muncă. Simulările pun accentul pe acele persoane care au terminat școala în anul anterior (grupa de vârstă 18-25) și care sunt șomere sau nu fac parte din forța de muncă. Pentru absolvenții de liceu, am presupus că două treimi își vor continua educația și o treime își vor găsi locuri de muncă (am estimat nivelurile salariale pentru persoanele cu cele mai mari șanse de a-și găsi un loc de muncă). Pentru absolvenții de facultate, presupunerea a fost că un procent de 20 la sută va urma stagii de formare profesională, și un procent de 80 la sută își va găsi locuri de muncă (s-a folosit aceeași metodologie pentru a li se estima salariile).

descrește cu 1,7 puncte procentuale, descreșterea fiind mult mai mare pentru bărbați decât pentru femei.

Caseta 8: Caracteristicile măsurilor active de succes pentru piața muncii pentru tineret

Raportul Employment Outlook 2006 al Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) a sugerat că programele de succes par să aibă câteva caracteristici comune și a enumerat respectivele caracteristici după cum urmează:

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

Sursa: Perspectiva de ocupare a forței de muncă pentru 2006 a Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE). Disponibilă la: <http://www.oecd.org/employment/emp/38569405.pdf>

Beneficiarii VMG așteptați de muncă

Disponibilitatea și calitatea serviciilor de activare sunt foarte importante pentru beneficiarii actuali ai programului VMG și vor continua să fie la fel de importante pentru beneficiarii programului VMI după 2016. Clienții VMG ai ANOFM nu sunt un grup omogen. În general, printre beneficiarii VMG se numără persoanele vârstnice care locuiesc singure, șomerii, persoanele fără adăpost, tinerii care părăsesc centrele de îngrijire instituționalizată, și aceia care nu au avut niciodată acces la locurile de muncă. Intermedierea de locuri de muncă și serviciile PAPM trebuie să fie mai personalizate pentru a lua în considerare această eterogenitate.

Modul lipsit de coerență în care asistența socială și serviciile de ocupare a forței de muncă de la nivel local îi tratează pe beneficiarii VMG este unul dintre motivele aparentei lipse a rezultatelor pozitive a ocupării forței de muncă pentru acești beneficiari. Serviciul public de asistență socială (SPAS) îi îndrumă pe beneficiarii VMG către Agențiile Județene de Ocupare a Forței de Muncă (AJOFM), unde li se cere să se înregistreze o dată la trei luni pentru a demonstra că sunt în căutarea unui loc de muncă. Atât pentru beneficiarii VMG, cât și pentru destinatarii altor tipuri de asistență socială, SPAS ocolește ocazional AJOFM și îi contactează direct pe angajatori pentru anumiți clienți. Lipsa unei abordări coordonate între cele două servicii poate rezulta din faptul că unii dintre angajații AJOFM presupun că beneficiarii VMG nu sunt motivați să caute un loc de muncă, înregistrându-se doar pentru a fi eligibili pentru transfer și pentru a avea acces la alte beneficii cum ar fi serviciile de sănătate. Unii dintre angajații locali foarte presați ai AJOFM consideră că resursele insuficiente PAPM pot fi cheltuite mai bine în cazurile în care, în opinia lor, este mai probabilă obținerea unui rezultat. În același timp, unii lucrători sociali ai SPAS sunt foarte nemulțumiți de serviciile furnizate de unele dintre oficiile AJOFM. Reprezentații SPAS consideră că beneficiarii VMG ar fi eligibili la angajare dacă ar fi disponibile mai multe resurse pentru a finanța pregătirea mai intensivă a clienților înainte de angajare (cum ar fi instruirea competențelor sociale și tehnice de bază sau programele de educație corectivă). Cu toate acestea, nu există niciun fel de stimulente pentru ca ANOFM și SPAS să îi sprijine pe beneficiarii VMG, a căror integrare pe piața

muncii implică costuri mai mari. Introducerea unei bugetări diferențiate a costurilor în funcție de plasarea forței de muncă, care să ia în considerare costurile mai mari de deservire a clienților VMG, ar putea face posibilă, din punct de vedere financiar, realocarea unora dintre serviciile AJOFM către acest grup.

Descentralizarea răspunderii pentru clienții VMG către județe înseamnă că abordarea adoptată variază substanțial în întreaga țară. O mai puternică coordonare centrală la nivel național, eventual sub forma unui grup de lucru comun care să includă atât reprezentanții SPAS, cât și pe cei ai AJOFM-urilor, ar putea îmbunătăți procesele și rezultatele, la fel ca și conectarea sistemelor lor TIC pentru facilitarea verificării și a gestiunii cazurilor clienților VMG. În plus, va fi necesară o abordare multiinstituțională holistică și personalizată, eventual prin intermediul unui serviciu specializat de ocupare a forței de muncă, pentru a maximiza numărul clienților VMG (și al viitorilor clienți VMI) care intră sau reintră pe piața muncii.

Tabel 18: Numărul intrărilor de beneficiari VMG în ANOFM, 2013-2014

	2013	Primul trimestru din 2013	Primul trimestru din 2014
Intrările înregistrate	826.142	180.189	214.265
Intrările de solicitanți VMG	117.484	29.947	41.993
Procentul solicitanților VMG	14,2	16,6	19,6

Sursa: Sediul central al Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă, 2014.

În prezent, monitorizarea rezultatelor ocupării forței de muncă ale persoanelor VMG aflate în căutarea unui loc de muncă este precară, iar ANOFM nu furnizează astfel de date defalcate. Pentru a efectua o astfel de analiză, va fi necesară accesarea bazelor de date ale Agenției Naționale pentru Plăți și Inspecție Socială (ANPIS), care gestionează VMG, și bazele de date ale Inspecției Muncii, care gestionează toate contractele de muncă semnate în România. Mai întâi, analiștii vor verifica baza de date a ANPIS a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă care au beneficiat de VMG în 2013, de exemplu, iar apoi vor compara această listă cu baza de date a Inspecției Muncii pentru anii 2013 și 2014 pentru a verifica care dintre clienții VMG și-au găsit un loc de muncă. Acest lucru ar fi în conformitate cu abordarea OCDE potrivit căreia: „eficiența măsurilor de activare a șomerilor destinatari ai beneficiilor va fi adesea sporită printr-o mai bună coordonare – sau chiar integrare – a principalei organizații SPOFM cu serviciile de asigurări sociale și cu serviciile de angajare a persoanelor cu dizabilități. Acolo unde există administrații separate, există posibilitatea ca acestea să nu îi comunice periodic clientului informații și resurse precum locurile de muncă disponibile, și să aibă viziuni diferite de management al unor aspecte precum cerințele legate de disponibilitatea de muncă.”³⁴

Servicii de asistență pentru facilitarea angajării grupurilor vulnerabile

Sistemul de servicii de asistență pentru ocuparea forței de muncă nu este clar reglementat și dispune de fonduri publice limitate. Există standarde ocupaționale pentru coachingul profesional, însă nu și pentru mediatori și consilieri. La nivel național nu există niciun program de instruire pentru aceste profesii, doar programe furnizate de ONG-uri.

Există argumente pentru ca SPOFM să angajeze specialiști care au fost instruiți să răspundă nevoilor speciale ale persoanelor de etnie romă aflate în căutarea unui loc de muncă. Aceasta este practica urmată în unele SPOFM-uri naționale, de exemplu, în Republica Cehă. Externalizarea serviciilor de ocupare a forței de muncă pentru romi este, de asemenea, frecvent întâlnită în multe SPOFM-uri, și au

³⁴ Carcillo and Grubb (2006: 42).

existat câteva exemple de externalizare în România, precum Fundația RUHAMA în Județul Bihor.³⁵ Rolul principal al Guvernului ar trebui să fie stabilirea unor obiective realiste, dar ambițioase, pentru incluziunea romilor pe piața muncii și asigurarea unor bugete adecvate și dedicate pentru PAPM. Serviciile actuale de căutare a unui loc de muncă, de îndrumare și consiliere, serviciile pentru activități independente, și de formare profesională pot fi externalizate către o rețea de furnizori specializați.

În cazul persoanelor cu dizabilități, abordarea adoptată în multe țări europene a vizat includerea acestora în serviciile generale de ocupare a forței de muncă. Dacă această abordare ar fi adoptată în România, aceasta ar necesita formarea profesională a tuturor mediatorilor și consilierilor ANOFM pentru ca aceștia să se ocupe de persoanele cu dizabilități, ca parte a atribuțiilor lor. Cadrul existent de centre regionale specializate ar putea furniza asistență pentru persoanele cu dizabilități, acestea putându-și asuma, la rândul lor, rolul de mediere către piața muncii generalistă /mainstream, în cazul în care acest lucru este necesar și dacă există timpul necesar. În unele județe sunt disponibile Centre de Orientare și Resurse (CRO) pentru persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă, iar unele dintre acestea ar putea, de asemenea, să se ocupe de persoanele cu dizabilități. Majoritatea acestor centre de resurse dispun de un număr foarte redus de consilieri de orientare în carieră, care sunt insuficient pregătiți. De exemplu, în București există doar un CRO, iar resursele acestuia atât în materie de personal, cât și de spațiu, sunt limitate. Actuala Strategie Națională de Ocupare a Forței de Muncă 2014-20 propunerea creșterea numărului acestor centre și a resurselor necesare acestora. Furnizarea de orientare și consiliere individuală pentru persoanele cu dizabilități pare a fi destul de insuficientă, în principal ca urmare a deficitului de resurse umane și fizice. Principalele servicii concepute să faciliteze accesul la angajare pentru persoanele cu dizabilități în România sunt următoarele:

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

În România, mai multe ONG-uri, precum și un număr mic de DGASPC-uri, au inițiat proiecte de angajare asistată, menite să asigure angajarea pe termen lung pentru persoanele cu dizabilități. Centrul de Resurse și Informare pentru Profesiuni Sociale (CRIPS) a întreprins primii pași pentru a garanta că „asistentul profesional /coachul” este o profesie recunoscută în Clasificarea ocupațiilor din România (COR). Mai multe ONG-uri au creat întreprinderi sociale care încadrează în muncă persoane cu dizabilități cum ar fi, de exemplu, fabricile de jucării, brutăriile, precum și cele care desfășoară activități

³⁵ www.carierebihor.ro

de tipărire, ambalare, croitorie, și artisanale și au obținut rezultate semnificative (Inclusiv Pentru Voi în Timișoara, Alpha Transilvania în Târgu Mureș, Alături de Voi în Iași, Motivation în Clinceni, și Hans Spalinger în Simeria). Responsabilitatea socială a întreprinderilor a devenit treptat un instrument de incluziune a persoanelor cu dizabilități pe piața muncii sau de finanțare a proiectelor de angajare asistată.

România ar putea lua în considerare contractarea cu plăți eşalonate în funcție de performanță pentru a orienta resursele către șomerii pe termen lung sau către alte grupuri specifice dezavantajate sau vulnerabile. Acest lucru a fost încercat în Germania, Olanda, SUA, și Australia, iar în prezent este în curs de introducere în Irlanda. În Australia, Guvernul externalizează plasarea de clienți fie către organizațiile private, fie către ONG-uri și le plătește comisioanele în etape în funcție de numărul de clienți care își păstrează locul de muncă unde au fost plasați de către contractant. De exemplu, dacă un client își păstrează locul de muncă timp de șase luni, atunci guvernul îi plătește integral contractantului comisionul de plasare, iar în situația în care un client renunță la locul de muncă după trei doar luni, de exemplu, Guvernul îi plătește contractantului numai 60 la sută din comision. Comisioanele iau, de asemenea, în calcul șansele clientului de a fi încadrat în muncă. În cazul României, Guvernul ar putea preciza că va plăti comisioane maxime pentru plasarea cu succes pe piața muncii a beneficiarilor VMG și a romilor, de exemplu. Plățile intermediare ar putea fi, de asemenea, efectuate în baza îndeplinirii unui obiectiv intermediar cum ar fi finalizarea unui program de formare profesională menit să sporească capacitatea de inserție profesională a unui client. În Australia, guvernul îi plătește agenției contractate un comision de 80 de dolari pentru plasarea unei persoane care și-a pierdut recent locul de muncă, pe când pentru plasarea unei persoane șomere pe termen lung, guvernul plătește 1.200 de dolari. Aceste sume se recuperează de la sine în situația în care clientul își păstrează locul de muncă timp de 12 luni, de exemplu, deoarece guvernul va face economii cu plata prestațiilor și va primi atât impozitul pe venit, cât și pe taxele pe achiziții (datorită creșterii puterii de cumpărare) de la persoana recent angajată. În unele SPOFM-uri naționale care au adoptat această abordare, s-au înregistrat costuri mai reduse și un număr mai mare de plasări.

Caseta 9: Abordări UE de succes pentru integrarea pe piața muncii a șomerilor cu nivel de calificare scăzut și a șomerilor pe termen lung

Furnizarea unor intervenții individualizate în vederea sprijinirii șomerilor pe termen lung în găsirea unui loc de muncă este una dintre principalele recomandări ale unui raport recent al OCDE. Raportul a evaluat mai multe abordări de succes centrate pe persoană și a stabilit că acestea aveau următoarele caracteristici comune:

- ☐ Au asigurat continuitatea sprijinului adecvat la momentul potrivit.
- ☐ Intervențiile erau mai degrabă holistice decât axate pe un singur aspect al capacității de inserție profesională.
- ☐ Consilieri personali înalt calificați se aflau la dispoziția fiecărei persoane, pentru a răspunde nevoilor acesteia. Dacă una și aceeași persoană are atât calitatea de consilier, cât și de mentor, acest lucru ajută la întărirea încrederii clientului și la stabilirea unei relații pozitive.
- ☐ Au realizat o evaluare inițială a competențelor de bază ale fiecărui client și au elaborat un plan de consolidare a acestora.
- ☐ Au asigurat continuitatea instruirii chiar și după ce clientul și-a găsit un loc de muncă.
- ☐ Au sprijinit clienții în activitățile acestora de căutare a unui loc de muncă.
- ☐ Au avut o abordare pe termen lung și au continuat să le furnizeze clienților asistență chiar și după ce aceștia au fost încadrați în muncă.

Datele privind alte țări UE confirmă că cele mai de succes servicii furnizează, de asemenea, consiliere centrată pe persoană pentru a-i remotiva pe șomerii pe termen lung să își reia activitățile de căutare a unui loc de muncă prin sesiuni frecvente cu același consilier. Sprijinul intensificat conduce la obținerea unor rezultate pozitive.

Aceste tipuri de abordări integrate necesită colaborarea între sau chiar integrarea diferitelor agenții și organizații în jurul unui sistem central de gestiune și de urmărire a cazurilor.

Sursa: UE (2014) și OCDE (2013).

Reducerea ratelor scăzute de ocupare a forței de muncă pentru grupurile vulnerabile și femeii. Tinerii în general, locuitorii din zonele rurale, femeile și grupurile vulnerabile (inclusiv romii, lucrătorii cu dizabilități, tinerii care părăsesc centrele de îngrijire instituționalizată, foștii deținuți) se confruntă cu obstacole mai mari în ceea ce privește accesul pe piața muncii. Aceste grupuri pot fi ajutate să intre pe piața muncii prin programe specifice și politici solide antidiscriminare la nivelul întregii societăți și a instituțiilor publice. România a implementat deja norme juridice antidiscriminare în toate legile din domeniul ocupării forței de muncă și al asistenței sociale. Sunt necesare eforturi suplimentare pentru creșterea gradului de conștientizare și a impactului acestor norme juridice.

Pentru a garanta că grupurile vulnerabile au acces la piața muncii, Guvernul ar trebui să urmărească: (i) reducerea discriminării împotriva grupurilor vulnerabile, în special a romilor sau a persoanelor cu dizabilități, și a persoanelor de sex feminin care își caută un loc de muncă; (ii) dezvoltarea de servicii de sprijin care să faciliteze angajarea grupurilor vulnerabile, în special a romilor sau a persoanelor cu dizabilități; (iii) creșterea accesului la locuințe și mijloace de transport pentru șomeri, în special pentru cei care provin din zonele rurale; (iv) dezvoltarea de facilități fiscale pentru antreprenorii care demarează afaceri în zonele rurale și crează locuri de muncă pentru grupurile dezavantajate; (v) 'scheme de garantare' pentru persoanele dezavantajate din zonele rurale, precum și pentru tineri; și (vi) sprijinirea activităților de antreprenariat, în special pentru tineri.³⁶

2.1.6. Dezvoltarea economiei sociale în scopul creșterii oportunităților de angajare pentru grupurile vulnerabile

În România a fost introdusă în iunie 2014 legea privind sectorul economiei sociale, care include prevederi referitoare la înregistrarea, reglementarea și extinderea preconizată a sectorului economic de integrare socială și profesională a grupurilor vulnerabile. În lumina faptului că 4,1 milioane de oameni din România au fost considerați „fără loc de muncă” (șomeri și inactivi) în 2011³⁷, au fost afectați de excluziunea socială și s-au confruntat cu multiple obstacole pe piața muncii, dezvoltarea unui sector diversificat al economiei sociale care să includă furnizori de servicii sociale din cadrul comunităților ar putea juca un rol important în promovarea incluziunii acestor cetățeni în economia productivă.

În pofida sumei considerabile de fonduri de la buget, pe care Guvernul le-a alocat pentru finanțarea proiectelor de economie socială, eficiența acestor intervenții rămâne sub semnul întrebării. Între 2007 și 2013, Guvernul a alocat peste 600 de milioane de euro pentru incluziunea socială. Dintre acestea, cea mai mare parte a fost atribuită dezvoltării de noi inițiative de economie socială (peste 350 de milioane de euro, din care aproximativ 150 de milioane pentru proiectele aprobate până în 2010). Deși nu s-a efectuat nicio evaluare a impactului fondurilor UE asupra economiei sociale, principalele proiecte de rapoarte de cercetare finanțate de UE au arătat că rezultatele obținute în perioada de programare 2007 - 2013 nu au fost satisfăcătoare.³⁸ De exemplu, în respectiva perioadă, proiectele finanțate de UE în sectorul economiei sociale au creat doar 274 de locuri de muncă sau 10 la sută din ținta propusă.³⁹ Diversele entități care activează în domeniul economiei sociale sunt insuficient sau inadecvat sprijinite, iar majoritatea activităților de economie socială desfășurate cu fonduri UE a fost experimentală. Principala activitate finanțată de UE a fost furnizarea de formare profesională indiferent de nevoile efective de dezvoltare. Principala problemă este că preverile care reglementează fondurile UE nu sunt orientate spre soluționarea nevoilor sectorului economiei sociale. Inițiativele actuale ale economiei sociale tind să se concentreze în zonele cele mai dezvoltate, pe când în localitățile cele mai sărace

³⁶ Aceste măsuri strategice recomandate sunt conforme cu Strategia de Ocupare a Forței de Muncă (GD 1071/2013) și cu Strategia Guvernamentală pentru Dezvoltarea Sectorului Întreprinderilor Mici și Mijlocii și Îmbunătățirea Mediului de Afaceri din România – Orizont 2020 (GD 859/2014).

³⁷ Banca Mondială (2014: 45).

³⁸ ADV (2011), Constantinescu (2012), Arpinte et al (2010), și MMFPSPV (2013).

³⁹ MMFPSPV (2013).

acestea sunt foarte puține.⁴⁰ Regulile de finanțare complexe și în continuă schimbare, care guvernează fondurile UE, au făcut să crească aceste discrepanțe și reduc posibilitatea furnizorilor mai puțin dezvoltati și mai slab finanțați de a elabora propuneri și de a asigura un management adecvat al proiectelor. Drept rezultat, alocarea de fonduri UE a ținut cont mai degrabă de competența furnizorilor decât de nevoile categoriilor sărace și vulnerabile din România.

Deși cadrul legal care să le permită ONG-urilor să colecteze fonduri pentru a-și finanța proiectele sociale, există câteva probleme practice legate de implementarea acestuia. Legislația actuală îi permite unui ONG să desfășoare o activitate economică fără a plăti niciun impozit pe profit, în cazul în care profitul nu depășește 15.000 de euro sau 10 la sută. Această limită scăzută este un obstacol important în dezvoltarea oricărei activități economice, în special atunci când ONG-ul încearcă să furnizeze locuri de muncă pentru persoanele vulnerabile din punct de vedere social, și să-și folosească profiturile pentru finanțarea proiectelor sale sociale. În realitate, ONG-urile nu pot valorifica în totalitate potențialul activităților economice în cauză ca o modalitate de colectare de fonduri pentru a-și susține proiectul (sau pentru a cofinanța proiectul dacă există finanțare disponibilă din surse externe). Prin urmare, Guvernul trebuie să instituie reglementări care să le faciliteze ONG-urilor mobilizarea propriilor resurse pentru a-și finanța propriile activități de economie socială.

Deși locurile de muncă protejate, unde persoanele vulnerabile sunt angajate într-un loc de muncă separat și bine definit, sunt o potențială modalitate de promovare a incluziunii grupurilor vulnerabile,⁴¹ acestea nu sunt încurajate suficient. Începând cu anul 2006, sectorul a cunoscut o creștere semnificativă, axată în principal pe incluziunea pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități. Totuși, deși la nivel național există aproximativ 500 de ateliere protejate, este posibilă o multă ocupare mult mai ridicată de acest tip a forței de muncă. Atelierele protejate necesită subvenții și credite preferențiale pentru a-și păstra competitivitatea pe piață, precum și regulamentele specifice pentru sprijinirea capacității acestora de a încadra în muncă persoane cu dizabilități.

Pentru a da amploare rolului jucat de sectorul economiei sociale în furnizarea asistenței sociale, între 2014 și 2020 Guvernul vizează: (i) punerea la dispoziție de fonduri europene pentru sprijinirea sectorului economiei sociale⁴²; (ii) elaborarea legislației secundare necesare pentru dezvoltarea durabilă a economiei sociale; și (iii) încurajarea ONG-urilor să se implice mai mult în aceste activități.

⁴⁰ FDSC (2010).

⁴¹ Acest tip de ocupare a forței de muncă se află în contradicție cu „piața deschisă a muncii” în cadrul căreia persoanele cu vulnerabilități intră pe piața principală, competitivă, a muncii alături de persoanele fără vulnerabilități.

⁴² Prin identificarea domeniilor relevante ale finanțării intervențiilor pentru toate tipurile de entități de economie socială și prin furnizarea de asistență tehnică ONG-urilor și altor entități de economie socială pentru a-și pregăti și depune propunerile pentru finanțare europeană.

2.2. Transferurile Sociale

Obiectivul protecției sociale este de a asigura veniturile celor care nu pot lucra (precum vârstnicii, persoanele cu dizabilități sau copiii lipsiți de îngrijirea părinților), de a garanta un nivel minim de venituri pentru populația extrem de săracă și de a furniza prestații în numerar persoanelor sărace, în schimbul îndeplinirii de către acestea a coresponsabilităților lor. Principala coresponsabilitate pentru adulții apti de muncă este să-și găsească un loc de muncă pe cont propriu sau cu ajutorul serviciilor de ocupare a forței de muncă. Principalele inițiative de politică recomandate în domeniul protecției sociale sunt: (i) introducerea unui program unic pentru persoanele sărace, programul privind Venitul Minim de Inserție (VMI), despre care se prognozează că va ajunge la toate familiile sărace până în anul 2016 și (ii) o creștere a bugetului social global alocat persoanelor sărace.

Obiectivele principale	Pagina
2.2.1. Îmbunătățirea performanțelor sistemului de asistență socială	72
2.2.2. Oferirea sprijinului financiar adecvat pentru persoanele cu handicap, expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială	84
Oferirea sprijinului financiar adecvat pentru persoanele cu handicap, expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială	85

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

Prima prioritate a guvernului în acest domeniu este de a unifica cadrul instituțional pentru beneficiarii pensiilor de invaliditate și indemnizațiilor de invaliditate care sunt de multe ori aceleași persoane. Operarea a două surse separate de asistență pentru persoanele cu dizabilități neinstituționalizate duce la mai multe probleme. Cele două sisteme se adresează aceluiași grup de beneficiari, dar îi tratează diferit (alte criterii medicale și

funcționale se aplică pensionarilor decât beneficiarilor indemnizațiilor), au puncte de intrare diferite în sistem și personal separat. Nivelul de dublare este ridicat și în creștere. În anul 2012, aproximativ 30 de procente din beneficiarii indemnizațiilor de invaliditate primeau și pensie de invaliditate, iar la nivelul gospodăriilor, nivelul de dublare era și mai mare. Peste jumătate din beneficiarii indemnizațiilor de invaliditate primesc și un anumit tip de pensie.

În general, operarea a două sisteme separate pentru a certifica dizabilitatea unui solicitant este ineficientă atât pentru beneficiari, cât și pentru contribuabili. Din cauza diferitelor criterii de eligibilitate, solicitanții se confruntă cu un acces inechitabil la serviciile de reabilitare și dacă trebuie să solicite ambele tipuri de prestații, atunci vor suporta costul dublu. Din perspectiva contribuabililor, existența a două sisteme rezultă în folosirea ineficientă a puținelor resurse administrative, costuri administrative mai mari, management de slabă calitate a informațiilor (ceea ce se traduce în elaborarea de slabă calitate a politicilor) și conformare și mai redusă. În plus, nu oferă același set de servicii de reabilitare pentru toate persoanele cu dizabilități.

Guvernul este deja implicat în corectarea acestor aspecte instituționale pentru a simplifica accesul la sistemul de asistență pentru persoanele cu dizabilități și a folosi cu cea mai mare eficiență posibilă capacitatea administrativă limitată. Ca parte a strategiei sale de asistență socială, guvernul dorește: (i) să armonizeze criteriile medicale de evaluare a dizabilității pentru pensia de invaliditate și indemnizația de invaliditate și (ii) să unifice cadrul instituțional pentru a crea un singur canal de livrare care să servească toate persoanele cu dizabilități. Noul sistem va îmbunătăți viețile persoanelor cu dizabilități și în multe alte moduri. Va include evaluări individuale ale ambelor tipuri de beneficiari (pensionari și beneficiari ai indemnizațiilor) pentru a găsi metode de a îmbunătăți modul în care aceste persoane trăiesc în mediul lor social. Va îmbunătăți, de asemenea, sistemul de referire a pacienților la serviciile de reabilitare. Va fi mai corect și echitabil pentru a asigura că numai persoanele cu cele mai mari nevoi vor fi incluse, ceea ce va crește eficiența și eficacitatea generale ale sistemului.

A doua prioritate a guvernului este de a menține puterea de cumpărare a indemnizațiilor în numerar pentru persoanele cu dizabilități. Cele mai multe persoane cu dizabilități trăiesc în familii care se confruntă cu semnificative dificultăți economice și sociale. Mai mult decât atât, în familiile cu persoane cu dizabilități grave, practica uzuală este ca unul dintre părinți să își părăsească locul de muncă și să devină un îngrijitor personal al copilului cu dizabilități. Un studiu din anul 2010 legat de calitatea vieții copiilor și a tinerilor cu dizabilități fizice a indicat că 89 de procente dintre îngrijitorii personali ai acestor persoane sunt membri de familie. În cadrul acestor familii, numai 20 de procente dintre respondenți au spus că nivelul venituri este suficient pentru a asigura o calitate decentă a vieții. Familiile monoparentale sunt numeroase și riscul acestora de sărăcie este de multe ori ridicat, în special atunci când familiile au doi sau mai mulți copii cu dizabilități. În ultimii patru ani, lipsa indexării prestațiilor în numerar pentru persoanele cu dizabilități a contribuit la situația grea a acestora. Pentru a rezolva aceste probleme, Guvernul a adoptat o hotărâre prin care crește nivelul programelor de indemnizații de invaliditate (cu 15 procente). În perioada 2016-2020, Guvernul dorește să indexeze aceste prestații în funcție de inflație.

A treia prioritate a guvernului este de a îmbunătăți evaluarea dizabilității și serviciile de remediere sau asistență. Guvernul va acționa pentru a îmbunătăți sistemul existent de evaluare a dizabilității pentru a asigura că acesta ia în considerație nevoile reale ale persoanelor cu dizabilități. Aceasta va însemna proiectarea unui sistem holistic care să ia în considerație atât factorii personali și de mediu, cât și obiceiurile de viață și alegerile personale.

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

2.2.4. Protejarea consumatorilor săraci și vulnerabili împotriva creșterii tarifelor la electricitate 93



2.2. Transferuri Sociale

Această secțiune acoperă principalele inițiative de politică recomandate în domeniul transferurilor sociale pentru persoanele sărace și populația vulnerabilă, în special prin creșterea volumului resurselor destinate asistenței sociale acordate persoanelor sărace și prin creșterea progresivității globale a cheltuielilor privind protecția socială. Aceasta este organizată conform pilonilor tradiționali ai sistemelor de protecție socială: (i) transferuri de numerar necontributive pentru persoanele sărace și vulnerabile (transferuri de asistență socială); (ii) sprijin în numerar pentru persoane cu dizabilități; (iii) sprijin în numerar pentru a proteja persoanele sărace împotriva creșterii tarifelor la electricitate; și (iv) programe în numerar pentru populația vârstnică (constând din pensii, inclusiv pensii sociale). Serviciile sociale sunt acoperite în următoarea secțiune.

2.2.1. Îmbunătățirea performanțelor sistemului de asistență socială

Politica de asistență socială a României folosește o combinație de programe categoricale și programe bazate pe evaluarea mijloacelor de trai în vederea protejării venitului familiilor sărace și vulnerabile. În funcție de obiective și grupurile țintă, aceste programe se încadrează în patru categorii: (i) programe privind politica familială; (ii) programe bazate pe evaluarea mijloacelor de trai pentru familiile cu venituri scăzute; (iii) programe pentru persoane cu dizabilități; și (iv) alte programe, în special pensia socială. Șapte programe alcătuiesc coloana vertebrală a sistemului de asistență socială. Toate cele șapte programe sunt de mari dimensiuni atât în ceea ce privește numărul beneficiarilor serviți, cât și nivelul cheltuielilor, și, împreună, reprezintă două treimi din totalul cheltuielilor de asistență socială. Datorită dimensiunii și impactului acestora asupra beneficiarilor săraci, această Strategie se concentrează în principal asupra lor:

1. **Alocația de stat pentru copii (ASC)** reprezintă un transfer monetar lunar către toți copiii cu vârsta între 0 și 18 ani (sau mai mari, dacă sunt în continuare la studii). Nivelul prestațiilor diferă în funcție de vârsta și statutul beneficiarilor. Toți copiii cu vârsta între 0 și 2 ani primesc 200 RON, iar cei cu vârsta între 2 și 18 ani primesc 42 RON. În cazul copiilor cu dizabilități, cuantumul este de 200 RON pentru cei cu vârsta între 0 și 3 ani și de 84 RON pentru cei cu vârsta între 3 și 18 ani. Programul utilizează direcționarea categoricală (în funcție de vârstă) și vizează toți copiii, indiferent de mijloacele de trai ale familiei acestora.
2. **Indemnizația pentru creșterea copilului (ICC)** reprezintă un transfer monetar lunar către părinții care stau acasă pentru a avea grijă de copii. Aceasta este egală cu 85% din venitul mediu obținut de respectiva persoană în ultimele 12 luni, cu un minimum de 600 RON și cu o limită maximă care variază în funcție de durata prestației. ICC se acordă până când copilul împlinește vârsta de 2 ani sau de 3 ani în cazul în care copilul are un handicap. Părinții care optează să beneficieze pentru o perioadă de doi ani primesc o indemnizație lunară de maximum 1.200 RON. Părinții care optează să beneficieze pentru o perioadă de un an primesc maximum 3.400 RON. Părinții care optează pentru programul cu o durată de un an și revin la lucru înainte de sfârșitul programului, sunt eligibili pentru un stimulent de inserție în cuantum de 500 RON pe lună până la împlinirea vârstei de 2 ani a copilului. ICC reprezintă un alt tip de program categoricale, care vizează mamele cu copii mici, indiferent de mijloacele de trai ale mamei sau ale familiei.

3. Programul privind **Venitul Minim Garantat (VMG)** reprezintă un transfer monetar lunar care completează venitul familiei până la atingerea unui prag VMG. Membrii adulți ai familiei, care sunt apti de muncă, sunt supuși unei obligații privind munca (aceștia trebuie să lucreze în cadrul proiectelor de muncă în folosul comunității în schimbul beneficiului) și unei obligații privind activarea (aceștia sunt obligați să caute în mod activ un loc de muncă prin intermediul agenției de ocupare a forței de muncă). Prestația medie pe cap de locuitor este de aproximativ 80 RON pe lună. Programul este direcționat către cele mai sărace 5 procente din populație și este bazat pe evaluarea mijloacelor de trai.
4. **Alocația pentru susținerea familiei (ASF)** este un transfer monetar lunar către familiile cu copii din cele mai sărace trei decile. Pentru a primi prestațiile, copiii de vârstă școlară din familiile beneficiare trebuie să frecventeze cursurile școlare. Programul ASF plătește o prestație de 82 RON pentru fiecare dintre primii patru copii ai familiilor cu un venit pe cap de locuitor mai mic de 200 RON și 75 RON pentru fiecare dintre primii patru copii ai familiilor cu un venit pe cap de locuitor care se situează între 201 și 530 RON, venit care constituie obiectul anchetei sociale suplimentare. Cuantumul prestațiilor este mai mare în cazul familiilor monoparentale din fiecare categorie de venit (107 RON și 102 RON).
5. **Ajutorul pentru încălzire** este un transfer monetar sezonier care este direcționat prin intermediul unei evaluări a mijloacelor de trai către gospodăriile din cea mai săracă jumătate a populației. Programul se desfășoară pe perioada iernii (noiembrie-martie). Acesta acoperă o parte din cheltuielile cu încălzirea locuinței, cu subvenții mai mari pentru familiile cu un nivel mai mic al veniturilor. Există patru canale de furnizare a serviciului, în funcție de tipul de combustibil utilizat pentru încălzire: (i) pentru locuințe conectate la rețeaua centralizată de încălzire; (ii) pentru cele încălzite cu gaze naturale; (iii) pentru locuințele încălzite cu energie electrică; și (iv) pentru cei care își încălzesc locuința cu lemn, cărbuni sau combustibili pe bază de țiței. Cuantumul subvenției se situează între 16 RON și 262 RON.
6. **Indemnizația pentru persoanele cu handicap (IPH)** și bugetul complementar pentru persoanele cu handicap (BCPH) reprezintă plăți lunare către persoanele cu dizabilități, stabilite în funcție de gravitatea handicapului (grav, accentuat și mediu). Prima componentă oferă sprijin financiar persoanelor cu dizabilități. A doua componentă (BCPH) acoperă costurile unui îngrijitor pentru persoanele cu handicap grav sau accentuat. Programul este categorial.
7. **Pensia socială (PS)** oferă o pensie minimă persoanelor vârstnice care nu au contribuit suficient la sistemul de pensii astfel încât să se califice pentru pensia pentru limită de vârstă. Cuantumul prestației este de 350 RON. Programul se acordă pe baza testării veniturilor.

Acoperirea și acuratețea direcționării programelor de asistență socială

Sistemul de asistență socială obține rezultate bune în ceea ce privește acoperirea persoanelor sărace (64,8 la sută din cea mai săracă chintilă a beneficiat de cel puțin un program de asistență socială în 2013) și generozitatea sa (în același an, programele de asistență socială au reprezentat 23,2 la sută din venitul celei mai sărace chintile) (vezi Tabel 19). Cinci programe reprezintă o mare parte din venitul gospodăriilor din cea mai săracă decilă - indemnizația pentru creșterea copilului, VMG, ajutorul pentru încălzire, prestațiile pentru persoanele cu dizabilități și pensia socială. Vasta acoperire a sistemului de asistență socială se datorează, în principal, programelor privind alocația de stat pentru copii și ajutorul pentru încălzire, având în vedere că restul programelor acoperă mai puțin de 10 la sută din populație.

Sistemul de asistență socială a obținut rezultate mixte în ceea ce privește protejarea persoanelor sărace și vulnerabile. Acuratețea direcționării diferă de la un program de asistență socială la altul, așa cum rezultă din Ancheta bugetelor de familie (ABF), efectuată în 2013. Programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai destinate familiilor cu venit mic au o acuratețe a direcționării foarte bună, aproximativ

două treimi din volumul beneficiilor revenind celor mai sărace persoane. Acuratețea direcționării programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai (VMG, ASF, AC și PS) este la același nivel cu cea a programelor anti-sărăcie din Uniunea Europeană. Această performanță este mult mai bună decât în cazul programelor categoricale (programe privind politica familială sau pentru persoane cu dizabilități), care transferă doar aproximativ o treime din fondurile lor către persoanele aflate în cea mai săracă chintilă. Per total, acuratețea direcționării sistemului (33 la sută în 2013) este destul de redusă, din cauza prevalenței programelor direcționate categoricale.

Tabel 19: Acuratețea direcționării, nivelul de acoperire și generozitatea principalelor programe de asistență socială din România (2013)

	Acuratețea direcționării	Acoperire		Generozitate	
	Cele mai sărace 20%	Populație	Cele mai sărace 20%	Toți beneficiarii	Cele mai sărace 20%
Toată asistența socială	33,0	55,6	64,8	7,4	23,2
Programe privind politica familială					
Alocații de stat pentru copii (ASC)	25,8	51,5	56,4	3,5	9,9
Indemnizația pentru creșterea copilului (ICC)	20,4	2,8	3,3	24,0	42,7
Programe pentru familiile cu venit mic					
Venitul minim garantat (VMG)	86,7	2,9	12,2	22,7	27,5
Alocația pentru susținerea familiei (ASF)	55,7	3,8	10,5	4,2	6,4
Ajutorul pentru încălzire	40,7	13,7	34,8	7,1	10,4
Programe pentru persoane cu dizabilități					
Indemnizații pentru persoane cu dizabilități	40,9	4,0	7,9	16,4	26,1
Alte programe de asistență socială					
Pensia socială (PS)	61,6	0,4	1,1	6,8	11,4
Burse, bani de liceu	33,8	0,9	2,0	11,5	17,2
Indemnizații pentru veteranii de război, persoanele persecutate din motive politice	44,1	0,4	0,8	17,6	28,8
Alte prestații de asistență socială	7,5	0,4	0,2	18,5	22,0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din ABF 2013. Decile stabilite pe baza venitului net pe adult echivalent obținut din toate transferurile PS (similar cu definiția UE).

Notă: Acuratețea direcționării reprezintă suma transferată către grup ca procent din transferurile totale primite de populație; Acoperirea programului reprezintă proporția din populația din fiecare grup care primește transferul; Generozitatea reprezintă raportul dintre suma transferată către toți beneficiarii dintr-un grup și totalul resurselor (venitului, în acest caz) beneficiarilor. Prin beneficiari înțelegem toți cei care primesc direct și indirect (alți membri ai gospodăriei) un transfer. Acoperirea ajutorului pentru încălzire se referă doar la sezonul rece (estimare bazată pe primul trimestru al anului).

Modernizarea sistemului de asistență socială (2010–2014)

Sistemul de asistență socială din România are baze solide și a trecut printr-o serie de îmbunătățiri treptate în ultimii patru ani, pe parcursul implementării Strategiei guvernului de reformare a sistemului de asistență socială.⁴³ Principalele obiective ale strategiei, care au fost în mare parte îndeplinite, s-au concentrat pe: (i) îmbunătățirea echității sistemului de asistență socială; (ii) creșterea eficienței administrative prin reducerea costurilor administrative ale sistemului și a costurilor private pentru solicitanți; (iii) reducerea erorilor și fraudei; (iv) dezvoltarea unui sistem de monitorizare a performanței; și (v) îmbunătățirea instruirii personalului angajat în sistemul de asistență socială și a calității serviciilor

⁴³ Adoptat la 10 martie 2011.

pe care aceștia le oferă. Este foarte important să se valorifice rezultatele obținute până acum și să se continue activitățile prin care se ating aceste obiective.

Un obiectiv principal al Strategiei privind asistența socială a fost creșterea proporției fondurilor de asistență socială destinate celor mai sărace 20 de procente din populație (acuratețea direcționării) concomitent cu reducerea costurilor totale ale sistemului de asistență socială. Acuratețea direcționării cheltuielilor cu asistența socială în ansamblu a crescut de la 35,8 procente în 2009 la 37,6 procente în 2012. Guvernul a făcut mai mulți pași pentru a atinge acest obiectiv. În cadrul programelor categoriale cu o acuratețe redusă a direcționării, nivelul prestației a fost menținut constant în termeni nominali. Durata indemnizației pentru creșterea copilului a fost redusă în cazul mamelor care au ales opțiunea cu un cuantum mare al indemnizației, în timp ce cuantumul stimulului de inserție pentru părinți a fost mărit. Numărul neregulilor din cadrul celor mai mari programe de asistență socială a fost redus în mod semnificativ datorită unei serii de inspecții tematice efectuate de Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială. În același timp, numărul beneficiarilor programelor bine direcționate, bazate pe evaluarea mijloacelor de trai (ajutorul pentru încălzire, ASF și VMG), a scăzut. O cauză o reprezintă lipsa indexării pragurilor stabilite în programul privind alocația pentru susținerea familiei și în cel privind venitul minim garantat. O altă cauză o reprezintă introducerea unei set cuprinzător de filtre ale bunurilor care a exclus o mare parte din persoanele sărace din programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai (egală cu o treime din numărul celor aflați în cea mai săracă decilă și cu 38 la sută din numărul celor aflați în cea mai săracă chintilă). După introducerea acestor filtre, acuratețea direcționării a scăzut. În urma evaluării datelor la nivel de gospodărie, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV) a modificat filtrele în noiembrie 2013 pentru a crește acuratețea direcționării.

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

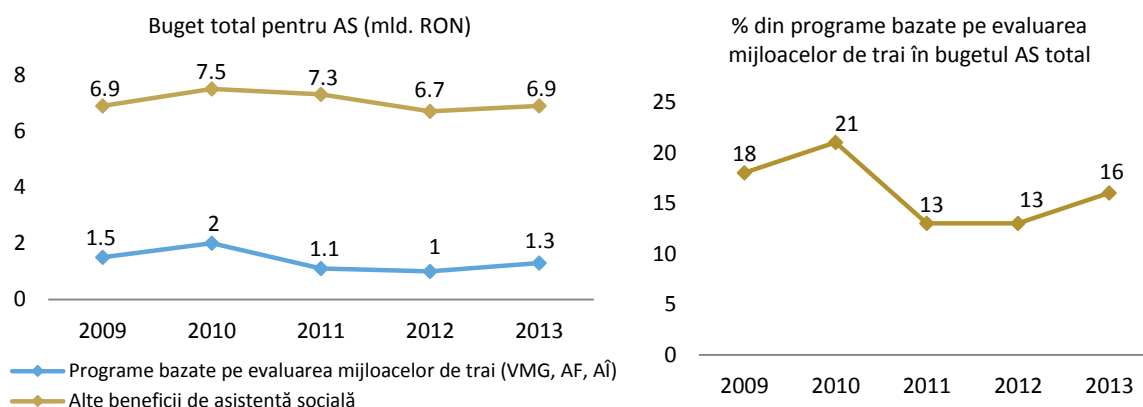
MMFPSPV s-a aflat în prima linie a activităților de reformare a programelor sale de asistență socială, pe baza analizelor solide, atât economice cât și sociale. Din 2011, guvernul s-a angajat să elimine subvențiile acordate producătorilor din sectorul energetic și să reducă efectul tarifelor majorate asupra consumatorilor vulnerabili. În 2011, au fost eliminate subvențiile pentru încălzirea furnizată prin sistemul de termoficare, iar programul privind ajutorul pentru încălzire a fost ajustat în urma simulărilor *ex-ante* ale efectelor diferitelor opțiuni de reformă. Aceste simulări au ajutat guvernul să aleagă cele mai eficiente și adecvate opțiuni de politică. În 2013 și 2014, MMFPSPV a lucrat cu partenerii internaționali la efectuarea unei analize similare, în vederea identificării celor mai bune politici destinate protejării consumatorilor vulnerabili împotriva majorării graduale a prețurilor la energie electrică și gaze pe perioada 2013-2018. În sfârșit, MMFPSPV elaborează legislație în domeniul programului privind Venitul Minim de Inserție (VMI), programul emblematic anti-sărăcie al țării, bazat pe simulări microeconomice solide.

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

Cheltuieli prea mari pentru programele categoriale și prea mici pentru programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai

În pofida acestor îmbunătățiri, sistemul de asistență socială este în continuare dominat de programe universale și categoriale, aspect care reduce impactul cheltuielilor cu asistență socială asupra combaterii sărăciei. În 2011, bugetul pentru programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai a scăzut disproporționat față de bugetul pentru programele nedirecționate (de la 21% în 2010 la 13 procente în 2011) și de atunci nu diferența nu a mai fost recuperată (Figura 16). În 2014, bugetul pentru programe focalizate reprezenta doar 17 procente din bugetul total al asistenței sociale. Aceasta a redus eficiența sistemului de asistență socială privind reducerea sărăciei, dat fiind faptul că programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai canalizează circa 67 la sută din fondurile lor către persoanele din cea mai săracă chintilă, în timp ce doar o treime din prestațiile furnizate de programele categoriale ajunge în acea chintilă.

Figura 16: Bugetul total pentru asistență socială și procentul alocat programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind date din VMG, alocația pentru susținerea familiei, ajutorul pentru încălzire, ASC, indemnizația și stimulentele pentru creșterea copilului, bursele școlare și indemnizațiile pentru persoanele cu dizabilități. Pentru celelalte prestații, bugetul a fost estimat utilizându-se ABF.

Notă: Bugetul este exprimat în prețuri nominale.

Pentru a mări proporția în care bugetul de asistență socială contribuie la reducerea sărăciei, guvernul va trebui să mărească bugetul programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai și cota lor din bugetul total pentru asistență socială. Acest proces a început în 2014, cu creșteri ale bugetelor și nivelurilor prestațiilor programelor privind venitul minim garantat (VMG) și alocația pentru susținerea familiei (ASF) (printre alte motive, pentru a diminua impactul creșterii tarifelor la energie asupra persoanelor sărace) și cu o dublare a nivelului ASF în octombrie 2014.

Un subsistem fragmentat și costisitor bazat pe evaluarea mijloacelor de trai

Nu numai că programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai primesc o mică parte din bugetul global al asistenței sociale, dar programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai sunt și fragmentate. România are trei programe bazate pe evaluarea mijloacelor de trai, care sprijină veniturilor celor mai sărace persoane – venitul minim garantat (VMG), alocația pentru susținerea familiei (ASF) și ajutorul pentru încălzire. Toate aceste trei programe au bugete mici, acoperire limitată și niveluri reduse ale prestațiilor. Fiecare dintre ele are dosare separate pentru beneficiari și sisteme de plată separate, ceea ce este ineficient și duce la duplicarea inutilă a activităților administrative. VMG vizează cele mai sărace 5 procente din populație, ASF este direcționată către familiile cu copii din cele mai sărace trei decile, iar ajutorul pentru încălzire către familiile din cele mai sărace 60 de procente ale distribuției venitului. Deși aceste programe sunt orientate către populația cu venituri mici, criteriile de eligibilitate variază de la un program la altul,⁴⁴ măbind costurile private suportate de solicitanți la accesarea programelor și costurile administrative ale sistemului. Mai mult, în situația actuală, fiecare program menține evidențe separate pe suport de hârtie și în format electronic, privind prelucrarea cererilor de prestații, recertificarea și plățile.

Tabel 20: Costurile private medii lunare pentru accesarea programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai (RON/beneficiar/lună)

	VMG	ASF	Ajutorul pentru încălzire: Lemn	Ajutorul pentru încălzire: Gaz	Ajutorul pentru încălzire: Sistemul de termoficare
Total costuri private, din care:	31,5	16,7	9,2	6,5	5,2
Costuri de solicitare	5,1	4,0	4,8	6,5	5,2
Costuri cu recertificarea	14,8	11,6			
Costul certificatului privind ajutorul de șomaj	10,0				
Costul încasării în numerar a prestației	1,6	1,1	4,4		
Pro memoria:					
Numărul mediu al beneficiarilor	194.748	254.714	303.995	115.032	107.709
Costul total per program	6.125.220	4.261.179	2.796.841	744.279	560.576
Costurile totale aferente tuturor programelor (VMG+ASF+ajutorul pentru încălzire)	14.488.096				
Numărul unic al beneficiarilor pe lună	932.478				
Costurile private totale pentru toate programele/beneficiar	15,5				

Sursa: Grigoras (2014) care utilizează date din Chestionarul pe baza tabelii de punctaj privind cetățenii, de la MMFPSPV și Banca Mondială (2013).

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

⁴⁴ Înainte de noiembrie 2013, fiecare dintre cele trei programe folosea o procedură diferită de evaluare a mijloacelor de trai. Totuși, din noiembrie 2013, toate cele trei programe folosesc o singură metodologie pentru a evalua mijloacele de trai ale gospodăriilor (venitul oficial, venitul agricol neoficial atribuit și filtre pentru bunuri). Totuși, rămân alte diferențe între criteriile de eligibilitate în ceea ce privește unitatea de asistență (gospodăria sau familia), fie că este utilizată sau nu o scară de echivalență, durata perioadei de recertificare (trei luni în cazul VMG și ASF și sezonul rece în cazul ajutorului pentru încălzire), și metoda de plată (direct către beneficiar sau transferată furnizorului serviciului în cazul utilizatorilor sistemului de termoficare).

Aceste diferențe între cele trei programe bazate pe evaluarea mijloacelor de trai duc la apariția unei complexități administrative inutile care mărește riscul de eroare și fraudă și implică costuri private mai mari decât este necesar pentru beneficiari (referitoare la cereri, recertificare și plăți) și costuri administrative pentru sistem. În 2013, costurile private pentru beneficiari asociate cu solicitarea, recertificarea și primirea de prestații ajungeau în medie la 18 procente pentru VMG, la 29 de procente pentru ASF și la circa 10 procente pentru ajutorul pentru încălzire. Acesta este echivalentul în costuri private a două plăți lunare VMG, a patru prestații lunare ASF și a pierderii unei prestații constând în ajutorul pentru încălzire. Tabel 20 prezintă estimările costurilor lunare medii pe beneficiar pe lună. Costurile administrative ajungeau la circa 10 procente din bugetul fiecărui program în 2012.⁴⁵

Fragmentarea prestațiilor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai reduce și accesul populației eligibile la programe. Fiecare dintre programele bazate pe evaluarea mijloacelor de trai acoperă doar între o pătrime și o treime din persoanele sărace, dar combinate, ele acoperă 46 la sută din populație în perioada aprilie-noiembrie și 62 la sută în perioada noiembrie-martie (Tabel 21). Motivele acoperirii reduse sunt: (i) costurile private ridicate generate de solicitarea acestor prestații, comparativ cu valoarea lor; (ii) faptul că o parte dintre verificările privind bunurile, introduse pentru a nu le permite gospodăriilor dotate cu bunuri costisitoare să intre în program, exclud în continuare o mare parte a gospodăriilor cu adevărat sărace; și (iii) lipsa de conștientizare din partea persoanelor potențial eligibile cu privire la disponibilitatea acestor prestații.

Tabel 21: Cota de populație din chintila cea mai săracă ce beneficiază de programe bazate pe evaluarea mijloacelor de trai

Acoperirea celei mai sărace chintile	Sezonul rece	Restul anului
Venit minim garantat	24,7	24,7
Alocația pentru susținerea familiei	30,0	30,0
Ajutoare pentru încălzire	39,2	n.a.
Total	61,9	46,3

Sursa: Estimări ale Băncii Mondiale care folosesc date din ABF 2012, primul trimestru.

Notă: Statisticile privind acoperirea au fost corectate pentru a elimina subraportarea.

Pentru a răspunde acestei acoperiri reduse, guvernul a simplificat accesul la aceste programe și a majorat nivelurile prestațiilor. Noile măsuri au inclus unificarea criteriilor de evaluare a mijloacelor de trai și fluidizarea filtrelor pentru bunuri cu scopul reducerii erorilor de includere în noiembrie 2013, determinând creșterea generozității și extinzând acoperirea programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai cu scopul protecției împotriva creșterii tarifelor la electricitate în iunie 2014 și dublând alocația pentru susținerea familiei pentru familiile sărace cu copii și măbind sprijinul pentru copiii lipsiți de îngrijirea părinților în decembrie 2014. Totuși, aceste măsuri au determinat doar parțial depășirea impedimentelor existente.

Pentru a mări impactul asupra reducerii sărăciei a programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai, Guvernul României pregătește un cadru legislativ și de reglementare pentru a consolida cele trei programe actuale bazate pe evaluarea mijloacelor de trai (VMG, ASF și ajutorul pentru încălzire) într-un singur program – programul Venitul Minim de Inserție (VMI). Acest fapt a fost anunțat în Legea cadru a asistenței sociale (292/decembrie 2011). Noul program consolidat va deveni programul principal de combatere a sărăciei din România. Caracteristicile principale ale acestuia vor fi: (i) o creștere a bugetului VMI comparativ cu bugetele combinate ale programelor actuale, pentru a se asigura faptul că fondurile de asistență socială acoperă majoritatea persoanelor sărace și (ii) introducerea unei formule de prestații care oferă beneficiarilor un stimulent pentru găsirea de locuri de muncă (prin transformarea căutării unui loc de muncă într-o coresponsabilitate sau condiție pentru primirea prestațiilor). Se prognozează că programul va deveni operațional la începutul anului 2016. Programul va fi crucial pentru atingerea obiectivului de reducere a sărăciei asumat de România în cadrul strategiei Europa 2020.

⁴⁵ Tesliuc et al (2014).

După introducerea programului VMI în 2016, bugetul programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai va fi mărit de la 1,2 miliarde RON în 2014 la 2,2 miliarde RON în 2016 (când se lansează VMI) și apoi la 2,5 miliarde RON în 2017, urmând a fi apoi menținut la acest nivel în condiții reale. Pentru a crea spațiu fiscal în cadrul sistemului de asistență socială, guvernul va evalua eficiența programelor universale și categoricale de a-și atinge obiectivele și apoi va lua în considerare o serie de reforme parametrice, incluzând posibilitatea de a transforma programele categoricale în prestații acordate pe baza evaluării mijloacelor de trai în 2015.

Motivația introducerii programului VMI

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

- Prin mărirea bugetului alocat pentru acest program dincolo de suma combinată a bugetelor programelor actuale, este probabil că programul VMI va acoperi mai multe persoane sărace și va oferi un sprijin mai generos beneficiarilor săi. Aceasta va reface echilibrul cheltuielilor pentru asistența socială dintre programele direcționate (bazate pe evaluarea mijloacelor de trai) și programele categoricale. Mărirea bugetului absolut și a celui relativ dedicat unui singur program bazat pe evaluarea mijloacelor de trai va avea un impact mai puternic asupra reducerii sărăciei.
- Programul VMI va reuși să acopere o fracțiune mai mare din beneficiarii săraci (aproximativ 20-22 procente din populație), datorită economiilor de scală obținute prin combinarea programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai. Actualele programe bazate pe evaluarea mijloacelor de trai acoperă numai aproximativ 10 procente din populație. Cu un buget de două ori mai mare, programul VMI ar trebuie să acopere în totalitate cea mai săracă chintilă. Mărirea acoperirii programului va duce, de asemenea, la creșterea gradului de acceptabilitate politică a reformei (deoarece vor fi mai mulți câștigători decât pierzători) și va determina și reducerea sărăciei.
- VMI (care va scuti o parte din veniturile salariale actuale ale membrilor familiilor beneficiare) va acoperi o parte mai mare din persoanele sărace angajate decât predecesorul său, programul privind venitul minim garantat. Acesta va oferi adulților apti de muncă care sunt în prezent inactivi și trăiesc din asistență socială un stimulent să caute de lucru, permițându-le acestora să continue să primească asistență socială și să muncească. Tehnic, noua formulă va înlocui prevederile programului privind venitul minim garantat, care impune o rată de impozitare marginală de 100 de procente a câștigurilor cu o formulă de prestații care va avea o rată de impozitare marginală de aproximativ 50 de procente. Potrivit literaturii de specialitate,⁴⁶ între 7 și 17 procente dintre adulții apti de muncă care nu sunt angajați, nu sunt înscrși în sistemul de învățământ sau formare profesională ar putea trece de la asistență la angajare sau s-ar putea angaja în timp ce încă mai primesc un nivel redus de asistență în cadrul acestei formule de prestații.
- Adoptarea unei formule de prestații care nu include o parte din veniturile din muncă va deschide programul către un număr mai mare de persoane sărace angajate, dat fiind că gospodăriile cu adulți care lucrează vor avea praguri de eligibilitate mai ridicate decât gospodăriile ai căror adulți nu lucrează.
- Prin consolidarea condițiilor de activare și școlarizare ale programelor originale (VMG, ASF și ajutorul pentru încălzire), programul VMI va crește probabil gradul de frecvență a școlii și va îmbunătăți rezultatele școlare ale copiilor din familiile beneficiare și va mări rata de ocupare a forței de muncă în rândul adulților apti de muncă.
- Consolidarea a trei programe bazate pe evaluarea mijloacelor de trai destul de mici într-un singur program va reduce cantitatea de informații necesare pentru procesarea cererilor. Aceasta, la rândul său, va reduce costurile administrative ale sistemului, costurile private suportate de beneficiari pentru a interacționa cu programul și volumul de erori și fraude.

⁴⁶ Gerard și Bachas (2013).

- Prin introducerea unui sistem de management al performanței pentru programul VMI, cei care administrează programul vor putea urmări dacă programul obține rezultatele de dezvoltare dorite - reducerea sărăciei din punct de vedere al venitului pentru beneficiari, creșterea gradului de frecvență a școlii pentru copiii care participă la program și mărirea ratei de ocupare a forței de muncă și a câștigurilor în rândul beneficiarilor apti de muncă. Totodată, aceștia vor putea aprecia dacă costurile de livrare sunt rezonabile (prin urmărirea costurilor administrative și private), dacă programul identifică în mod corect persoanele sărace și dacă programul menține rate reduse ale erorilor și fraudelor.
- VMI face posibilă utilizarea fondurilor structurale ale UE pentru a finanța măsuri privind capitalul uman în ceea ce privește oferta, cum ar fi reducerea ratei de impozitare marginală a câștigurilor și introducerea de bonusuri pentru mobilitatea profesională și geografică, precum și alte măsuri active pentru piața muncii și servicii de remediere care vor reduce obstacolele din calea angajării pentru persoanele cele mai sărace din România. Aceasta reprezintă o oportunitate pentru România să stimuleze ocuparea forței de muncă pentru familiile cu venituri mici prin utilizarea fondurilor UE.
- Din perspectivă operațională, VMI va identifica persoanele sărace, folosind definiția UE a sărăciei relative din punct de vedere al venitului sau AROP, incluzând persoanele din zonele marginalizate. Guvernul va putea atunci să utilizeze acest instrument unic și eficient pentru a orienta alte politici sectoriale către persoanele sărace.

Programul VMI va extinde în mod gradual meniul intervențiilor sale pentru a oferi nu doar sume în numerar cu corespundabilități, dar și servicii. Aceste diverse prestații în numerar și servicii sunt furnizate în prezent separat, modalitate care este ineficientă și diminuează impactul pozitiv al acestor intervenții. VMI este conceput în scopul valorificării complementarităților între prestațiile în numerar și alte servicii sociale (cum ar fi ocuparea forței de muncă, educația, sănătatea și serviciile de cazare). Mecanismul utilizat în programul VMI în vederea identificării potențialilor beneficiari va crește probabil acoperirea persoanelor sărace prin mărirea acurateții direcționării (vezi Tabel 22). Dovezile la nivel internațional sugerează că coordonarea asistenței în numerar cu furnizarea serviciilor sociale către persoanelor sărace îmbunătățește standardele de viață ale beneficiarilor și îi ajută pe aceștia să iasă mai rapid din starea de sărăcie.

Tabel 22: Trecerea de la furnizarea separată la furnizarea complementară a asistenței în numerar și a serviciilor sociale în cadrul programului VMI

Corelați cu:	Mecanisme pentru furnizarea serviciilor
Servicii de ocupare a forței de muncă	Programul VMI va avea o importantă componentă de activare cu următoarele elemente: (i) crește acoperirea persoanelor sărace angajate prin scutirea unei părți din veniturile salariale actuale ale membrilor familiilor beneficiare, obținute din activități agricole și non-agricole; (ii) permite autorităților locale să substituie munca în folosul comunității cu cursuri de formare și de învățare continuă pentru a crește capacitatea de integrare profesională a beneficiarilor; și (iii) se stabilește o limită pentru prestația totală per familie la un plafon corelat cu salariul minim (de ex. 75 la sută sau 80 la sută), pentru a menține stimulentele pentru muncă și a reduce stigmatizarea actualului VMG.
Educația și sănătatea pentru copii	Programul VMI va include o prestație pentru copiii familiilor beneficiare care este condiționată de: (i) participarea la programul național de vaccinare obligatorie a copiilor cu vârste între 0 și 1 an; (ii) o rată de frecvență a grădiniței de 100 la sută de către copiii cu vârste între 3 și 5 ani, absențele fiind acceptate doar în baza unei adeverințe oficiale eliberate de medicul de familie; și (iii) o rată de frecvență a cursurilor școlare de 95 la sută de către copiii cu vârste între 6 și 16 ani, absențele fiind acceptate doar în baza unei adeverințe oficiale eliberate de medicul de familie. Prestația va fi suspendată pe perioada lunilor în care o condiție nu este îndeplinită. Totuși, aceasta nu va fi suspendată cu privire la un copil în cazurile în care frații acestuia nu respectă condițiile, aspect care diferă de schema actualului alocării pentru susținerea familiei (ASF). Logica actualului program privind ASF corelează condiția referitoare la școlarizare cu obligația părinților de a trimite copii la școală, după cum se prevede în Legea Educației. În schimb, logica din spatele programului privind VMI este de a premia

	comportamentul pozitiv care va întrerupe probabil ciclul inter-generațional al sărăciei și excluziunii. Acest ciclu este perpetuat atunci când rezultatele slabe la învățătură și starea proastă de sănătate limitează semnificativ oportunitățile de pe piața muncii care sunt accesibile următoarei generații de copii. Astfel, programul VMI va avea șanse mai mari să întrerupă ciclul inter-generațional al sărăciei și excluziunii prin transferuri în numerar orientate, care să abordeze mulțiplici factori de bază ai inegalității.
Servicii de cazare	Programul VMI va include o componentă referitoare la locuire, care vizează familiile care trăiesc în locuințe sociale, pe lângă subvenția pentru încălzire orientată către familiile cu venituri mici care locuiesc în propriile locuințe. Acest ajutor pentru locuință, destinat beneficiarilor care trăiesc în locuințe sociale, va acoperi costul chiriei suportate de aceștia și o parte din costurile cu încălzirea. În acest mod, programul VMI va combate rata ridicată de supraîncărcare a costurilor cu locuire și va preveni fenomenul persoanelor fără adăpost prin reducerea numărului evacuărilor.
Serviciile sociale pentru grupurile vulnerabile	Programul VMI va acoperi într-o proporție mai mare decât predecesorul său populația săracă, și, de asemenea, va aborda mai bine problemele grupurilor vulnerabile. VMI va excepta din definiția mijloacelor de trai ale familiilor anumite prestații sociale, cum ar fi indemnizația pentru persoanele cu dizabilități sau indemnizația pentru copiii aflați în plasament.

Punerea în aplicare a programului VMI și a sistemului său de management al performanței vor reprezenta o oportunitate de a coordona și de a reduce costurile administrative ale programelor sociale existente, inclusiv ale celor finanțate din fonduri europene (vezi Caseta 10). De exemplu, toți copiii unei familii care beneficiază de VMI vor putea să solicite înscrierea în programul național pentru rechizite școlare utilizând un simplu document eliberat de Serviciul Public de Asistență Socială (SPAS), spre deosebire de sistemul actual care de multe ori este prea complex și costisitor pentru părinții săraci cu un nivel redus de educație. În acest mod, accesul și participarea copiilor săraci la programele naționale nu va mai depinde doar de cunoștințele și interesul părinților.

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

Caseta 10: Fondul de ajutor european pentru cele mai defavorizate persoane (FEAD)

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

Aceste fonduri completează finanțarea acordată de Fondul Social European (FSE), în sensul că FEAD răspunde necesităților de bază ale celor mai defavorizate persoane pentru a le permite accesul la formare sau la ocuparea forței de muncă, ca și programele sprijinite de FSE. Resursele disponibile totale ale FEAD la nivelul UE sunt de 3.395.684.880 € (prețuri în 2011). Alocarea minimă pe stat membru este de 3.500.000 € (pentru perioada 2014-2020), și această sumă a fost deja alocată către Cipru, Danemarca, Luxemburg, Malta, Olanda și Marea Britanie. România beneficiază de o alocare totală de 391.300.000 €, care este a treia alocare la nivelul UE (prețuri pe cap de locuitor în 2011).

Figura 17: Alocarea FEAD pe stat membru, 2014-2020 (prețuri în EURO în 2011 pe cap de locuitor)



Sursa: Calculele autorilor utilizează date din Anexa III a Regulamentului UE nr.223/2014 și date privind populația (pentru 2014) din baza de date a Eurostat.

În România, FEAD finanțează Programul operațional Ajutorarea persoanelor defavorizate, care sprijină distribuirea de alimente și materiale de bază, cum ar fi ghiozdanele și rechizitele școlare, pentru a crește nivelul de frecvență a școlii de către copii de toate vârstele. Materialele școlare sunt destinate copiilor din familiile în care venitul net lunar pe cap de locuitor este mai mic sau egal cu 50 la sută din salariul minim brut pe țară. Programul se adresează beneficiarilor VMG sau persoanelor al căror venit total este mai mic decât 45 la sută din salariul minim brut pe țară. Categoriile detaliate ale beneficiarilor ajutorului alimentar acordat prin program sunt menționate în HG 779/2014 și includ beneficiarii alocației pentru susținerea familiei, șomerii, pensionarii ale căror venituri sunt mai mici de 400 de lei pe lună sau beneficiarii pensiei sociale, persoanele cu handicap grav sau accentuat (adulți și copii) și veteranii de război.

Punerea în aplicare a programului necesită o coordonare interministerială strânsă între Ministerul Fondurilor Europene, MMFPSPV și Ministerul Educației Naționale (prin inspectoratele școlare ale acestuia). Managementul programului este asigurat de Autoritatea de Management pentru Programul operațional Capital uman. Programul a fost aprobat de Comisia Europeană în noiembrie 2014, iar implementarea acestuia a început în decembrie 2014 (componenta referitoare la ajutorul alimentar).

Impactul asupra reducerii sărăciei al creșterii bugetului VMI

Mărirea propusă a bugetului VMI va avea probabil un impact puternic asupra reducerii sărăciei și va crește semnificativ șansele ca România să-și atingă obiectivul național privind sărăcia înainte de anul 2020. Această inițiativă de politici care a fost anunțată de guvern va mări atât numărul beneficiarilor programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai, cât și nivelurile prestațiilor pe care aceștia le primesc. Comparativ cu 2012, se prognozează că bugetul va fi mărit treptat de la 1,1 miliarde RON în 2012 la 2,2 miliarde RON în 2016 și apoi la 2,5 miliarde RON în 2017, urmând a fi apoi menținut la acest nivel în condiții reale. Se preconizează că noul program va fi mai bine orientat către cea mai săracă chintilă decât actualele trei programe (conform experienței internaționale, se preconizează că precizia orientării noului program va fi de circa 80 la sută). Mai mult, dată fiind creșterea fondurilor bugetare, se preconizează că acoperirea familiilor din cea mai săracă chintilă va crește de la nivelul actual de 60 de procente (potrivit datelor ABF ale Institutului Național de Statistică, precum și a datelor administrative) la circa 80 de procente, cu o acoperire progresivă și un nivel al prestațiilor mai mare pentru persoanele cele mai sărace.

Tabel 23: Evoluția probabilă a sărăciei relative după implementarea programului VMI

Politica implementată	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Stare de fapt	22,6	23,1	22,8	22,5	22,4	22,6	22,5	22,8	22,8
A. Creștere bugetară					18,1	17,8	17,9	18,7	18,7
A+B1. Scutire de impozitul pe venit în VMI care face ca 7 procente din NEETD să se încadreze în muncă					17,0	16,6	17,1	17,8	17,9
A+B2. Scutire de impozitul pe venit în VMI care face ca 17 procente din NEETD să se încadreze în muncă					15,7	15,3	16,1	16,4	16,6

Sursa: Estimările Băncii Mondiale care folosesc date din EU-SILC 2012.

Notă: NEETD - persoană care nu este încadrată profesional, nu urmează niciun program educațional sau de formare sau nu are handicap.

Simulările au demonstrat că mărirea bugetului programului, comparativ cu bugetele combinate ale programelor actuale, va avea un impact major asupra reducerii sărăciei potrivit tuturor scenariilor economice (Tabel 23, rândul A). Presupunând o proiecție moderată a creșterii economice, sărăcia relativă va scădea cu aproximativ 4,4 procente, de la 22,84 procente în 2014 la 18,1 procente în 2016. Simulările arată că programul are un impact similar asupra sărăciei absolute (cu pragul de sărăcie măsurat în 2012 și indexat cu rata inflației). Dată fiind finanțarea suplimentară preconizată pentru 2017 și parametrii economici, este probabil ca reducerea sărăciei datorată programului să fie chiar mai mare în 2017, ajungând la 5,8 procente (în scădere de la 17,2 procente în absența programului, la 11,4 procente după introducerea VMI). Aceasta va reduce sărăcia cu mult peste obiectivul de sărăcie asumat, și anume 580.000 de persoane în 2020.

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

VMI va avea o formulă pentru prestații care va nu va lua în considerare 50 de procente din salariu și alte venituri de natură salarială și 25 de procente din profitul agricol estimat. Aceasta înseamnă că, pentru familiile cu un venit formal, cu cât vor lucra mai mult, cu atât mai mari vor fi pragul efectiv de eligibilitate și nivelurile prestațiilor. Mai mult, beneficiarii vor putea continua să primească anumite prestații de asistență socială pe perioada în care lucrează, mărindu-și astfel venitul total. În baza literaturii internaționale, se așteaptă ca modificarea criteriilor de eligibilitate pentru prestații să conducă la angajarea unui procent situat între 7 și 17 procente dintre persoanele sărace de vârstă activă care în prezent nu sunt încadrate profesional, nu urmează niciun program educațional sau de formare sau nu au handicap (NEETD). Prin urmare, simulările din Tabel 23 presupun că beneficiarii care sunt activați și intră pe piața muncii primesc un spor reprezentând jumătate din venitul minim pe lună. Acestea presupun, de asemenea, că cele mai multe dintre persoanele care sunt activate provin din cea mai săracă chintilă (70 de procente), în timp ce celelalte provin din alte chintile.

Am simulat o limită superioară și una inferioară pentru procentul din NEETD care a beneficiat de VMI care este activat - între 7 și 17 la sută (Tabel 23, rândurile A+B1, A+B2). Persoanele din prima chintilă au fost selectate utilizând metoda "propensity score matching" prin care au fost identificați și ulterior selectați cei cu cele mai mari șanse de a fi angajați, în timp ce persoanele din a doua până la a cincea chintilă au fost selectate aleatoriu. Aceste simulări demonstrează că sărăcia va fi redusă în 2016 cu 1,1 până la 2,4 puncte procentuale suplimentare.

2.2.2. Oferirea sprijinului financiar adecvat pentru persoanele cu handicap, expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială

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

Prima prioritate a guvernului în acest domeniu este de a unifica cadrul instituțional pentru beneficiarii pensiilor de invaliditate și indemnizațiilor de invaliditate care sunt de multe ori aceleași persoane. Operarea a două surse separate de asistență pentru persoanele cu dizabilități neinstituționalizate duce la mai multe probleme. Cele două sisteme se adresează aceluiași grup de beneficiari, dar îi tratează diferit (alte criterii medicale și funcționale se aplică pensionarilor decât beneficiarilor indemnizațiilor), au puncte de intrare diferite în sistem și personal separat. Nivelul de dublare este ridicat și în creștere. În anul 2012, aproximativ 30 de procente din beneficiarii indemnizațiilor de invaliditate primeau și pensie de invaliditate, iar la nivelul gospodăriilor, nivelul de dublare era și mai mare. Peste jumătate din beneficiarii indemnizațiilor de invaliditate primesc și un anumit tip de pensie.

În general, operarea a două sisteme separate pentru a certifica dizabilitatea unui solicitant este ineficientă atât pentru beneficiari, cât și pentru contribuabili. Din cauza diferitelor criterii de eligibilitate, solicitanții se confruntă cu un acces inechitabil la serviciile de reabilitare și dacă trebuie să solicite ambele tipuri de prestații, atunci vor suporta costul dublu. Din perspectiva contribuabililor, existența a două sisteme rezultă în folosirea ineficientă a puținelor resurse administrative, costuri administrative mai mari, management de slabă calitate a informațiilor (ceea ce se traduce în elaborarea de slabă calitate a politicilor) și conformare și mai redusă. În plus, nu oferă același set de servicii de reabilitare pentru toate persoanele cu dizabilități.

Guvernul este deja implicat în corectarea acestor aspecte instituționale pentru a simplifica accesul la sistemul de asistență pentru persoanele cu dizabilități și a folosi cu cea mai mare eficiență posibilă capacitatea administrativă limitată. Ca parte a strategiei sale de asistență socială, guvernul dorește: (i) să armonizeze criteriile medicale de evaluare a dizabilității pentru pensia de invaliditate și indemnizația de invaliditate și (ii) să unifice cadrul instituțional pentru a crea un singur canal de livrare care să servească toate persoanele cu dizabilități. Noul sistem va îmbunătăți viețile persoanelor cu dizabilități și în multe alte moduri. Va include evaluări individuale ale ambelor tipuri de beneficiari (pensionari și beneficiari ai indemnizațiilor) pentru a găsi metode de a îmbunătăți modul în care aceste persoane trăiesc în mediul lor social. Va îmbunătăți, de asemenea, sistemul de referire a pacienților la serviciile de reabilitare. Va fi mai corect și echitabil pentru a asigura că numai persoanele cu cele mai mari nevoi vor fi incluse, ceea ce va crește eficiența și eficacitatea generale ale sistemului.

A doua prioritate a guvernului este de a menține puterea de cumpărare a indemnizațiilor în numerar pentru persoanele cu dizabilități. Cele mai multe persoane cu dizabilități trăiesc în familii care se confruntă cu semnificative dificultăți economice și sociale. Mai mult decât atât, în familiile cu persoane

cu dizabilități grave, practica uzuală este ca unul dintre părinți să își părăsească locul de muncă și să devină un îngrijitor personal al copilului cu dizabilități. Un studiu din anul 2010 legat de calitatea vieții copiilor și a tinerilor cu dizabilități fizice a indicat că 89 de procente dintre îngrijitorii personali ai acestor persoane sunt membri de familie.⁴⁷ În cadrul acestor familii, numai 20 de procente dintre respondenți au spus că nivelul venituri este suficient pentru a asigura o calitate decentă a vieții. Familiile monoparentale sunt numeroase și riscul acestora de sărăcie este de multe ori ridicat, în special atunci când familiile au doi sau mai mulți copii cu dizabilități. În ultimii patru ani, lipsa indexării prestațiilor în numerar pentru persoanele cu dizabilități a contribuit la situația grea a acestora. Pentru a rezolva aceste probleme, Guvernul a adoptat o hotărâre prin care crește nivelul programelor de indemnizații de invaliditate (cu 15 procente). În perioada 2016-2020, Guvernul dorește să indexeze aceste prestații în funcție de inflație.

A treia prioritate a guvernului este de a îmbunătăți evaluarea dizabilității și serviciile de remediere sau asistență.⁴⁸ Guvernul va acționa pentru a îmbunătăți sistemul existent de evaluare a dizabilității pentru a asigura că acesta ia în considerație nevoile reale ale persoanelor cu dizabilități. Aceasta va însemna proiectarea unui sistem holistic care să ia în considerație atât factorii personali și de mediu, cât și obiceiurile de viață și alegerile personale.

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

România se confruntă cu o îmbătrânire demografică fără precedent a populației sale, generată de creșterea constantă a speranței de viață și de scăderea ratei de fertilitate.⁴⁹ Aceste două tendințe demografice modifică rapid structura de vârstă a societății române. Acest proces este și mai mult accelerat de emigrația netă ridicată, în special în rândul populației tinere.

Prezentare generală a fenomenului de îmbătrânire a populației din România

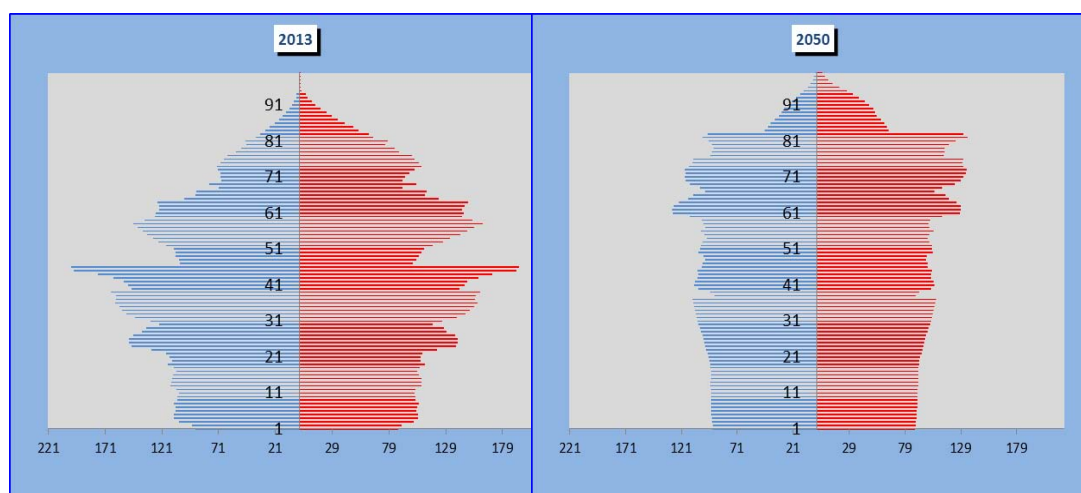
În următoarele patru decenii, România se va confrunța cu un fenomen fără precedent de îmbătrânire a populației sale. Scăderea ratei de fertilitate și creșterea speranței de viață vor crește în mod semnificativ proporția persoanelor vârstnice în populație și procentul cheltuielilor generate de îmbătrânirea populației în PIB, în special în ceea ce privește programele privind pensiile publice și serviciile de sănătate și de îngrijire de lungă durată.

⁴⁷ ASCHF-România (2010).

⁴⁸ Acest subiect este discutat pe larg în capitolul despre serviciile sociale.

⁴⁹ Potrivit estimărilor Eurostat referitoare la populație, se preconizează că populația activă profesional din România va scădea cu 40 de procente până în anul 2060. Se estimează că raportul de dependență a persoanelor în vârstă, cu alte cuvinte, raportul dintre numărul de persoane în vârstă (peste 65 de ani) și numărul de persoane active profesional (cu vârste cuprinse între 15 și 64 de ani) se va dubla în următoarele patru decenii.

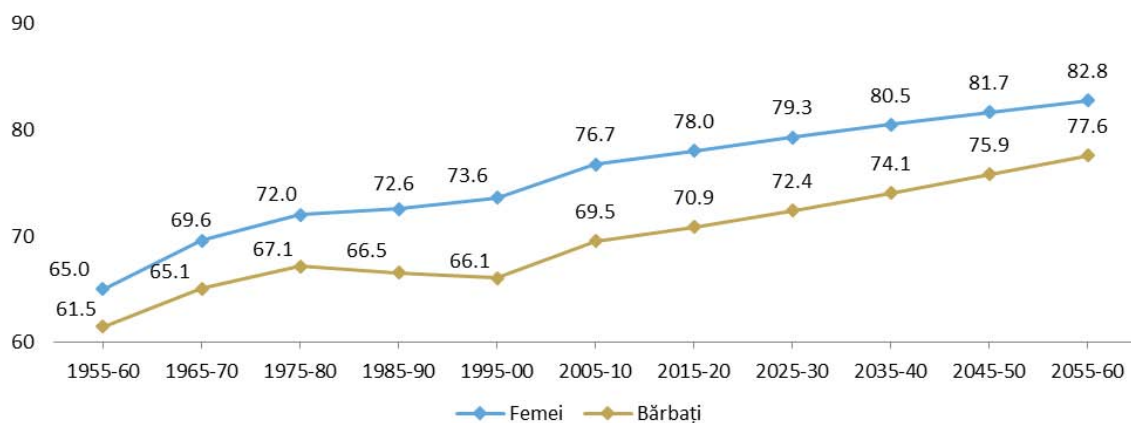
Figura 18: Structură în funcție de vârstă a populației României în 2013 și 2050



Sursa: Miglena Abels (2014) Document de bază.

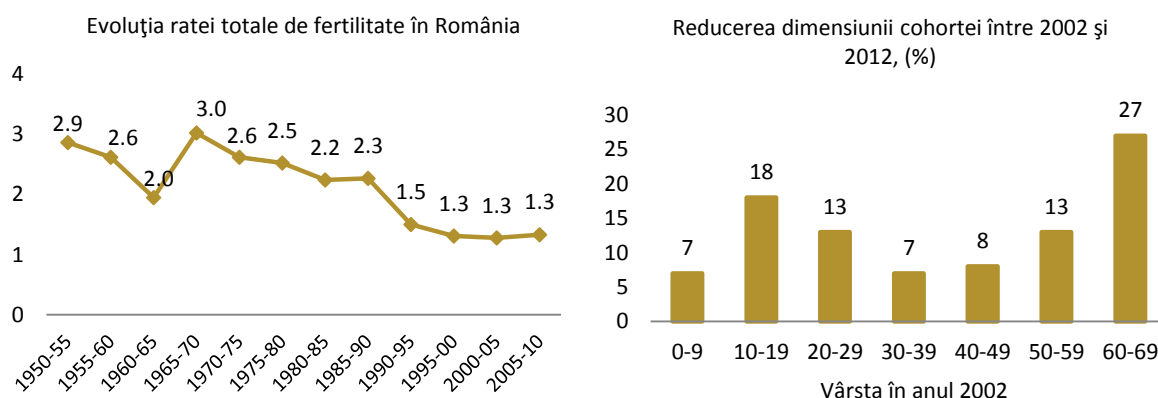
În România, durata medie de viață a crescut semnificativ în ultimii 60 de ani, speranța de viață la naștere crescând cu aproximativ 14 ani pentru femei și 10 ani pentru bărbați (Figura 19). În același timp, rata totală de fertilitate a scăzut de la 2,9 copii per femeie la sfârșitul anilor 1960 la 1,3 până la sfârșitul anilor 2000 (Figura 20). Îmbătrânirea populației din România este agravată de ratele mari de emigrare, în special în ultimul deceniu și mai ales printre tineri. Figura 20 prezintă reducerile procentuale în grupele de vârstă între 2002 și 2011, care subliniază tendința de emigrare în rândul persoanelor cu vârste sub 30 de ani. De exemplu, numai 80 la sută din populația cu vârste între 15 și 19 ani din 2002 a reapărut în recensământul din 2011.

Figura 19: Evoluția speranței de viață în România



Sursa: Miglena Abels (2014) Document de bază.

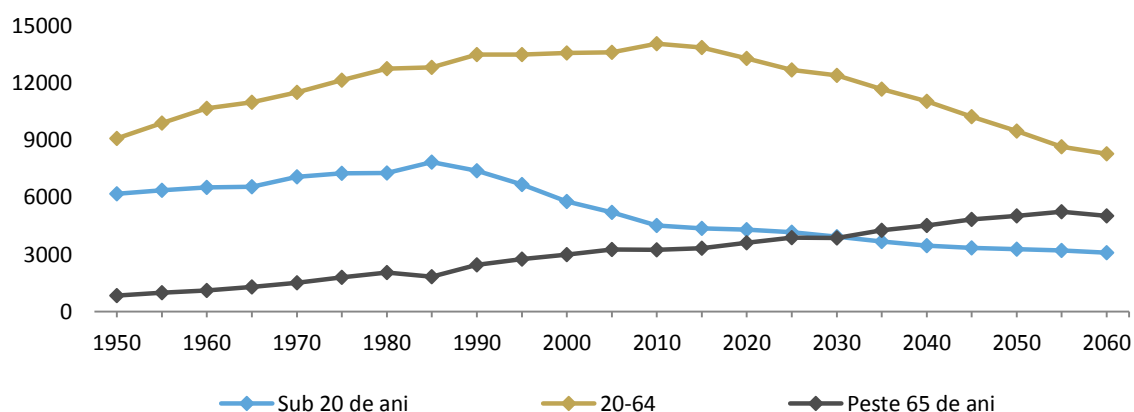
Figura 20: Evoluția ratei totale de fertilitate în România și efectul reducerii asupra dimensiunilor grupurilor între 2002 și 2011



Sursa: Miglena Abels (2014) Document de bază.

Este de așteptat ca până în 2030 să existe mai multe persoane în vârstă de peste 65 de ani decât persoane cu vârsta sub 20 de ani în România (Figura 21). Până în prezent, creșterea populației în vârstă de 65 de ani și peste a fost rezultatul creșterii speranței de viață și al numărului mai mare de persoane care ating această vârstă. Rata de fertilitate în scădere se reflectă în numărul redus de copii începând din 1980 și în scăderea dimensiunii populației active profesional începând din 2010. Este important de remarcat că previziunile privind populația nu pot fi foarte precise, în special în cazul în care perioada de previzionare acoperă decenii. De exemplu, estimarea migrației s-a dovedit a fi extrem de dificilă. Ratele de fertilitate se pot schimba și ele, deși orice modificări ar începe să influențeze rezultatele abia peste câteva decenii. Tendința prelungirii speranței de viață este deja bine înrădăcinată.

Figura 21: Numărul de persoane din diferite segmente de vârstă din 1960 până în 2060 (mii)

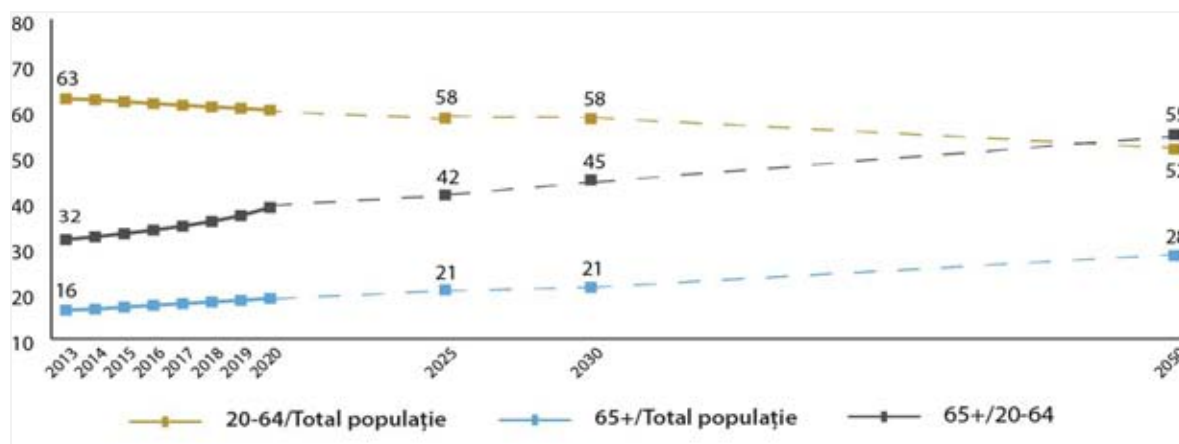


Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația, Revizuirea din 2012, pentru perioada 1950-2010. Proiecțiile demografice ale Uniunii Europene pentru perioada 2014-2050.

Conform previziunilor, România va cunoaște una dintre cele mai accelerate scăderi ale populației active profesional din Uniunea Europeană, iar această tendință probabil că va impune o povară grea asupra economiei. Proiecțiile privind populația ale Uniunii Europene arată că, până în 2050, numărul persoanelor cu vârste peste 65 de ani este preconizat să crească în mod dramatic și va reprezenta aproape 30 la sută din totalul populației în 2050. În același timp, populația activă profesional (cu vârste între 20 și 64 de ani) va scădea cu mai mult de 10 la sută ca și procent din totalul populației (vezi Figura 22). Ca urmare, rata de dependență a persoanelor vârstnice - definită ca raportul dintre persoanele cu vârste peste 65 de ani și populația activă profesional - se va dubla în următoarele patru decenii,

ajungând la 55 la sută în 2050. Pe perioada acoperită de această Strategie, rata de dependență a persoanelor vârstnice va crește de la aproximativ 22 la sută în 2014 la 33 la sută în 2020. Reducerea segmentului de populație care contribuie la producția economică ar putea avea ca rezultat o creștere mai mică a venitului pe cap de locuitor și ar putea limita perspectivele de creștere economică.

Figura 22: Modificări preconizate în componența pe vârste a societății române (%)



Sursa: Proiecțiile demografice ale Uniunii Europene.

Raportul de dependență demografică - definit ca raportul dintre persoanele mai tinere de 20 de ani și de peste 65 de ani și persoanele active profesional (cele cu vârsta cuprinsă între 20 și 64 de ani) - este preconizat să crească cu mai mult de 0,35 până în 2050, în creștere față de o rată redusă istoric de 0,60 în 2013. Aceste creșteri rapide a ratei de dependență va fi parțial determinată de creșterea accentuată a numărului de persoane în vârstă de peste 65 de ani ca pondere în totalul populației, după cum arată Tabel 24. Tranziția demografică preconizată va crește probabil presiunea fiscală pe bugetele publice, având în vedere că numărul crescut de persoane vârstnice va avea ca efect cheltuieli crescute pentru pensii, sănătate și servicii de îngrijire de lungă durată. Pe măsură ce creșterea economică este afectată și încasările din impozitul pe venit se reduc - rezultate probabile al scăderii populației active profesional - România va trebui să găsească soluții cu costuri mici pentru satisfacerea nevoilor în creștere ale unei populații vârstnice în expansiune. În absența unei reforme, tendința de îmbătrânire demografică poate să ducă la rate mai mari ale sărăciei, excluziunii sociale și dependenței în rândul persoanelor vârstnice.

Tabel 24: Tendințele raportului de dependență demografică și ponderea persoanelor în vârstă de 65+ ani în populație

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

Sursa: Proiecțiile demografice ale Uniunii Europene.

Dimensiunile etnice ale fenomenului de îmbătrânire a populației în România

Prin comparație cu aceste tendințe demografice de la nivel național, una dintre cele mai numeroase minorități din România, populația romă, este un grup tânăr, cu o creștere dinamică.⁵⁰ Aproximativ 613.000 de români, aproximativ 3,3 la sută din populație, au declarat că sunt de etnie romă la recensământul din 2011, ceea ce face ca romii să fie a doua mare minoritate etnică din România (după maghiari). Cu toate acestea, există preocupări cu privire la faptul că această cifră estimativă nu este corectă, din pricina unei subraportări semnificative. Experții estimează că numărul actual de romi este mult mai mare. Potrivit Consiliului Europei, populația romă din România în 2010 era cuprinsă între 1,2 milioane și 2,5 milioane (adică între 6,5 și 13,5 la sută din populația totală). Copiii și tinerii cu vârste între 0 și 14 ani – următoarea generație a celor intrați pe piața muncii – reprezintă aproape 40 de procente din populația romă totală, în comparație cu 15 procente din populația generală. Prin urmare, tendința demografică manifestată în rândul romilor constituie un contrast evident cu profilul populației generale a României, aceasta din urmă fiind caracterizată de o rată de îmbătrânire rapidă (Figura A 2). Speranța de viață în rândul minorității de etnie romă este considerabil mai scăzută decât în cadrul populației generale din România. Unii estimează diferențe de până la 6 ani, în timp ce alții au atras atenția asupra unei diferențe de 16 ani între vârsta medie de deces a romilor și cea a populației generale din România.⁵¹

Deoarece se preconizează că populația activă profesional din România va scădea, este de așteptat ca procentul minorității rome din România să crească. În funcție de care dintre estimările populației rome, menționate anterior, este utilizată, între 6 și 20 de procente din tineri sunt în prezent romi. Acest grup minoritar tinde să fie exclus de pe piața muncii și, dacă această situație continuă, populația angajată se va reduce și mai rapid decât sugerează proiecțiile demografice la nivel național. De aceea, asigurarea incluziunii minorității rome este esențială pentru dezvoltarea României. Creșterea ratei de ocupare a forței de muncă și a veniturilor romilor poate aduce beneficii economice considerabile, variind între 887 de milioane Euro și 2,9 miliarde Euro pe an, precum și beneficii fiscale suplimentare între 202 milioane Euro și 675 de milioane Euro pe an.⁵²

Dimensiunile regionale ale fenomenului de îmbătrânire a populației în România

Îmbătrânirea populației în România are un pronunțat caracter regional, așa cum este subliniat de distribuția inegală a populației vârstnice în țară (vezi partea stângă Figura A 3).⁵³ Acest proces inegal de îmbătrânire nu se traduce neapărat printr-o reducere regională proporțională a numărului de contribuabili sau prin creșterea proporțională a cheltuielilor aferente îmbătrânirii. De exemplu, zonele cu o „densitate mare de pensionari” prezentate în Figura A 3 (parte dreaptă) nu sunt întotdeauna identice cu cele în care ponderea populației în vârstă de 65 de ani și peste este cea mai mare. În timp ce cele două hărți din Figura A 3 prezintă o concentrare de persoane vârstnice și de pensionari în provinciile sudice, partea centrală și de vest a României are în mod semnificativ mai mulți pensionari decât ar sugera numărul de persoane vârstnice, în timp ce situația inversă se poate observa în zona de nord-est.

În continuare, analiza distribuției geografice a populației vârstnice subliniază diferențe clare în ceea ce privește compoziția pe vârste a populației, în funcție de gradul de urbanizare. Pentru aproximarea

⁵⁰ Această secțiune folosește informații din documentul Băncii Mondiale din 2014, „Viață lungă, activă și în forță: Promovarea îmbătrânirii active în România”.

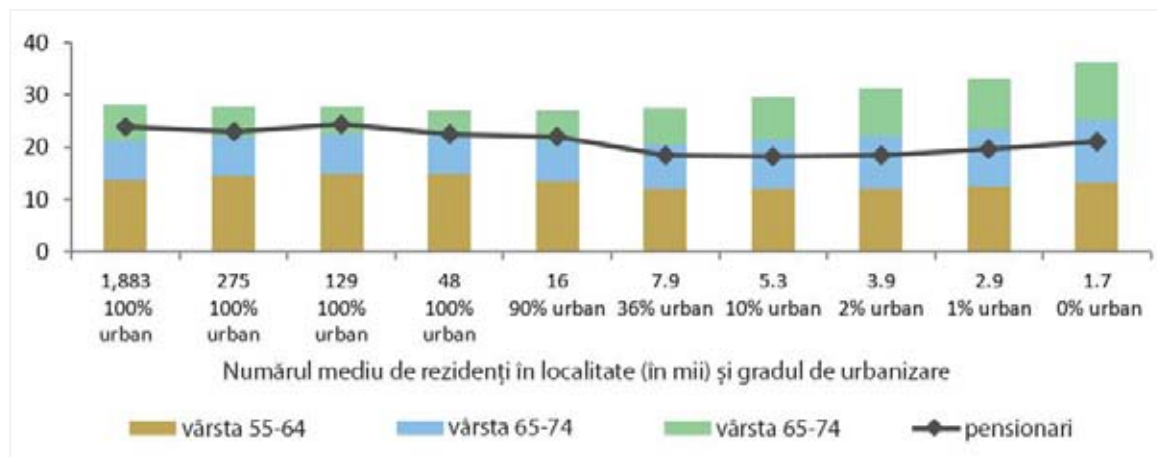
⁵¹ Banca Mondială (2014).

⁵² Banca Mondială (2014).

⁵³ Această secțiune folosește informații din documentul Băncii Mondiale din 2014, „Viață lungă, activă și în forță: Promovarea îmbătrânirii active în România”.

gradului de urbanizare, am grupat populația României în decile, în funcție de dimensiunea municipalității în care locuiește (a se vedea Figura 23). Coloana din extrema stângă reprezintă populația Bucureștiului, în timp ce coloana din extrema dreaptă reprezintă 10 la sută din populația României care trăiește în cele mai mici localități rurale, cu o medie de 1.700 de locuitori. Figura 23 arată că un procent între 12 și 15 procente din populația urbană are vârsta de peste 65 de ani, dar această proporție este mai mare (23 de procente) în cele mai mici comunități rurale. Totuși, aproape 25 la sută din populația urbană primește o pensie de asigurări sociale, comparativ cu numai 18 până la 20 la sută în zonele rurale. Deși ultima statistică este scăzută artificial datorită excluderii beneficiarilor de pensii de agricultor, având în vedere că începând cu anul 2000 nu mai există noi beneficiari, aceasta reprezintă tendința viitoare a sistemului de pensii în absența unei scheme de pensii de agricultor.

Figura 23: Proporția populației vârstnice în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație

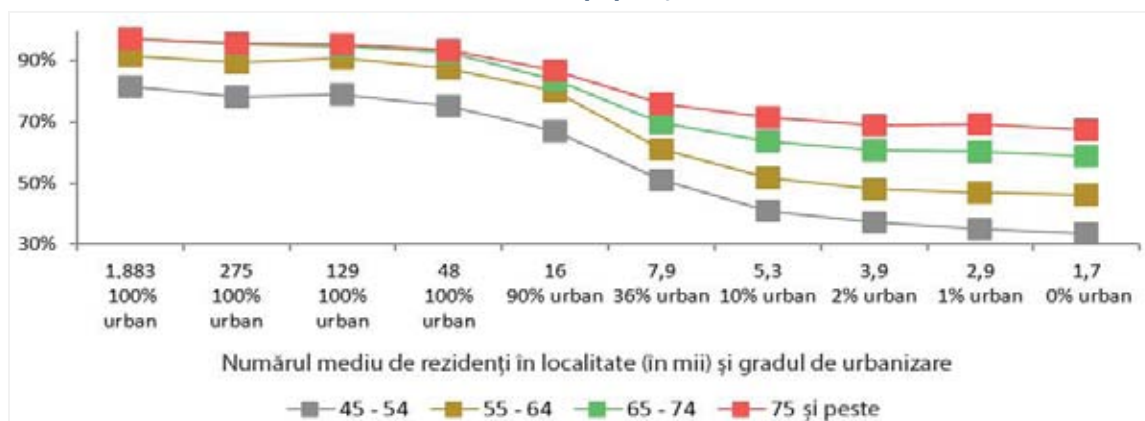


Sursa: Date Recensământ 2011.

Distribuția geografică inegală a îmbătrânirii populației și a acoperirii cu asigurări sociale va expune probabil, în viitor, multe persoane vârstnice din zonele rurale unui risc crescut de sărăcie la vârste înaintate. După cum indică Figura 24, acoperirea asigurărilor sociale în rândul populației urbane cu vârsta peste 65 de ani depășește 95 de procente. Pe de altă parte, acoperirea pensiei scade în rândul populației rurale mai în vârstă. În timp ce multe persoane vârstnice din mediul rural care nu beneficiază de schema de asigurări sociale generală se califică pentru a primi pensie de agricultor, acest lucru nu se aplică în cazul grupurilor rurale mai tinere, deoarece schema privind pensia de agricultor nu mai acceptă noi participanți. Deși populația rurală poate și trebuie să participe la sistemul public de pensii de tip PAYG („pay as you go”), alături de întreaga populație a României, un procent ridicat din populația rurală desfășoară activități agricole de subzistență - situate de obicei în afara economiei bazate pe fluxuri monetare. Ca urmare, deseori, micii agricultori care desfășoară activități independente nu pot plăti contribuțiile la sistemul de pensii, pierzându-și astfel dreptul la pensia de tip contributiv, care i-ar putea asigura împotriva riscului de sărăcie la vârste înaintate.

Dimensiunea provocării de a furniza servicii medico-sociale populației vârstnice rurale este chiar mai mare în cazul în care luăm în considerare distribuția geografică a celor mai în vârstă persoane. În ciuda speranței mai scăzute de viață în zonele rurale mai sărace, cea mai mare pondere a celor mai în vârstă persoane – cele cu vârsta de 75 de ani și peste – trăiesc tot în regiuni rurale. Până la 11 la sută din populațiile celor mai mici localități se află în acest interval de vârstă și mai mult de o treime dintre membrii acestora trăiesc singuri (Figura A 4). Această populație este extrem de vulnerabilă la sărăcie, excluziune și lipsa accesului la servicii de sănătate și îngrijire de lungă durată.

Figura 24: Acoperirea asigurării sociale pentru populația vârstnică în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație



Sursa: Date Recensământ 2011

Notă: Beneficiarii pensiei de agricultor, care nu mai este acordată din 2000, însă continuă să fie plătită dacă a fost acordată înainte de anul 2000, sunt excluși din analiză.

Diferențele mari ale ratelor de dependență în funcție de vârstă între comunitățile urbane și rurale (vezi Figura A 5) sunt cauzate în mare parte de migrație, iar o mare parte a acesteia este reprezentată de migrația internă datorată urbanizării. Este important ca factorii de decizie să realizeze că migrația, în special migrația internă către zonele urbane, este un produs natural al dezvoltării, în principal în beneficiul zonelor urbane. Acest fenomen este adesea încurajat în numele productivității crescute și al oportunităților de angajare pentru populația tânără și poate fi benefic din alte motive. Totuși, un raport mare de dependență în funcție de vârstă în localitățile rurale reprezintă adesea costul acestei dezvoltări economice, iar povara acestui fapt ar trebui distribuită între comunitățile urbane și rurale.

În România, sistemul de pensii joacă cel mai important rol în protejarea împotriva sărăciei la vârstă înaintate. Rata de incidență a sărăciei în rândul pensionarilor a fost relativ mare în perioada de tranziție din România din anii 1990. Totuși, aceasta a scăzut în mod semnificativ în timpul perioadei de puternică creștere economică, între 2000 și 2008. Sărăcia absolută, calculată pe baza metodologiei Băncii Mondiale, care ia în considerare necesitățile minime de bază ale unei gospodării, a scăzut de la 35,9 la sută în 2000 la aproximativ 5 la sută în 2008. În 2008, rata de incidență a sărăciei în cazul persoanelor cu vârsta de 65 de ani și peste, înainte de primirea oricărui tip de transfer, a rămas la 80,7 la sută. Totuși, transferurile de venit din sistemul de pensii au ridicat deasupra pragului sărăciei 61,9 la sută din populația vârstnică. Alte transferuri sociale au redus rata de incidență a sărăciei cu alte 2,6 puncte procentuale. În mod similar, în cazul persoanelor cu vârste între 50 și 64 de ani, transferurile de pensii au redus rata de incidență a sărăciei pre-transfer de 48,4 la sută cu 32,8 puncte procentuale, și alte transferuri sociale au redus-o cu 2,1 puncte procentuale. Această analiză indică în mod clar că scăderile substanțiale ale ratelor de înlocuire și/sau reducerile acoperirii sistemului de pensii ar putea crește semnificativ rata de incidență a sărăciei la vârste înaintate în România.⁵⁴

Nu se preconizează nicio creștere semnificativă a deficitului sistemului de pensii de tip PAYG în viitor (Figura A 6). Această situație se datorează, în principal, scăderii nivelului de acoperire a pensiei, în special în zonele rurale unde schema de tip pensie de agricultor nu mai acceptă noi participanți, și reducerii ratelor de înlocuire. Se preconizează că valoarea pensiei medii din cadrul Pilonului I și Pilonului II, combinate ca procent din salariile medii, va scădea cu mai mult de 15 puncte procentuale, reprezentând aproximativ 35 la sută din salariul mediu la finalul perioadei de simulare. Această scădere este cauzată de o indexare a pensiei mai puțin generoasă, astfel cum este prevăzut în lege începând din 2021, când valoarea punctului de pensie trebuie să fie majorată anual cu 100 la sută din rata inflației plus 45 la sută din creșterea reală a salariului mediu brut, realizat în anul precedent. În următorii nouă ani, procentul

⁵⁴ ILO (2011).

creșterii reale salariale, luate în considerare la calcularea valorilor pensiei, va fi redusă gradual cu 5 la sută pe an până în 2030, când valoarea punctului de pensie va crește doar în funcție de creșterea ratei inflației.

Scăderea preconizată a nivelului de acoperire a pensiei (vezi Tabel 25) va însemna că, în viitor, un număr mai mic de persoane vârstnice vor beneficia de pensie de tip contributiv pentru limită de vârstă, în special în zonele rurale ale țării. După cum s-a menționat anterior, sistemul de pensii a avut cel mai important efect asupra reducerii sărăciei la vârste înaintate în România. Ca urmare, orice scădere a nivelului de acoperire ar putea periclita grav șansele României de a atinge obiectivul său UE 2020 de a ridica 580.000 de persoane deasupra pragului sărăciei. Evoluția situației din zonele rurale ridică și întrebarea dacă riscul sărăciei la vârste înaintate va fi abordat de factorii de decizie pe termen mediu spre lung. Schimbările vor afecta în mod special femeile, din care 32 la sută depind în prezent de pensia de agricultor după ce au împlinit 65 de ani (numai 13 la sută din bărbații din această grupă de vârstă primesc în prezent pensia de agricultor). Pensiile universale pentru limită de vârstă, pensiile de agricultor restabilite sau programele larg extinse de asistență socială pentru zonele rurale par a fi singurele opțiuni viabile.

Tabel 25: Nivelul preconizat de acoperire a pensiei și rata preconizată de înlocuire (Pilonii I și II)

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

Sursa: Miglena Abels (2014) Document de bază.

Pe viitor, este de așteptat ca venitul mediu din pensii să crească în continuare, dar să scadă lent comparativ cu salariile. Reforma pensiilor din 2000 a consolidat legătura dintre contribuțiile plătite și pensiile primite, oferind lucrătorilor unele stimulente pentru a lucra o perioadă mai lungă. Reforma a intenționat să rezolve și dezechilibrele fiscale proiectate care se dezvoltă odată cu ratele de dependență în creștere rapidă. Factorii de decizie trebuie apreciați pentru că au realizat din timp că evoluțiile demografice necesită o acumulare a unui număr mai redus de drepturi de pensie. Aceasta, desigur, înseamnă că ratele de înlocuire vor scădea dacă perioadele de contribuție nu vor fi prelungite semnificativ. Chiar și în condițiile creșterii treptate proiectate a vârstelor de pensionare, este de așteptat ca ratele de înlocuire să scadă în timp, după cum se arată în Tabel 25. Este probabil că oamenii afectați de această schimbare vor prefera să muncească mai mult pentru a atenua scăderea relativă a veniturilor din pensie.

Această schimbare demografică va aduce o presiune fiscală ridicată asupra sistemului public de pensii, serviciilor de asistență medicală și îngrijirii de lungă durată, în timp ce impozitele pe veniturile din salarii vor crește. Se estimează că numărul persoanelor vârstnice va crește, atât în cifre absolute, cât și ca pondere din populația totală, având ca efect o cerere crescută de servicii de sănătate și îngrijire de lungă durată. Această situație ridică multe semne de întrebare referitoare la modul în care vor fi îndeplinite nevoile în creștere ale persoanelor vârstnice. În același timp, reducerea estimată a populației care contribuie la producția economică ar putea avea ca rezultat o creștere mai mică a venitului pe cap de locuitor și ar putea limita creșterea economică generală. În absența unei reforme, îmbătrânirea demografică a populației poate să ducă astfel la rate mai mari ale sărăciei, excluziunii sociale și dependenței în rândul persoanelor vârstnice.

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

- *Să asigure durate de viață sănătoasă mai mari și cariere îndelungate pentru populația vulnerabilă activă profesional.* Este probabil ca presiunile fiscale să ducă în viitor la o rată internă de rentabilitate scăzută în ceea ce privește contribuțiile la pensie, necesitând perioade și mai lungi de contribuție și niveluri de contribuție mai ridicate pentru a obține pensii adecvate. Aceasta poate să expună riscului de sărăcie o parte semnificativă din viitorii pensionari. În special femeile sunt vulnerabile, deoarece acestea au de obicei mai puțini ani de activitate remunerată și câștigă salarii mai mici (acumulând astfel drepturi mai mici la pensie). De asemenea, de multe ori supraviețuiesc partenerilor și ajung să trăiască singure și, ca rezultat, se confruntă cu costuri mai mari ale vieții și astfel sunt expuse riscului mai ridicat de sărăcie și excluziune socială. Pentru a rezolva această problemă, sugerăm ca guvernul să asigure furnizarea unui nivel adecvat al veniturilor din pensii acelor persoane vârstnice cu cariere formale scurte și venituri salariale scăzute, precum și persoanelor vârstnice care trăiesc singure. În plus, este vitală găsirea metodelor de a crește durata carierelor în sectorul formal și ocuparea forței de muncă și/sau a capacității de câștigare a veniturilor pentru grupurile vulnerabile.
- *Să analizeze politica privind pensiile sociale.* Acoperirea redusă a populației în vârstă de muncă de către sistemul de pensii, în special în zonele rurale va duce în final la un segment mare de persoane vârstnice care nu sunt eligibile pentru pensiile contributive și astfel sunt expuse riscului de sărăcie. La rândul său, aceasta va pune o puternică presiune pe programele de asistență socială. Altfel, există necesitatea de a extinde acoperirea sistemului de pensii și de a asigura un nivel adecvat al veniturilor pentru persoanele vârstnice care nu au dreptul la o pensie contributivă. Pentru a se pregăti pentru acest risc, guvernul ar trebui să ia în calcul analiza politicilor sale referitoare la pensiile sociale pentru persoanele vârstnice și identificarea surselor de finanțare pentru obligațiile legate de pensiile necontributive, care se așteaptă să crească rapid în viitor.
- *Să analizeze legislația legată de pensiile anticipate și viitoarea vârstă de pensionare.* Problemele referitoare la reducerea numărului de pensionari care beneficiază de pensie anticipată și la creșterea vârstei de pensionare sunt analizate în continuare și documentate adecvat la nivel național. Trebuie să fie implementate precondiții pentru implementarea acestor măsuri și să fie dezvoltate și adaptate programe care să pregătească această tranziție.

2.2.4. Protejarea consumatorilor săraci și vulnerabili împotriva creșterii tarifelor la electricitate

Consumatorii vulnerabili sunt cei care trăiesc în sărăcie din punct de vedere al veniturilor, precum și anumite grupuri (precum persoanele singure sau în vârstă) cu venituri scăzute spre medii. Guvernul a crescut gradual tarifele la gaz și electricitate pentru a le alinia la tarifele UE. Acest aspect mărește povara energetică asupra consumatorilor, în special asupra familiilor mai sărace.

Consumatorii săraci și cei cu venituri scăzute spre medii vor continua să primească prestații de asistență socială care vor acoperi o parte din costurile de încălzire pe timpul sezonului rece. Aceste măsuri curente de diminuare a costurilor includ creșterea nivelului programelor bazate pe evaluarea mijloacelor de trai (programul privind venitul minim garantat și alocația pentru susținerea familiei), plus asistența sezonieră prin programul de ajutoare pentru încălzirea locuinței. Ultimul program a fost modificat de curând pentru a acoperi consumatorii a căror unică opțiune de încălzire a locuințelor este electricitatea, pe lângă cei care folosesc lemne, gaze și sistemul de termoficare. Acest program va continua sub auspiciile viitorului program VMI.

Pe lângă subvenția pentru încălzire, direcționată către familiile cu venit mic care locuiesc în propriile locuințe, noul program consolidat VMI, bazat pe evaluarea mijloacelor de trai, va include o componentă referitoare la locuire, care vizează familiile care trăiesc în locuințe sociale. Acest ajutor pentru locuință, destinat beneficiarilor rezidenți în locuințe sociale, va acoperi costul chiriei suportate de aceștia și o parte din costurile cu încălzirea pentru a preveni problema persoanelor fără locuință, prin reducerea evacuărilor din locuințele sociale.

2.3. Servicii sociale

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

Obiective principale	Pagina
2.3.1. Încurajarea co-deciziei și a implicării beneficiarilor în acordarea serviciilor sociale	97
2.3.2. Îmbunătățirea procesului de evaluare a nevoilor și a sistemului de gestionare a informațiilor și asigurarea alinierii acestora la politicile și practicile decizionale locale	98
2.3.3. Îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale	100
2.3.4. Consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar	104
2.3.5. Crearea unor echipe comunitare de intervenție integrată	111
2.3.6. Dezvoltarea serviciilor sociale adresate categoriilor vulnerabile	120



2.3. Servicii sociale

În sensul Legii asistenței sociale nr. 292/2011 (art. 27 alin. 1), serviciile sociale reprezintă activitatea sau ansamblul de activități realizate pentru a răspunde nevoilor sociale, precum și celor speciale, individuale, familiale sau de grup, în vederea depășirii situațiilor de dificultate, a prevenirii și a combaterii riscului de excluziune socială, a promovării incluziunii sociale și a creșterii calității vieții.⁵⁵ Această secțiune vizează serviciile sociale din cadrul sistemului de asistență socială, având în vedere că celelalte tipuri de servicii (precum cele din sfera ocupării forței de muncă, a educației, a sănătății, a justiției și a locuirii) sunt dezbătute în alte capitole.

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

- Adoptarea legislației în baza căreia autoritățile publice locale trebuie să organizeze, să acorde și să finanțeze servicii sociale ca servicii de interes public local;⁵⁶
- Adoptarea legislației care prevede un pachet variat de instrumente de finanțare din fonduri publice, prin finanțare directă, dar și în sistem concurențial inclusiv către organizațiile private;⁵⁷
- Deplasarea ponderii tipurilor de programe inițiate de MMFPS în calitate de finanțator de la susținerea înființării/ reorganizării centrelor de zi/ rezidențiale (abordare exclusivă până în 1998), la cele pentru susținerea cheltuielilor curente de funcționare (în paralel cu finanțarea înființării de centre noi) ale acestora și în special către cele de formare de specialiști și plata salariilor;
- Adoptarea unui act normativ ce stabilește un mecanism de asigurare a calității serviciilor sociale;⁵⁸
- Adoptarea unui act normativ referitor la profesiile specifice domeniului social (precum profesia de asistent social și cea de psiholog, în 2004);
- Ratificarea Cartei Sociale Europene (1998), ce reglementează dreptul persoanei la servicii sociale calificate;

⁵⁵ Această definiție a serviciilor sociale concordă cu definiția cel mai des folosită la nivelul UE, aceea a „serviciilor sociale personale” (Munday, 2007:10). În România, serviciile sociale sunt servicii de interes general și se organizează în forme /structuri diverse, în funcție de activitățile desfășurate și de nevoile specifice ale fiecărei categorii de beneficiari (Legea 292/2011, art. 27 alin.2). Aceste servicii sunt oferite în diferite locații și cadre instituționale, cum ar fi la domiciliul persoanei, în centre de zi și structuri rezidențiale, fiind deservite de personal ce include asistenți sociali, îngrijitori, prestatori de servicii de asistență la domiciliu, terapeuți și cadre aferente creșelor.

⁵⁶ Inclusiv o secțiune separată în bugetele locale dedicată serviciilor sociale (1996) și serviciilor de protecție a copilului (1998); prima Lege privind bugetele locale (după 1989); înființarea serviciilor sociale ca servicii de interes public local (1996, 2001, prin Legea administrației publice locale); înființarea serviciilor de protecție a copilului în subordinea consiliilor județene, ca o responsabilitate inițial opțională (HG 1159/1996), iar mai apoi obligatorie (HG 205/1997); recunoașterea furnizorilor de servicii sociale ca furnizori de interes public local (2001); o mai mare responsabilizare a autorităților publice locale în ceea ce privește înființarea, organizarea și finanțarea serviciilor sociale (2001, 2003).

⁵⁷ Programe de subvenții (1998), finanțări (2005), concesiune și achiziții (2001, 2006, 2012).

⁵⁸ Standarde de calitate (2001, 2004, 2005 etc.), acreditarea furnizorilor de servicii (2004), inspecția socială a furnizorilor de servicii (2006).

- Adoptarea legislației privind funcționarea sistemului de asistență socială (în 2001, 2006 și 2011), care reglementează mecanismele de planificare strategică a măsurilor de asistență socială, ca răspuns rapid la schimbările economice, sociale, etc.

O rețea de servicii amplă, bine coordonată și integrată este necesară pentru a adresa cele mai persistente probleme sociale ale României, precum nutriția precară a copiilor, neglijarea și abuzul copiilor, părăsirea timpurie a școlii și slaba dezvoltare a programelor de educație timpurie a copilului. Printre aceste probleme putem include și șomajul tinerilor, serviciile medicale primare și preventive insuficiente, numărul mic al locuințelor sociale și lipsa serviciilor de sprijin menite să răspundă diferitelor nevoi (precum dizabilități, dependență de droguri și alcoolism, violență domestică, lipsa unui adăpost și nevoile foștilor deținuți). Sărăcia monetară adâncește și mai mult vulnerabilitățile, însă transferurile monetare izolate nu pot elimina actualele probleme sociale. Prestațiile sociale (atât în bani, cât și în natură) trebuie să ofere beneficiarilor un venit sigur și, prin urmare, orice reformă a sistemului va trebui să consolideze și să optimizeze acest tip de sprijin. Sprijinul financiar (transferurile monetare) este fundamental având în vedere nivelul ridicat al sărăciei și al lipsurilor materiale din România și riscul crescut prezentat de familiile cu membri tineri și copii, însă categoriile cele mai vulnerabile au nevoie și de servicii sociale create pentru a răspunde nevoilor lor specifice. Așadar, ar trebui dezvoltate pachete de sprijin acordate categoriilor celor mai vulnerabile, care să integreze prestațiile financiare și serviciile sociale în vederea promovării incluziunii cu succes a acestor persoane în societate.

Pe termen mediu, cererea de servicii sociale cel mai probabil va continua să crească, ținând cont de principalele tendințe demografice. Potrivit datelor Eurostat bazate pe Recensământul din 2011, România se află printre primele cinci state europene în care se înregistrează o scădere demografică datorată atât creșterii negative a populației, cât și migrației. Deși aproape jumătate din populație trăiește în mediul rural,⁵⁹ doar 24% dintre serviciile sociale sunt furnizate în aceste zone și doar 6% dintre subvențiile de la bugetul de stat acordate asociațiilor și fundațiilor (Legea nr. 34/1998) ajung la centrele din localitățile rurale. Îmbătrânirea populației rurale și pensia opțională pentru agricultori (2010), dar și plecarea la muncă în străinătate a tinerilor și a adulților se așteaptă să ducă la o creștere a cererii de servicii sociale din partea persoanelor vârstnice și a copiilor lăsați în țară de către părinți. În România, există încă o puternică tradiție a îngrijirii oferite în familie, cu toate că numărul mare al persoanelor active ce au plecat la muncă în străinătate face ca tot mai mulți copii și vârstnici să nu beneficieze de sprijin familial. În următorii ani, emigrarea (mai ales a femeilor) va avea, probabil, un impact și mai mare asupra cererii și ofertei de servicii de asistență socială.

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

Noua abordare ce trebuie promovată în următorii ani este una centrată pe familie și persoană, fiind totodată sustenabilă și fondată pe o viziune holistică asupra dezvoltării. Scopul acestei abordări este să încurajeze beneficiarii să folosească în mod creativ și inovator cunoștințele deținute de membrii comunității și resursele disponibile în mediul în care trăiesc pentru a-și acoperi nevoile socio-economice. Această abordare urmărește maximizarea potențialului uman și promovarea autonomiei și a implicării în procesul decizional. Pune, de asemenea, accent pe sprijin și servicii centrate pe persoană și familie,

⁵⁹ Potrivit noii clasificări NUTS (nomenclatorul comun al unităților teritoriale de statistică), România are două județe ce sunt predominant urbane (cu o populație rurală de sub 20%), 18 județe intermediare (cu o populație rurală între 20% și 50%) și 27 de județe ce sunt predominant rurale (cu o populație rurală de peste 50%).

integrate și bazate pe comunitate. Cu alte cuvinte, abordarea se concentrează pe siguranța și nevoile copiilor, tinerilor, adulților și persoanelor în vârstă aflate în situații vulnerabile în familiile și comunitățile lor și se bazează pe punctele forte ale familiilor în vederea obținerii celor mai bune rezultate. În concordanță cu această abordare, prezenta Strategie subliniază nevoia de servicii adecvate pentru toți, în special pentru persoanele sărace, cele vulnerabile și cele cu nevoi speciale, promovează serviciile integrate și comunitare în scopul asigurării unor intervenții durabile și recunoaște faptul că asistenții sociali, printre alți profesioniști, joacă un rol cheie în dezvoltarea capacității populației de a elimina cauzele și consecințele sărăciei și vulnerabilității lor.

Dezvoltarea serviciilor sociale trebuie încadrată într-o politică coerentă în baza unei abordări incluzive, create cu scopul de a sprijini persoanele în cadrul familiilor și comunităților, mai ales în contextul regionalizării și al descentralizării financiare și administrative.⁶⁰ În acest scop, Strategia identifică șase obiective principale: (1) încurajarea co-deciziei și a implicării beneficiarilor în acordarea serviciilor sociale; (2) îmbunătățirea procesului de evaluare a nevoilor și a sistemului de gestionare a informațiilor și asigurarea alinierii acestora la politicile și practicile decizionale locale; (3) îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale; (4) consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar; (5) crearea unor echipe comunitare de intervenție integrată, în special în comunitățile sărace și marginalizate; (6) dezvoltarea serviciilor adresate categoriilor vulnerabile, inclusiv copiilor și persoanelor cu dizabilități (inclusiv celor cu afecțiuni psihice), persoanelor vârstnice și altor categorii vulnerabile. Aceste obiective sunt dezbătute în secțiunile ce urmează.

2.3.1. Încurajarea co-deciziei și a implicării beneficiarilor în acordarea serviciilor sociale

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

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

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

⁶⁰ Serviciile sociale sunt înființate într-un sistem descentralizat (2003) și prin urmare nu sunt supuse procesului de descentralizare (2006). Așadar, este nevoie să se modifice Legea nr. 195/2006 privind descentralizarea. Creșterea capacității administrative de a asigura acces la servicii publice de calitate reprezintă un obiectiv general al Strategiei de consolidare a administrației publice 2014-2020 a guvernului (Obiectivul general IV, Anexa 1: 83-85, www.mdrap.ro/userfiles/consultari_publice/30_06_14/anexa1.doc). Strategia recomandă dezvoltarea standardelor de calitate și de cost pentru toate serviciile publice pentru ca acestea să devină mai eficiente și să beneficieze de o calitate mai bună. De asemenea, propune crearea unui pachet minim de servicii publice de bază pe care va trebui să îl ofere fiecare unitate administrativ teritorială, precum și un pachet opțional de servicii ce trebuie acordat de localitățile mai dezvoltate. Guvernul analizează la ora actuală alocările bugetare necesare pentru a atinge acest obiectiv.

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

2.3.2. Îmbunătățirea procesului de evaluare a nevoilor și a sistemului de gestionare a informațiilor și asigurarea alinierii acestora la politicile și practicile decizionale locale

În sectorul serviciilor sociale, procesul de evaluare a nevoilor și sistemele de gestionare a informațiilor sunt în continuare deficitare, fiind rareori folosite ca resurse pentru politicile și practicile decizionale locale.⁶¹ Unul dintre principalele obstacole pentru dezvoltarea și monitorizarea serviciilor sociale este lipsa de date referitoare la problemele sociale locale, în special la nevoile populației sărace și ale categoriilor vulnerabile, la serviciile disponibile și modalitățile de referire. Serviciile existente nu sunt evaluate periodic și, prin urmare, nu există informații care să ghideze responsabilii de politici sau managerii de programe în vederea realizării ajustărilor necesare. Serviciile sociale nu sunt oferite în baza unui plan transparent conectat la nevoile locale și regionale. Nu există o metodologie pentru realizarea evaluării nevoilor comunitare și a planificării strategice locale a serviciilor sociale, iar autoritățile locale nu dețin suficiente cunoștințe sau suficientă capacitate pentru a îndeplini aceste sarcini, mai ales în mediul rural și în comunitățile urbane mici. În consecință, în ultimul deceniu, serviciile sociale (inclusiv cele de prevenție) au fost, în general, gestionate de către autoritățile județene (prin Direcțiile Județene de Asistență Socială și Protecția Copilului sau DGASPC), nu de către comunitățile locale.

⁶¹ Legea nr. 292/2011 prevede responsabilitatea autorităților publice locale de a planifica contractarea serviciilor sociale în funcție de nevoile comunității, de a inventaria serviciile sociale existente și eficiența acestora, de a colabora cu furnizorii de servicii publice și privați pentru elaborarea criteriilor de furnizare a unor date legate de tipurile de servicii sociale ce urmează a fi contractate, de a cuprinde programul de contractare a serviciilor sociale în planurile lor de acțiune anuale și de a include fondurile necesare în bugetele locale.

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

Investiția într-un sistem electronic complex de asistență socială este esențială pentru planificarea, monitorizarea și evaluarea eficientă a prestațiilor și serviciilor de protecție socială. Acest gen de sistem electronic ar permite verificarea încrucișată automată a datelor din sfera asistenței sociale în toate bazele de date relevante. Sistemul electronic de asistență socială ar include: (i) o bază de date electronică a finanțelor publice, (ii) un registru agricol electronic, (iii) un registru electronic referitor la ocuparea forței de muncă și pensii, (iv) un registru civil electronic și (v) un registru național al furnizorilor de servicii sociale. Implementarea unui astfel de sistem la nivelul autorităților locale ar ajuta beneficiarii să acceseze informații, prestații și servicii, ar simplifica procedurile, ar evita suprapunerea schemelor, ar reduce costurile administrative și cele pentru beneficiari și ar reduce sau chiar ar preveni erorile, fraudele și corupția, respectând totodată dreptul clientului la protecția datelor și intimitate.⁶²

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

Tabel 26: Starea actuală a acțiunilor de dezvoltare necesare, 2014

Nevoia de dezvoltare	Starea actuală
Mecanisme de supraveghere – nivel macro	
Evaluarea nevoilor locale	Se face doar în cazuri izolate, în ciuda stipulării prin lege (în Legea asistenței sociale nr. 292/2011)
Cartografierea nevoilor	Se face doar în cazuri izolate. Nu există o metodologie, dar reprezintă o obligație ce revine autorităților locale, conform legii.
Cartografierea serviciilor existente	Se face doar în cazuri izolate. Nu există o metodologie, dar reprezintă o obligație ce revine autorităților locale, conform legii.
Sistem informațional integrat la nivel național	Încă deficitar. Există o bază de date comună cu furnizorii de servicii acreditați. S-a accesat un împrumut al Băncii Mondiale pentru dezvoltarea e-asistenței.
Mecanisme de supraveghere – nivel micro	
Evaluarea nevoilor individuale	În cazul persoanelor cu dizabilități, evaluarea este foarte „medicalizată”. Metodologia de evaluare se află în curs de revizuire, cu sprijinul Băncii Mondiale /finanțare din partea guvernului japonez. În cazul altor categorii vulnerabile, evaluarea este slab dezvoltată.
Managementul de caz	Slab dezvoltat, mai ales în comunitățile mai mici. Mai bine organizat, dar necesită îmbunătățiri în cazul copiilor aflați în grija statului. Aproape absent în cazul adulților cu dizabilități. Este o obligație ce revine autorităților locale, conform legii.
Referirea către servicii	În cazul categoriilor celor mai vulnerabile, sistemul de referire este slab dezvoltat sau complet absent. Asistenții sociali ai SPAS nu cunosc serviciile specializate existente la nivel județean și, prin urmare, nu pot îndruma beneficiarii într-un mod informat. Sistemul de referire a persoanelor cu dizabilități este învechit. În lipsa unei hărți a serviciilor existente, comisiile de referire nu cunosc rețeaua de servicii disponibilă la nivel local. În plus, persoanele cu dizabilități parcurg un proces special de referire în România după ce sunt încadrate în grad de

⁶² Acordul de Parteneriat cu România pentru perioada de programare 2014-2020 – al doilea proiect.

	handicap. În general, membrii comisiei nu sunt pregătiți corespunzător și nu beneficiază de formare continuă.
Proceduri de licențiere /acreditare	
Proceduri de licențiere /acreditare	Procesul de licențiere și acreditare a fost modificat în 2013. În prezent, se realizează o nouă reformă a acestuia.
Standarde de calitate	Depășite. Nevoie puternică de revizuire și modernizare, mai ales în cazul serviciilor pentru adulți.
Proceduri de contractare și finanțare a furnizorilor de servicii	
Contractare (autorități naționale sau locale)	Procedura nu este încă prevăzută clar în legislație. La ora actuală, se fac demersuri consistente de advocacy la nivel național în favoarea acestei proceduri.
Proceduri de finanțare (incluzând toate tipurile de mecanisme de finanțare)	Opțiuni puține, bugete mici la nivel local și național și lipsa costurilor unitare pentru bugetarea și dezvoltarea noilor (și actualelor) servicii. Cele câteva costuri unitare existente nu sunt actuale și trebuie revizuite, mai ales în cazul serviciilor pentru adulți.
Monitorizare și evaluare	
Monitorizare	Nu există profesioniști în domeniu, în ciuda obligației de monitorizare prevăzute prin lege.
Proceduri de evaluare	Nu există profesioniști în domeniu, în ciuda obligației prevăzute prin lege de a evalua periodic serviciile.

2.3.3. Îmbunătățirea finanțării serviciilor sociale

Această secțiune are la bază o analiză a datelor incluse în Sistemul European de Statistici Integrate privind Protecția Socială (pe scurt ESSPROS).⁶³

Demersurile din sfera protecției sociale ale României se numără încă printre cele mai slabe din Uniunea Europeană, în ciuda disponibilității crescute a fondurilor. Cheltuielile cu protecția socială⁶⁴ ca procent din PIB sunt mult mai mici în România decât în țările europene dezvoltate, atât la nivelul prestațiilor financiare, cât și al celor în natură (bunuri și servicii) (vezi Figura 25:). În România, cheltuielile cu prestațiile financiare au urmat tendința europeană, mai precis au crescut în perioada crizei financiare globale, în timp ce serviciilor li s-au alocat constant aproximativ 4-5 procente din PIB-ul României față de media UE-28 de 8-10 procente (peste 10% în UE-15, cu o tendință de creștere după 2008).⁶⁵

Fondurile totale alocate serviciilor sociale (din toate sursele de finanțare) au fost în permanență reduse. În termeni absoluți, alocarea bugetară totală aferentă serviciilor sociale (prestațiilor în natură) a crescut de la aproximativ 300 SPC⁶⁶ la 573 SPC pe cap de locuitor, între 2003 și 2011. Chiar și așa, aceasta este

⁶³ Date accesate la 29 august 2014. ESSPROS cuprinde date administrative naționale referitoare la cheltuielile cu protecția socială, incluzând transferurile monetare și prestațiile în natură (bunuri și servicii), colectate folosind o metodologie ce permite realizarea unor comparații coerente între țările europene.

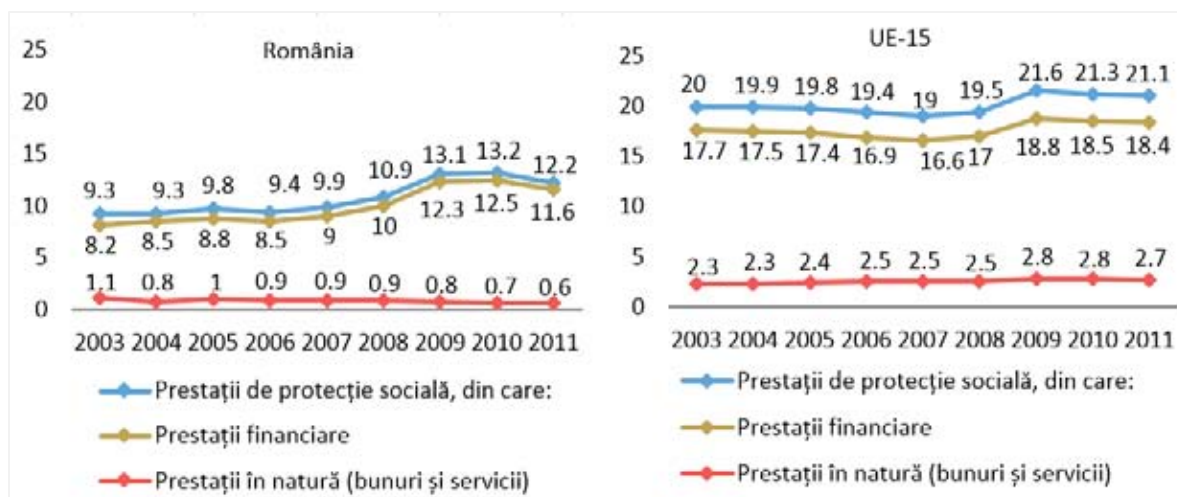
⁶⁴ Protecția socială cuprinde toate intervențiile organismelor publice sau private menite să elibereze gospodăriile și persoanele fizice de povara unui set de opt riscuri sau nevoi, cu condiția să nu existe un acord reciproc sau individual simultan. Cele opt riscuri (sau nevoi) includ: (1) boală, îngrijire medicală; (2) dizabilitate; (3) bătrânețe; (4) pierderea unui membru al familiei; (5) copii și familii; (6) șomaj; (7) locuire; (8) excluderea socială ce nu intră în alte categorii, precum reabilitarea persoanelor dependente de substanțe. Prestațiile financiare includ plăți în numerar efectuate persoanelor asistate și rambursarea cheltuielilor efectuate de aceste persoane. Prestațiile în natură se referă la bunurile și serviciile acordate direct persoanelor asistate. (Eurostat, Manualul ESSPROS, 2011: 9).

⁶⁵ Serviciile în natură reprezintă tot mai des instrumentul preferat al guvernelor OCDE. În ultimii 20 de ani, cheltuielile totale cu serviciile sociale au crescut constant, în timp ce cheltuielile cu transferurile monetare au stagnat. În țările OCDE, sunt șanse ca cheltuielile cu serviciile sociale să continue să crească în contextul actualei crize globale pe măsură ce crește gradul de utilizare a serviciilor sociale de primă necesitate. (Richardson și Patana, 2012: 3).

⁶⁶ Standardul puterii de cumpărare.

foarte mică comparativ cu media UE-28 de aproape 2.500 SPC pe cap de locuitor sau cu cea de peste 2.800 SPC pe cap de locuitor din țările UE-15.

Figura 25: Cheltuielile cu protecția socială, în funcție de tip, 2000-2011



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Eurostat, ESSPROS, accesate la 29 august 2014.

Notă: *Prestații în natură (bunuri și servicii) altele decât asistența medicală.

Peste 85% dintre cheltuielile totale ale României cu prestațiile în natură intră în sfera asistenței medicale (bunuri și servicii în domeniul prevenției, tratării sau reabilitării).⁶⁷ Astfel, în 2011, doar aproximativ 0,6% din PIB a fost alocat serviciilor sociale altele decât cele medicale, inclusiv serviciilor destinate să protejeze populația împotriva unor riscuri sau nevoi legate de bătrânețe, copii și familii, locuire, pierderea unui membru al familiei, dizabilitate, șomaj sau excluziune socială (de exemplu, reabilitarea persoanelor alcoolice și a celor dependente de droguri). În România, serviciile sociale altele decât cele medicale beneficiază de o alocare totală din toate sursele de finanțare de aproximativ 84 SPC pe cap de locuitor (comparativ cu media UE-28 de 664 SPC pe cap de locuitor și cu media UE-15 de peste 764 SPC pe cap de locuitor, în 2011).

Cea mai mare parte a cheltuielilor cu serviciile sociale (altele decât cele medicale) vizează protecția populației împotriva unor riscuri sau nevoi ce afectează copiii și familiile, dar și persoanele cu dizabilități. Toate aceste riscuri au fost în permanență subfinanțate. Din Figura 26 reiese că, în România, cheltuielile reduse aferente prestațiilor în natură au restrâns spectrul serviciilor. Având în vedere principalele tendințe demografice cu care se va confrunta România în următorii ani, guvernul trebuie să acorde mai multă atenție și să aloce bugete mai consistente riscurilor și nevoilor asociate bătrâneții. În plus, serviciile din sectorul locuințelor sociale beneficiază în România de bugete extrem de mici în comparație cu alte țări europene.⁶⁸

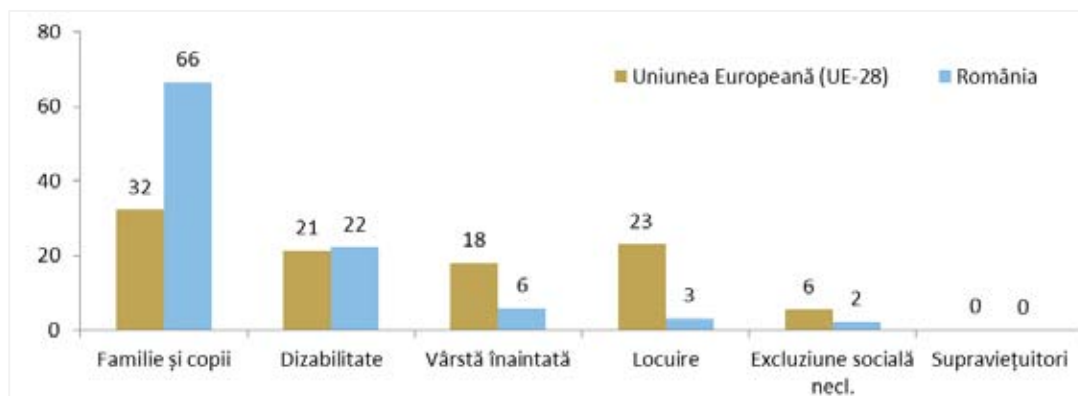
Finanțarea serviciilor (și a bunurilor) adresate persoanelor cu dizabilități a cunoscut o diminuare în ultimii ani, atât ca procent din PIB, cât și ca SPC pe cap de locuitor. Acest lucru se observă în special în cazul ajutorului acordat pentru realizarea activităților cotidiene (asistență la domiciliu).⁶⁹ Tendința este cu totul îngrijorătoare din perspectiva obiectivului național de dezinstituționalizare a îngrijirilor și de trecere la îngrijiri de tip familial pentru persoanele cu dizabilități.

⁶⁷ Ca o comparație, proporția cheltuielilor aferente cazurilor de boală/îngrijire medicală în totalul cheltuielilor cu prestațiile în natură a fost de 73% în țările UE-28 în 2011. Mai mult, între 2005 și 2011, această proporție a crescut în România de la 77,3% la 86,7%, în timp ce în statele europene dezvoltate (UE-15) a rămas la un nivel constant, respectiv 73-74%.

⁶⁸ În 2011, serviciile din sectorul locuințelor sociale au beneficiat în România de o alocare bugetară de 2,66 SPC pe cap de locuitor comparativ cu media UE-28 de peste 145 SPC pe cap de locuitor.

⁶⁹ Între 2003 și 2011, alocarea aferentă asistenței la domiciliu pentru persoanele cu dizabilități a scăzut de la 0,2% la 0,1% din PIB și de la 15,3 SPC la sub 7 SPC pe cap de locuitor. Prin contrast, cheltuielile cu îngrijirile de tip rezidențial acordate persoanelor cu dizabilități au crescut ușor de la 5,8 la 8,6 SPC pe cap de locuitor.

Figura 26: Structura cheltuielilor cu serviciile sociale personale altele decât cele medicale, 2011 (%)



Sursa: Eurostat, ESSPROS, date accesate la 29 august 2014.

Note: Datele se referă la prestațiile în natură din toate schemele, inclusiv la îngrijirile de tip rezidențial, asistența la domiciliu, reabilitare, centrele de zi pentru copii, ajutorul de deces, locuințele sociale și alte prestații în natură. Excluziunea socială necl.⁷⁰ – include servicii ce nu se încadrează în celelalte categorii.

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

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

DGASPC, finanțate de bugetul de stat și consiliile județene,⁷¹ constituie principalii furnizori de servicii sociale specializate și, totodată, principalii contractanți de servicii sociale. În unele județe, DGASPC întâmpină dificultăți financiare, mai ales la nivelul acordării de servicii persoanelor cu dizabilități și vârstnicilor, din cauza reducerii finanțării extrabugetare (cum ar fi donații și sponsorizări).⁷² Furnizorii neguvernamentali de servicii sociale se confruntă, la rândul lor, cu o serie de provocări majore deoarece fondurile disponibile acestei categorii de furnizori sunt în scădere, nesustenabile și imprevizibile. Mecanismele de finanțare cheie pe care le au la dispoziție ONG-urile sunt subvențiile (de la bugetul central) și finanțările din bugetele autorităților locale.

Cadrul de finanțare necesită, de asemenea, îmbunătățiri pentru a asigura sustenabilitatea finanțării serviciilor sociale. Acest cadru deține un rol critic în reglementarea cererii și ofertei de servicii sociale și reprezintă unul dintre instrumentele cheie de politică publică pentru asigurarea disponibilității, cost eficienței și calității serviciilor sociale. Cercetarea calitativă realizată în scopul raportului de față relevă faptul că autoritățile locale și cele județene prezintă o oarecare reticență în ceea ce privește dezvoltarea

⁷⁰ Neclasificată altundeva.

⁷¹ Conform legii, DGASPC sunt finanțate în proporție de 75% de la bugetul de stat și 25% din bugetele județene și locale (prin consiliile județene). În realitate, proporția fondurilor provenite din bugetul județean variază semnificativ în funcție de județ.

⁷² MMFPS și SERA România (2012).

serviciilor sociale chiar și atunci când există fonduri, din cauza lipsei unui cadru de finanțare adecvat care să le protejeze împotriva eventualelor acuzații de fraudă în cadrul inspecțiilor realizate de Curtea de Conturi a României. Achiziționarea (și concesiunea) serviciilor sociale nu este încă reglementată corespunzător la nivel național și nu există nici mecanisme eficiente de monitorizare și evaluare. Din acest motiv, autoritățile fiscale recurg adesea la interpretări diferite ale legislației referitoare la concesiunea serviciilor sociale furnizorilor din sectorul non-profit. În consecință, autoritățile locale din multe județe au devenit reținute în a contracta aceste servicii de la furnizorii privați, în ciuda capacității lor limitate de a acorda toate serviciile necesare.

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

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

- *Mecanismele și procedurile de finanțare* trebuie definitive, mai ales în contextul descentralizării. Principalul obiectiv ar trebui să fie acela de a direcționa mai multe resurse către serviciile comunitare adresate familiilor cu risc și îngrijirilor alternative de tip familial. În același timp, actualele proceduri de colectare și utilizare a donațiilor și sponsorizărilor de către instituțiile publice sunt destul de greoaie și trebuie simplificate.
- *Mecanismele de finanțare din diferite sectoare* (precum sănătate, educație, locuire și ocupare) trebuie coordonate și armonizate mai bine pentru a încuraja și a susține dezvoltarea serviciilor integrate.
- *Îmbunătățirea, creșterea transparenței și diseminarea procedurilor de contractare a serviciilor sociale* de la furnizorii neguvernamentali și privați reprezintă priorități. În cazul serviciilor sociale pentru care există un set de indicatori de performanță agreeți, responsabilii de politici ar putea lua în considerare posibilitatea adoptării unui model de contractare orientat spre realizări, cu plăți eșalonate. Procedurile de concesiune a serviciilor sociale ar trebui să țină seama de rezultatele evaluărilor nevoilor locale și de prioritizarea serviciilor sociale.
- *Îmbunătățirea metodologiei de stabilire a costurilor și a procedurilor pentru serviciile sociale* constituie o prioritate. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV) a stabilit costuri standard pentru serviciile sociale (HG 23/2010). Cu toate acestea, un studiu din 2012 relevă faptul că, deși 94% dintre DGASPC aplică aceste costuri standard, 93% dintre ele consideră că acestea trebuie revizuite și modificate.⁷³ Furnizorii de servicii sociale (mai ales ONG-urile, dar nu numai) sunt de părere că actualele costuri standard nu sunt corecte și realiste deoarece sunt calculate ca și costuri medii, puternic influențate de costurile instituțiilor mari de tip rezidențial, fără o referire directă la standardele de îngrijire. Din acest motiv, este extrem de important să se stabilească o metodologie și proceduri mai performante în vederea determinării costurilor standard pentru serviciile sociale, mai ales în cazul adulților și persoanelor vârstnice.

Pentru a garanta dezvoltarea cu succes a sectorului, va fi fundamental ca guvernul să asigure fonduri adecvate, în paralel cu finanțarea acordată de diferite organisme europene.⁷⁴

⁷³ MMFPS și SERA România (2012).

⁷⁴ În 2011, Social Services Europe, un consorțiu al furnizorilor non-profit de servicii sociale din Europa, a recomandat Comisiei Europene să nu permită statelor sale membre să înlocuiască actuala finanțare durabilă a serviciilor de bază cu finanțări de la Fondul Social European (FSE), astfel încât să se asigure continuitatea acordării de servicii și a activităților de bază ale beneficiarilor.

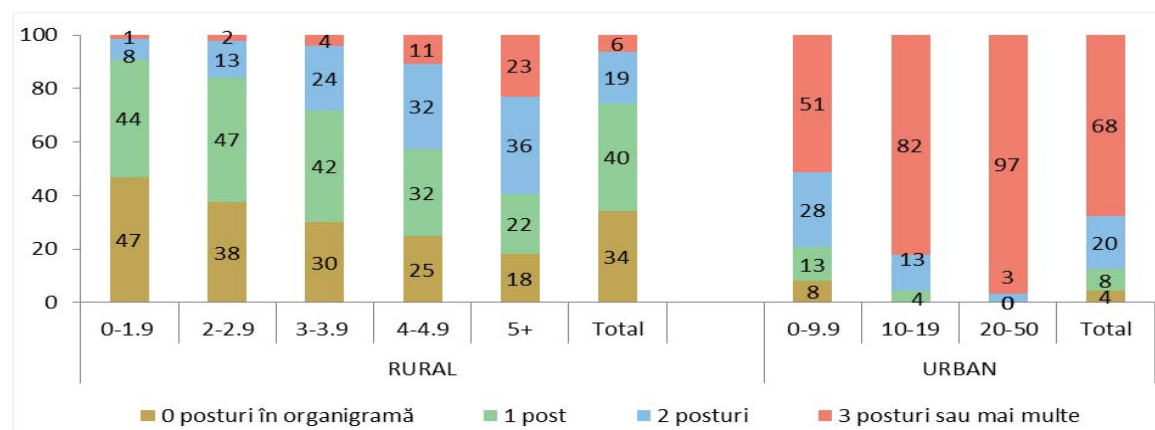
2.3.4. Consolidarea și îmbunătățirea asistenței sociale la nivel comunitar

În mai 2014, Banca Mondială a realizat un studiu al serviciilor publice de asistență socială (SPAS) în toate orașele și comunitățile rurale din România, ce a stat la baza acestei Strategii. Scopul studiului a fost acela de a contabiliza angajații autorităților locale cu atribuții în domeniul asistenței sociale. Chestionarul a fost completat de 3.014 de localități din 3.180, cu o rată de completare de 95% (vezi și Anexe: Metodologia recensământului privind serviciile de asistență socială la nivelul comunității).⁷⁵

Conform legii (292/2011), autoritățile locale au obligația de a înființa servicii publice de asistență socială, care răspund de punerea în practică a politicilor și a strategiilor din domeniul asistenței sociale, precum și de furnizarea serviciilor în comunitate. SPAS identifică nevoile comunității, acordă servicii adecvate categoriilor vulnerabile și dezvoltă servicii de prevenție și de informare pentru a crește gradul de conștientizare a populației cu privire la riscurile și problemele sociale. Se așteaptă ca asistenții sociali din cadrul SPAS, în colaborare cu profesioniștii de la DGASPC, să monitorizeze situația tuturor copiilor și a adulților ce trăiesc în sărăcie sau situații vulnerabile în comunitățile lor. Cu toate acestea, nu există în prezent nicio metodologie care să ghideze colaborarea dintre SPAS și DGASPC, însă guvernul lucrează la elaborarea unui astfel de document.

Mai sunt încă multe autorități locale care nu s-au conformat cerinței legislative de a înființa SPAS, mai ales în comunitățile rurale mai mici. Deși s-au înregistrat unele progrese în ultimii ani,⁷⁶ în 2014, peste o treime (34%) dintre administrațiile publice locale din mediul rural și 8% din cele situate în orașele foarte mici (cu sub 10.000 de locuitori) nu înființaseră un SPAS, ci au adăugat atribuțiile respective în fișa postului personalului existent (Figura 27).⁷⁷ Acest procent variază semnificativ, de la 47% dintre comunele mici (cele cu sub 2.000 de locuitori) până la 18% dintre comunele mari (cu minim 5.000 de locuitori). Practic, toate autoritățile locale din orașele cu peste 10.000 de locuitori au înființat un SPAS.

Figura 27: Atribuțiile de asistență socială incluse în organigrama localităților rurale și urbane, în funcție de populație (mii locuitori) și numărul de posturi



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

⁷⁵ Municipiul București nu a fost inclus în analiză. Din cauza non-răspunsurilor parțiale, orașele cu minim 50.000 de locuitori (40 la număr) au fost, de asemenea, excluse. Astfel, analiza prezentată în această secțiune cuprinde 279 de orașe cu mai puțin de 50.000 de locuitori și 2.861 de comune, adică un total de 3.140 de autorități locale.

⁷⁶ Studiile anterioare au relevat faptul că, în 2011, aproape 45% dintre administrațiile publice locale din mediul rural nu înființaseră serviciile necesare. Mai mult, la nivelul SPAS, doar 30% erau acreditate ca furnizori de servicii sociale, 70% dintre ele neîndeplinind standardele necesare pentru a obține acreditarea (MMFPS și SERA România, 2012).

⁷⁷ În realitate, din cauza posturilor vacante, proporția autorităților locale fără SPAS crește la 38% în mediul rural (variind între 52% dintre comunele mici și 21% dintre cele mari) și la 9% în orașele foarte mici.

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

O altă constrângere cu care se confruntă autoritățile locale în ceea ce privește reținerea și recrutarea forței de lucru specializate în domeniul asistenței sociale o constituie salariile foarte mici cu care sunt plătiți asistenții sociali. Salariul mediu net lunar din sectorul sănătății și al asistenței sociale reprezintă doar 87% din salariul mediu pe economie (Tabel 27). Având în vedere că salariile din sectorul medical sunt aproape duble față de cele din domeniul asistenței sociale, rezultă că salariile asistenților sociali sunt foarte scăzute.

Tabel 27: Veniturile salariale nete în sectorul sănătății și al asistenței sociale în România

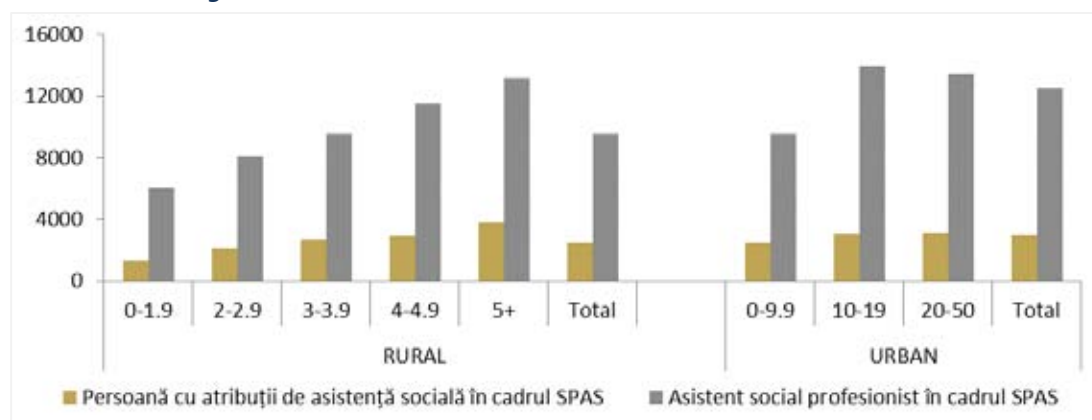
	2008	2009	2010	2011	2012
Salariul mediu net lunar la nivel național (nominal, RON)	1.309	1.361	1.391	1.444	1.507
Sănătate și asistență socială nominal, RON	1.266	1.342	1.226	1.210	1.315
% salariul mediu lunar la nivel național	97	99	88	84	87

Sursa: Tempo-Online, Institutul Național de Statistică.

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

Numărul de locuitori la un asistent social este foarte ridicat în România, mai ales raportul dintre locuitori și asistenții sociali cu pregătire profesională. În România, activează aproape 6.000 de asistenți sociali (din care, aproape 4.125 sunt înregistrați în Colegiul Național al Asistenților Sociali)⁷⁸ la o populație totală de 20,1 milioane de locuitori, ceea ce înseamnă un raport de 3.350 de locuitori la un asistent social, mult mai mult decât raportul din alte state europene, precum Suedia (1 la 300), Marea Britanie (1 la 600) sau Italia (1 la 1.600).⁷⁹ Numărul locuitorilor la un asistent social este chiar mai mare dacă sunt luați în calcul doar asistenții sociali ai serviciilor publice de asistență socială (SPAS) (Figura 28). Recensământul SPAS realizat de Banca Mondială indică faptul că acest raport variază între aproximativ 6.000 și peste 13.000 de locuitori la un profesionist din cadrul SPAS în mediul rural și comunitățile urbane mici. Când se ia în calcul întregul personal cu atribuții în domeniul asistenței sociale, raportul mediu scade la aproape 2.500 de locuitori în mediul rural și la aproximativ 3.000 în orașele mici.

Figura 28: Numărul de locuitori (mii locuitori) la un asistent social



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

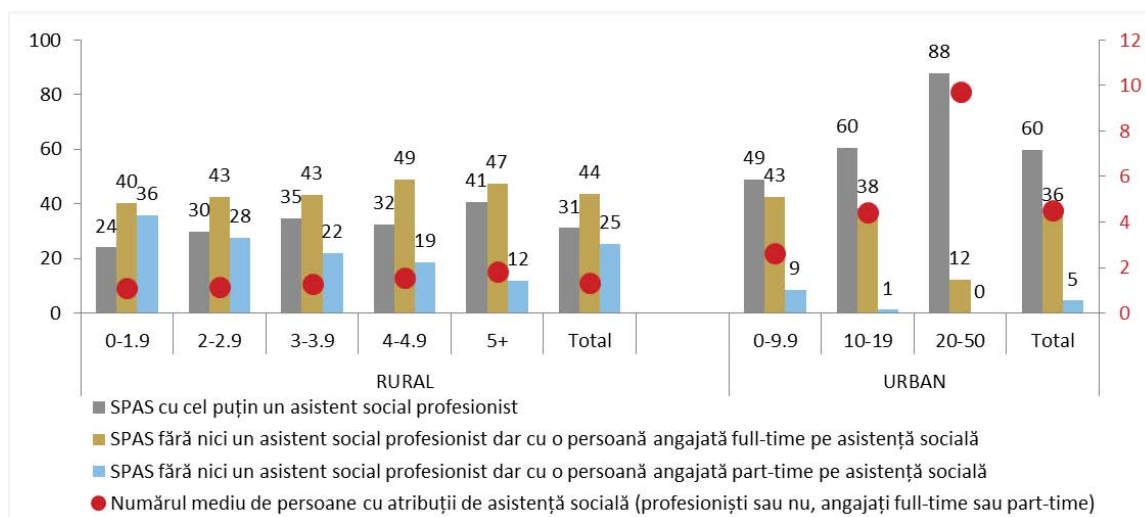
⁷⁸ <http://www.cnasr.ro/?modul=stiri&CID=14&pg=42&key=>

⁷⁹ Campanini et al (2010) în Preda (2011).

Serviciile publice de asistență socială se confruntă cu o lipsă acută de personal în zonele rurale și comunitățile urbane mici. Figura 29 ilustrează faptul că, în majoritatea comunităților rurale, există doar unul sau doi angajați cu atribuții în domeniul asistenței sociale (și foarte puțini asistenți sociali profesioniști) ce răspund nevoilor unei populații care, de obicei, este răspândită în mai multe sate (între 2 și 40), adesea situate la mulți kilometri distanță unele de altele.⁸⁰

Figura 29: Personalul din domeniul asistenței sociale la nivelul SPAS

(mii locuitori)



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

În comunitățile urbane mici (cu mai puțin de 20.000 de locuitori), SPAS includ, în mod normal, un asistent social profesionist și alte două sau trei persoane cu atribuții în domeniul asistenței sociale. În orașele mai mari, SPAS dețin, de obicei, mai mulți angajați. În mediul urban, inclusiv în orașele mari cu peste 50.000 de locuitori, numărul mediu al angajaților crește până la 25 pe SPAS. În realitate, în toate orașele mari, SPAS cuprind și un spectru larg de servicii sociale, cum sunt cantinele sociale, centrele de zi, adăposturile pentru persoanele fără adăpost și locuințele sociale. De exemplu, dintre cele 149 de cantine sociale raportate de MMFPSPV în decembrie 2013, 137 erau gestionate de SPAS din mediul urban, aproape toate fiind situate în orașele mijlocii sau mari (cele cu peste 20.000 de locuitori). Localitățile rurale și cele urbane mici duc o lipsă de personal, resurse și capacități pentru a putea elabora și implementa activități de asistență socială. Așadar, în ciuda numărului mare al celor ce au obținut diplome universitare de asistență socială în România în ultimii 24 de ani, puțini sunt angajați în mediul rural și în comunitățile urbane mici.

Recensământul SPAS realizat de Banca Mondială indică un deficit al resurselor umane la nivelul SPAS din localitățile rurale și cele urbane mici, estimat a fi cuprins între 2.300 și 3.600 de persoane.⁸¹ În Figura 30, scenariul minimal pornește de la presupunerea că există cel puțin un angajat cu normă întreagă ce deține atribuții în domeniul asistenței sociale în fiecare SPAS local, indiferent dacă acesta este un asistent social profesionist sau nu. Potrivit acestui scenariu, este nevoie de cel puțin 1.600 de noi angajați în comunitățile rurale (din care peste jumătate în comunele mici) și de alți 700 în orașele cu mai puțin de 50.000 de locuitori, ceea ce înseamnă un total de 2.300 de persoane. Scenariul maximal pleacă de la ipoteza unei situații mai favorabile, și anume existența a cel puțin unui asistent social profesionist în fiecare SPAS local. Potrivit acestui scenariu, ar trebui angajate aproape 3.600 de persoane, în mare parte asistenți sociali profesioniști, din care aproape jumătate în comunele cu mai puțin de 3.000 de locuitori. Având în vedere transportul ineficient ce leagă multe din aceste comune de zonele urbane și condițiile

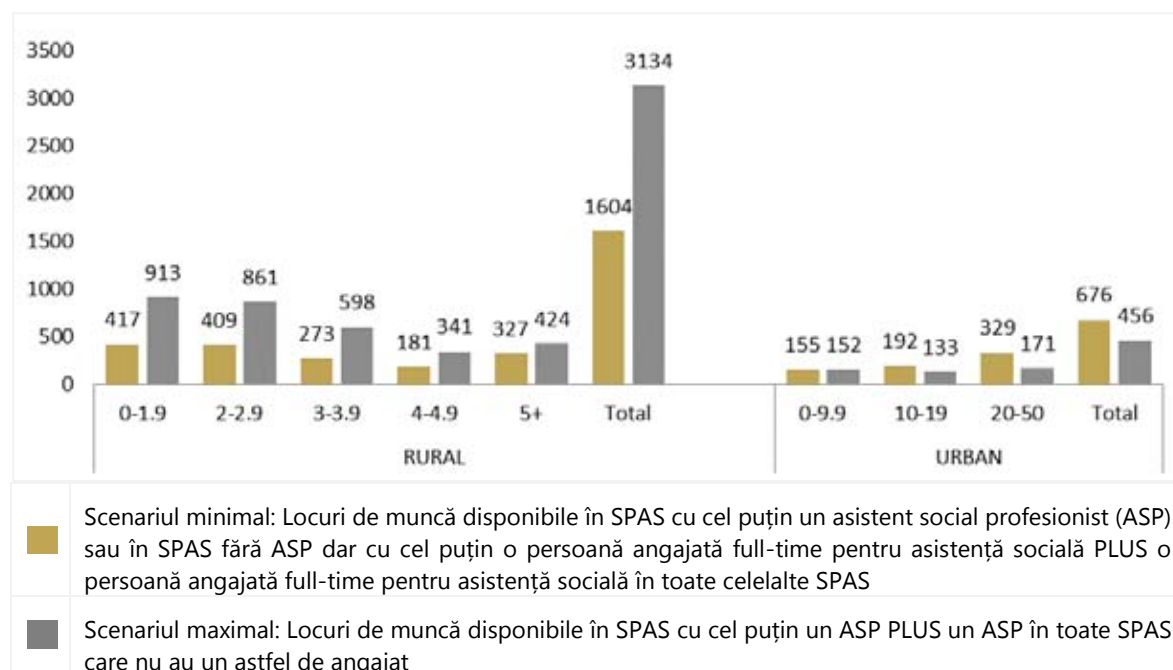
⁸⁰ Cele 2.861 de comune includ peste 13.000 de sate. Majoritatea comunelor cuprind între două și opt sate.

⁸¹ În mai 2014, numărul total al angajaților SPAS cu atribuții în domeniul asistenței sociale din aceste localități era de aproximativ 4.800.

precare de trai, acest scenariu este mai puțin realizabil în practică fiindcă doar un număr mic de asistenți sociali profesioniști ar fi dispuși să accepte un loc de muncă prost plătit, într-o comunitate săracă și izolată.

În prezent, majoritatea angajaților cu atribuții în domeniul asistenței sociale din cadrul SPAS nu au responsabilități clar definite și deseori se așteaptă ca aceștia să desfășoare și alte activități decât cele de asistență socială. Recensământul SPAS realizat de Banca Mondială a confirmat constatarea prezentată de studiile anterioare.⁸² Din întregul personal cu atribuții în domeniul asistenței sociale, 35% în mediul rural - (de la 46% în comunele mici cu sub 2.000 de locuitori la 23% în comunele mai mari cu o populație de peste 5.000 de locuitori) – și 10% în localitățile urbane cu mai puțin de 50.000 de locuitori dețin concomitent atribuții diferite, cum ar fi responsabil de registrul agricol, arhivar, secretar, specialist în resurse umane, bibliotecar, consultant fiscal și coordonator al ajutoarelor de urgență.

Figura 30: Necesarul estimativ de personal la nivelul SPAS din localitățile rurale și cele urbane mici, în baza a două scenarii (mii persoane)



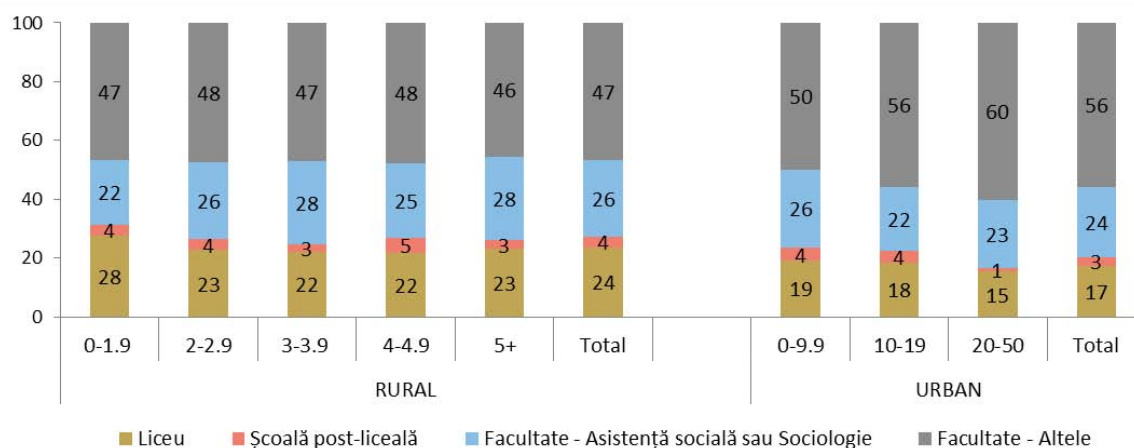
Sursa: Banca Mondială, „Servicii de asistență socială la nivel comunitar”, mai 2014.

Formarea profesională insuficientă a personalului din domeniul asistenței sociale la nivel local constituie o altă problemă majoră. Aproximativ 4.800 de angajați desfășoară activități de asistență socială în 3.140 de localități rurale și urbane cu mai puțin de 50.000 de locuitori. În jur de trei sferturi dintre aceștia sunt femei cu vârste cuprinse între 35 și 54 de ani (73%).⁸³ Majoritatea dețin o diplomă universitară, însă doar unul din patru este un asistent social profesionist (Figura 31). Prin urmare, este absolut necesară dezvoltarea programelor de formare continuă și de supervizare pentru angajații SPAS în vederea eficientizării serviciilor primare la nivel comunitar.

Figura 31: Distribuirea personalului din domeniul asistenței sociale din cadrul SPAS, în funcție de studii (%) (mii persoane)

⁸² Preda (2011), IRECSO (2011), MMFPS și SERA România (2012).

⁸³ Distribuirea pe grupe de vârstă este inclusă în Anexa Figura A 8.



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

La nivel local, asistența socială presupune aproape exclusiv procesarea documentației legate de gestionarea prestațiilor financiare (precum venitul minim garantat, ajutorul pentru încălzirea locuinței, alocația copilului și alocațiile familiale).⁸⁴ Diverse studii calitative întreprinse de UNICEF indică faptul că, în comunitățile rurale, aproximativ 85% din activitatea personalului responsabil de asistență socială constă în muncă de birou și sarcini administrative. Adeseori, activitatea de asistență socială se limitează strict la acordarea prestațiilor financiare, inclusiv întocmirea și verificarea dosarelor, ținerea evidenței plăților lunare și realizarea vizitelor la domiciliu (mai ales în comunitățile mari și foarte mari, cu o populație de peste 3.000 de locuitori), fără a se desfășura activități de prevenție și consiliere adresate persoanelor ce prezintă riscuri sociale. De exemplu, dintre toți copiii beneficiari ai SPAS în 2010, doar 24% au beneficiat de servicii, iar celorlalți li s-au acordat doar prestații financiare, deși 21% dintre beneficiarii prestațiilor financiare erau copii expuși riscului de a fi abandonați de către părinți.⁸⁵

Managementul de caz⁸⁶ reprezintă principalul instrument al asistenței sociale în România și în restul Europei, însă este rareori folosit, mai ales în comunitățile rurale și în cele urbane mici. Serviciile locale de prevenție, informare și consiliere au un impact foarte redus, în mare parte din cauza deficitului de asistenți sociali și a insuficienței pregătiri profesionale a personalului existent. Nu există metodologii de evaluare sau monitorizare a situației diferitelor categorii vulnerabile din fiecare localitate, nici metodologii pentru detectarea precoce a cazurilor cu risc. Asistența socială nu se acordă în baza unor planuri și obiective clare, ci doar atunci când apare un caz. Asistenții sociali desfășoară rareori muncă de teren fiindcă sunt copleșiți de sarcinile administrative aferente activității de acordare a prestațiilor sociale. Sistemele de referire a categoriilor celor mai vulnerabile sunt fie prost dezvoltate, fie complet inexistente. Asistenții sociali ai SPAS nu sunt familiarizați cu serviciile specializate de la nivel județean și, prin urmare, nu sunt în măsură să îndrume beneficiarii într-un mod informat. În general, aceștia îndrumă copiii și familiile către servicii fără a se asigura de existența acestora la nivelul județului. Atitudinile și practicile sociale dominante care încurajează discriminarea și toleranța față de comportamentele negative adaugă și mai multe obstacole pentru identificarea și referirea copiilor și adulților aflați în situație de risc. În aceste condiții, este cu atât mai important să se asigure că personalul beneficiază de pregătire profesională astfel încât să crească calitatea serviciilor și șansele ca acestea să aibă un impact pozitiv.

⁸⁴ HHC, UNICEF (2005), Magheru (2009) și UNICEF (2011).

⁸⁵ FONPC (2012).

⁸⁶ Managementul de caz este larg răspândit la nivelul țărilor europene. Acesta vizează nevoile persoanelor și ale familiilor lor și urmărește să mobilizeze toate resursele disponibile pentru acoperirea acestor nevoi, inclusiv cele ale familiei, comunității și societății per ansamblu.

În concordanță cu actuala legislație și ținând cont de aceste lipsuri, prezenta Strategie recomandă dezvoltarea unui pachet minim de intervenție⁸⁷ care să fie implementat obligatoriu în fiecare comunitate rurală și urbană. Acest pachet minim de intervenție este aliniat la pachetul minim de servicii sociale prevăzut în Legea asistenței sociale nr. 292/2011 și la pachetul minim de servicii publice furnizate de administrațiile publice locale (HG 1/2013 și Strategia pentru consolidarea administrației publice 2014-2020, 2014). Acest pachet minim de intervenție ar trebui să cuprindă următoarele:

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

Ar fi util ca la acest pachet minim de intervenție să se adauge diverse alte servicii (precum cantinele sociale și centrele de zi), în funcție de nevoile specifice și resursele comunității. În vederea implementării eficiente a acestui pachet minim de intervenție, trebuie ca profesioniștii (mai ales universitățile, furnizorii de servicii și Colegiul Național al Asistenților Sociali din România) să elaboreze instrumente și metodologii centrate pe familie și persoană cu privire la adoptarea, evaluarea, planificarea, proiectarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea serviciilor. Aceste instrumente și metodologii ar trebui predate în cadrul unui program de formare continuă a personalului cu atribuții în domeniul asistenței sociale de la nivel local.

Caseta 11: Pachetul de servicii primare cheie testat actualmente de UNICEF

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

În 2011, au fost angajați asistenți sociali în 96 de comune din opt județe (Bacău, Botoșani, Buzău, Iași, Neamț, Suceava, Vaslui și Vrancea). După o scurtă perioadă de formare, asistenții sociali, supervizați de DGASPC așa cum este prevăzut în lege, au identificat copiii ‘invizibili’ din cadrul comunității și au mobilizat structurile comunitare consultative (SCC). Printre membrii acestor structuri consultative s-au numărat factori de decizie locali, precum primarul /viceprimarul, secretarul primăriei, asistenți sociali, doctori, polițiști, reprezentanți ai școlii și preoți. (Potrivit lui Cojocaru, 2008, la începutul proiectului, SCC nu funcționau corespunzător în majoritatea localităților din țară.)

În 2012, proiectul a cuprins doar 64 de comune. S-a implementat în fază pilot un pachet minim de servicii preventive comunitare din sfera asistenței sociale. Asistenții sociali au desfășurat activități de teren, precum evaluarea nevoilor, monitorizare, informare și consiliere, asistență socială, medicală și juridică și referirea către serviciile specializate.

⁸⁷ Începând cu 2011, UNICEF a creat și a testat un astfel de pachet de servicii primare în cadrul proiectului său „Prima prioritate: niciun copil invizibil”.

De asemenea, au acordat servicii adecvate de asistență socială copiilor celor mai nevoiași și familiilor acestora. În paralel cu aceste servicii implementate la nivel comunitar, a fost lansată o altă inițiativă menită să crească accesul la serviciile medicale comunitare și să îmbunătățească cadrul legislativ și normativ al asistenței medicale comunitare. În 2013, cele două inițiative au fuzionat, formând proiectul de dezvoltare a serviciilor sociale de bază la nivel comunitar, denumit „Prima prioritate: niciun copil ‘invizibil!’”.

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

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

În 2014, UNICEF a extins activitatea din proiectul SCI, susținând două proiecte paralele în România privind dezvoltarea standardelor de calitate și a celor de cost necesare pentru pachetul minim de servicii comunitare de asistență socială.

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

- Stabilirea unei linii bugetare separate în bugetul de stat pentru serviciile de asistență socială de la nivel comunitar și crearea unor mecanisme de monitorizare a utilizării eficiente a acestei linii. Bugetul respectiv ar urma să acopere salariul unui angajat cu normă întreagă în domeniul asistenței sociale (de preferat, un profesionist cu pregătire) în fiecare localitate eligibilă /selectată, precum și costurile aferente sistemului național de monitorizare. Astfel, comunitățile cu un nivel scăzut de dezvoltare ar urma să beneficieze de un profesionist specializat, motivat financiar și capabil să implementeze și să dezvolte serviciile sociale la nivel local.
- Asigurarea includerii de către autoritățile locale în propria organigramă a cel puțin unui angajat cu normă întreagă cu atribuții în domeniul asistenței sociale și anunțarea acestui post în vederea îmbunătățirii procesului de recrutare a asistenților sociali, mai ales a profesioniștilor cu pregătire.
- Includerea unor activități de teren consistente în fișa postului a respectivului angajat cu normă întreagă, cu atribuții în domeniul asistenței sociale (de preferat, un asistent social profesionist), și asigurarea că acesta adoptă o abordare unu la unu cu persoanele aflate în situații vulnerabile și familiile acestora, conform unei planificări prestabilite. Prestațiile financiare (și dosarele aferente) ar trebui administrate de personalul autorității locale, permițând astfel asistenților sociali să își îndeplinească sarcinile.
- Mandatarea formării profesionale a personalului existent și a noilor angajați din sfera asistenței sociale și elaborarea unor metodologii, ghiduri și instrumente pentru a consolida implementarea managementului de caz în cadrul SPAS, cu precădere în localitățile rurale și în cele urbane mici.

Investind în serviciile de asistență socială de la nivel comunitar și, mai general, în serviciile bazate pe comunitate acum, România poate face economii pe termen lung în alte domenii din sfera politicilor. De exemplu, serviciile de calitate existente în comunitate vor atrage rezultate mai bune pentru populație

în materie de sănătate și educație și reducerea numărului de copii separați de familie, ceea ce va diminua consumul de servicii specializate și povara asupra bugetelor de protecție socială și asistență medicală. Folosirea fondurilor UE pentru a susține dezvoltarea alternativelor la îngrijirea instituțională și pentru a crește accesibilitatea serviciilor generale va oferi unui număr mai mare de persoane șansa de a se integra în societate și de a contribui la creșterea socială și economică a acesteia. Mai mult, investițiile în îngrijirile de tip familial, serviciile comunitare și cele generale nu doar vor crește calitatea vieții utilizatorilor acestora, ci vor crea și mai multe locuri de muncă mai bune în sectorul social, al educației și al sănătății. Aceasta va ajuta România să atingă obiectivele strategiei Europa 2020 în domeniul incluziunii sociale, educației și ocupării forței de muncă.

2.3.5. Crearea unor echipe comunitare de intervenție integrată

România întâmpină, în continuare, o serie de provocări majore în lupta sa împotriva sărăciei extreme și a excluziunii sociale. În ciuda progreselor remarcabile înregistrate la nivelul reducerii sărăciei și al îmbunătățirii indicatorilor de dezvoltare umană începând cu anul 2000, sărăcia extremă rămâne o problemă persistentă. Familiile extrem de sărace se confruntă cu numeroase constrângeri pe lângă sărăcia monetară, inclusiv șomajul de lungă durată sau lipsa unui loc de muncă în cazul adulților, nutriția proastă a copiilor, risc crescut de neglijare și/sau abuz al copilului (pe fondul abuzului de alcool al părinților), practici parentale inadecvate, părinți tineri sau singuri, instabilitate conjugală, sănătate precară sau dizabilități, absenteism sau abandon școlar, starea proastă sau lipsa unei locuințe, violență în familie, mică infraționalitate și discriminare. Mai apare și problema aspirațiilor reduse, a stimei de sine scăzute și a neputinței dobândite. Prin urmare, familiile ce trăiesc în sărăcie extremă reprezintă o provocare cu totul aparte, nu doar în ceea ce privește competențele și capitalul fizic, ci și aspectele psihologice. Cercetările realizate au documentat foarte bine sărăcia extremă în România încă din anii '90, iar studiile mai recente au confirmat, în repetate rânduri, faptul că cei mai expuși riscului sunt tinerii, copiii și romii (vezi și Capitolul 1.1).⁸⁸ Mai mult, în România, sărăcia extremă nu reprezintă doar un fenomen individual sau familial, ci și unul geografic, concentrându-se în general în zonele marginalizate din mediul urban și rural, unde sărăcia extremă se transmite de la o generație la alta (vezi 3.2. Integrarea comunităților marginalizate).

Trebuie să existe o abordare integrată a acordării de servicii sociale din perspectiva ofertei și programe de intermediere și facilitare socială din perspectiva cererii, pentru a reduce efectiv sărăcia extremă și excluziunea socială. Familiile ce trăiesc în sărăcie extremă se confruntă cu numeroase probleme complexe, pe lângă nevoia de sprijin financiar. Astfel, acordarea de prestații financiare – deși necesară – nu poate diminua sărăcia extremă în cazul în care este singura măsură luată. Trebuie oferite și servicii sociale în domeniul educației, ocupării, sănătății, protecției sociale, precum și alte servicii sociale pe lângă prestațiile financiare astfel încât populația săracă să fie ajutată să își gestioneze eficient propria viață și să ofere îngrijire corespunzătoare copiilor. Cu toate acestea, familiile afectate de sărăcie extremă se lovesc de numeroase obstacole în utilizarea acestor servicii, începând cu necunoașterea acestora, incapacitatea lor de a accesa serviciile de protecție disponibile și discriminare. Aceste constrângeri sunt și mai mari atunci când oferta de servicii este insuficientă și/sau acordarea serviciilor sociale este fragmentată și complicată, cu numeroase sisteme neconectate și reguli și reglementări diferite potrivit cărora solicitanții trebuie să prezinte o serie de documente și certificate. În consecință, sistemul este

⁸⁸ Cu privire la „sărăcia extremă” și „zonele sărace” sau „zonele marginalizate”: Chelcea (2001), Stănculescu și Berevoescu (2004), Constantinescu et al (2005), Berescu et al (2007), CPARSD (2009), Stănculescu (2010), Berescu (2011), Stănculescu și Marin (2012), Stănculescu (2012), Stănculescu (2013) și Banca Mondială (2014b). Cu privire la romi și comunitățile rome: Zamfir și Zamfir (1993), Rughiniș (2000), Zamfir și Preda (2002), Preda și Duminiță (2003), Sandu (2005), Berescu et al (2006), Bădescu et al (2007), Fleck și Rughiniș (ed., 2008), Preoteasa et al (2009), ICCV (2010), Botonogu (2011), Daragiu și Daragiu (2012), Giurcă (2012), Tarnovschi (ed., 2012), FRA et al (2012), Banca Mondială și CE (2012) și Banca Mondială (2014a).

difficil de gestionat de către familiile sărace. Dintr-o perspectivă instituțională, integrarea protecției sociale, a ocupării, a educației, a asistenței medicale și a altor servicii publice – cu o coordonare orizontală și verticală reală între agenții – este vitală pentru acordarea de sprijin adecvat familiilor și copiilor ce trăiesc în sărăcie extremă. În același timp, programele de mediere sau facilitare socială sunt necesare pentru a ajuta familiile extrem de sărace, mai ales cele din zonele marginalizate, să acceseze serviciile de protecție atât în mediul rural, cât și în cel urban.

Pe termen mediu, guvernul ar trebui să creeze echipe multidisciplinare formate din lucrători comunitari la nivel local și să asigure cooperare intersectorială și multi-instituțională la toate nivelurile, ca un prim pas spre integrarea completă a serviciilor pe termen lung. Studiile arată că integrarea serviciilor sociale prezintă o serie de avantaje față de abordarea fragmentară,⁸⁹ în ceea ce privește soluționarea diferitelor probleme complexe din sfera excluziunii sociale, facilitarea unui acces mai bun la servicii, asigurarea continuității și a sustenabilității acordării de servicii, creșterea eficienței și a eficacității furnizării serviciilor, reducerea suprapunerilor între diferitele servicii și evitarea cheltuielilor inutile.⁹⁰

Integrarea completă a serviciilor presupune renunțarea la abordarea fragmentară și la administrarea separată a serviciilor naționale și locale în favoarea echipelor multi-instituționale la nivel național, regional și local. Aceste echipe ar urma să lucreze în cadrul unei structuri integrate de management, cu bugete, programe și obiective comune și un singur responsabil cheie (sau manager de caz) care să coordoneze diversele intervenții ale diferitelor agenții și profesioniști implicați. Având în vedere actualul cadru normativ din România și deficitul de resurse umane și financiare din sectorul social, integrarea completă a serviciilor va rămâne probabil un obiectiv pe termen lung. Totuși, pe termen scurt și mediu, responsabilii de politici pot avansa România pe scara integrării (Figura 32), prin crearea unor echipe multidisciplinare de profesioniști la nivel comunitar (Caseta 12) și prin inițierea cooperării și coordonării între diferitele agenții sectoriale. Așadar, în viitorul apropiat, scopul guvernului este integrarea managementului asistenței sociale la nivel comunitar și crearea în același timp a cadrului necesar integrării complete a serviciilor sociale după 2020. Această integrare a intervențiilor la nivel comunitar ar trebui însoțită de introducerea venitului minim de inserție socială (VMIS) astfel încât să se asigure că programul poate răspunde nevoilor specifice ale categoriilor vulnerabile.

Caseta 12: Proiect pilot al UNICEF privind echipele multidisciplinare ce integrează servicii sociale și medicale la nivel comunitar

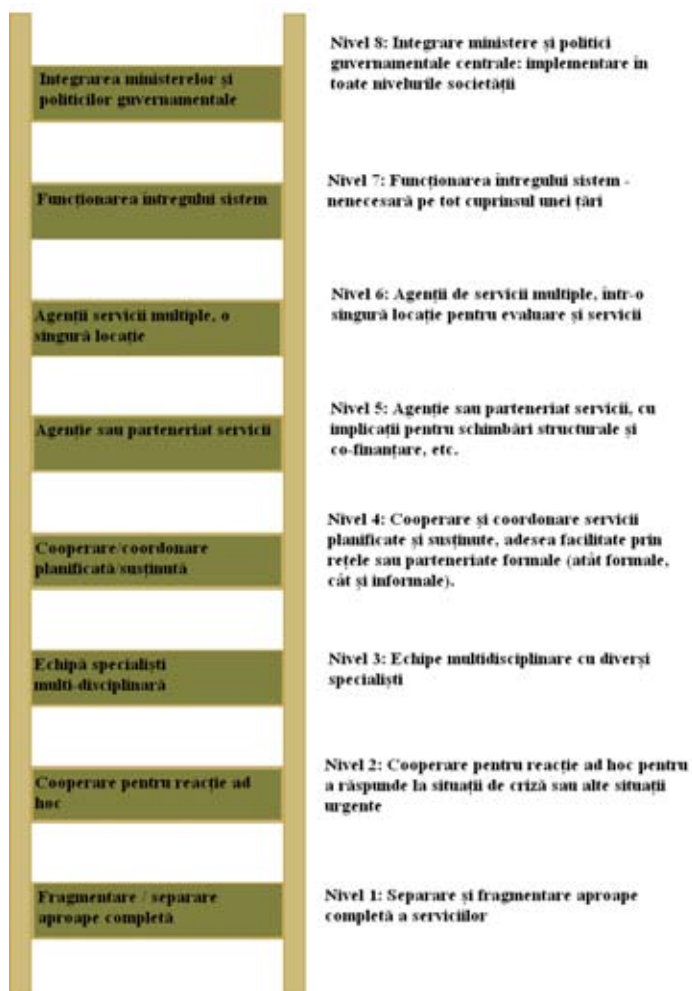
Conceptul unor echipe multidisciplinare de profesioniști la nivel comunitar reprezintă o primă etapă spre acordarea integrată a serviciilor sociale și medicale. În această etapă, diverși profesioniști lucrează în cadrul unei echipe comunitare (de exemplu, asistenți sociali, asistenți medicali comunitari,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

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

⁸⁹ Fiecare agenție activează exclusiv în limitele ariei sale de competență.

⁹⁰ Comitetul European pentru Coeziune Socială (2006: 82).

Figura 32: „Scara integrării”



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

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

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

Dezvoltarea capacității serviciilor publice locale de asistență socială

Echipele comunitare de intervenție integrată⁹¹ vor fi deservite de asistenți sociali de la nivel local, inclusiv de asistenți sociali ce desfășoară o activitate de asistență socială cu normă întreagă, mediatori sanitari comunitari, mediatori sanitari romi, mediatori școlari, consilieri școlari și experți romi. În funcție de nevoile și resursele comunității, echipa poate include și un asistent medical, un medic de familie, profesori sau agentul de poliție din localitate. În cazul în care comunitatea deține puține resurse proprii, autoritățile locale pot crea echipe comunitare de intervenție integrată care să acopere mai multe comune sau orașe învecinate, în cadrul asociațiilor de dezvoltare intercomunitară sau al grupurilor de acțiune locală (GAL).

Consolidarea SPAS locale constituie un obiectiv cheie, prin prisma faptului că acestea vor reprezenta principalul promotor al serviciilor integrate prin implementarea activităților de intermediere socială și a celor de teren în beneficiul persoanelor și familiilor ce trăiesc în sărăcie extremă, precum și în zonele marginalizate. Așadar, programul național de consolidare a serviciilor de asistență socială la nivel comunitar va juca un rol esențial în dezvoltarea echipelor comunitare de intervenție integrată (vezi secțiunea anterioară 2.3.4).

Investirea într-un număr mai mare de profesioniști bine pregătiți în sectorul social este absolut necesară pentru dezvoltarea serviciilor primare multidisciplinare integrate la nivelul comunităților. Așa cum reiese și din subsecțiunile precedente, deficitul de personal, atât ca număr, cât și ca pregătire profesională, reprezintă o problemă acută în toate sectoarele sociale. Se remarcă de asemenea un deficit de lucrători comunitari de orice tip (precum asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari romi și mediatori școlari), cu precădere în mediul rural și în comunitățile urbane mici (vezi și secțiunea 2.5.3 privind dezvoltarea rețelei naționale emergente de lucrătorilor sanitari comunitari).

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

⁹¹ ONG-urile și unele autorități locale proactive au testat abordarea serviciilor integrate în mai multe localități din România. La o scară mai mare, UNICEF a elaborat și testat integrarea serviciilor sociale și medicale la nivel comunitar în câteva comune sărace din regiunea Nord-Est (în proiectul său „Prima prioritate: niciun copil invizibil”). Pe viitor, Banca Mondială va implementa proiectul Incluziune socială și servicii de bază integrate în comunitățile marginalizate selectate din mediul urban și rural din România, în perioada 2016-2020, sub auspiciile Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, cu implicarea Ministerului Sănătății, al Educației și al Dezvoltării Regionale, precum și a Fondului Român de Dezvoltare Socială (FRDS).

Creșterea coordonării orizontale și verticale și asigurarea integrării serviciilor sociale

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

- Ministerul Educației, prin intermediul Inspectoratelor Școlare Județene (ISJ), este preocupat doar de acordarea serviciilor educaționale. Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE) răspund de sprijinirea educației copiilor cu nevoi speciale și a mediatorilor școlari. Mediatorii școlari sunt angajați de către școli, finanțați de la bugetul de stat din resursele puse la dispoziție de Ministerul Educației și nu au nicio relație oficială cu administrația locală în ceea ce privește raportarea. Nu există niciun sistem de monitorizare a mediatorilor școlari la nivel național.
- Ministerul Sănătății, prin intermediul Direcțiilor Județene de Sănătate Publică (DSP), este preocupat doar de sistemul medical. La nivel local, asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari romi sunt angajați fie de către autoritățile locale, fie de către medicii de familie din localitate (din 2012), sunt finanțați de bugetul de stat din resursele puse la dispoziție de Ministerul Sănătății și nu au nicio relație oficială cu administrația locală în ceea ce privește raportarea. Coordonarea și monitorizarea lor revine DSP. Nu există niciun sistem de monitorizare a asistenților medicali comunitari la nivel național.
- Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV), alături de DGASPC de la nivel județean, este preocupat de programele de asistență socială. Asistenții sociali, mediatorii romi și experții romi sunt angajați și finanțați de către autoritățile locale pentru a lucra în cadrul serviciilor publice de asistență socială (SPAS). Relația dintre DGASPC și SPAS nu este încă reglementată. Capacitatea SPAS, mai ales a celor din localitățile rurale și cele urbane mici, este în general una limitată. Nu există niciun sistem de monitorizare a asistenților sociali din cadrul SPAS la nivel național.
- Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice reglementează și finanțează locuințele sociale. Cu toate acestea, autoritățile locale hotărăsc ce clădiri sunt folosite ca locuințe sociale, determină criteriile de eligibilitate pentru obținerea unei locuințe sociale și răspund de gestionarea fondului existent de astfel de locuințe. Nu există niciun sistem de monitorizare a locuințelor sociale la nivel național.

Dezvoltarea serviciilor integrate, precum a celor socio-medicale, a serviciilor complexe de reabilitare sau a centrelor vocaționale și de ucenicie, este îngreunată de această organizare fragmentară. Reglementarea rigidă și separată a serviciilor din diferitele sectoare, mai ales în privința finanțării, stabilirii costurilor serviciilor,⁹² alocării de personal, procedurilor interne, normelor de practică și standardelor de funcționare, împiedică crearea unor echipe multidisciplinare sau mobile (de exemplu, pentru a ajuta copiii cu dizabilități izolați sau persoanele în vârstă cu dependențe complexe, în special în comunitățile rurale). Astfel, îmbunătățirea coordonării orizontale în cadrul ministerelor și între acestea, dar și a coordonării verticale în domeniul acordării serviciilor sociale între nivelul central, județean și local este imperioasă pentru promovarea dezvoltării eficace a oricărui tip de servicii integrate.

⁹² Unele servicii costă dublu atunci când sunt furnizate în sectorul medical față de aceleași servicii oferite de către o agenție din domeniul asistenței sociale (vezi secțiunea referitoare la serviciile acordate persoanelor cu dizabilități).

Caseta 13: Coordonarea acordării de servicii sociale în baza unei relații de încredere și egalitate

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

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

Sursa: Taylor (2014: 24-25).

Estimarea costurilor exacte și alocarea unui buget adecvat

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

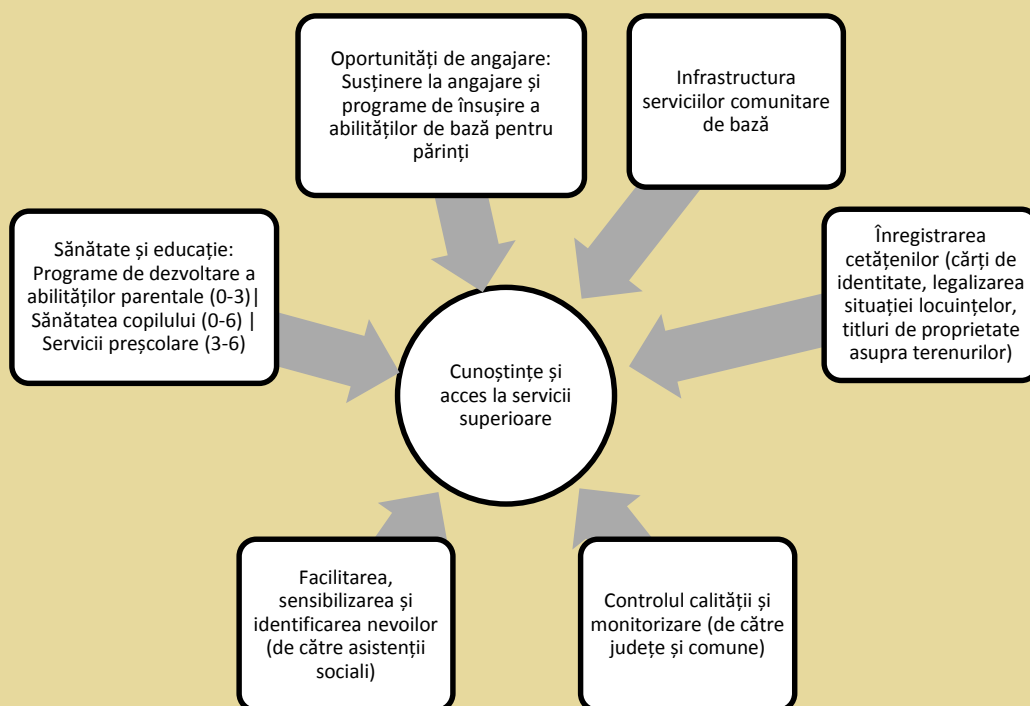
Caseta14: Punerea în practică a modelului de servicii de bază integrate

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

Proiectul va apela la diferite metodologii de implementare, adecvate diferitelor zone geografice (cu o atenție specială acordată localităților cu valori mici ale indicatorilor de dezvoltare, șomaj ridicat și nivel redus de acces sau utilizare a serviciilor), dar și diferitelor contexte și nevoi de dezvoltare umană. Va fi fondat pe experiențele de succes ale unor programe, precum „Un start bun” (Fondul de Educație pentru Romi), Programul de intervenții prioritare (Fondul Român de Dezvoltare Socială), „Un loc pentru fiecare” (UNDP), Sprijinirea copiilor invizibili (UNICEF) și altele din regiune și nu numai, în special experiențele pozitive ale programelor *Chile Solidario* și *Colombia Red Unidos*. La baza sa va sta conceptul potrivit căruia mediatorul social sau asistentul social reprezintă figura centrală care ajută persoanele și familiile să depășească situația de excluziune socială și va cuprinde puternice componente de

intermediere socială și consiliere familială. Proiectul va adopta și o abordare de tipul dezvoltării plasate sub responsabilitatea comunității, prin încurajarea membrilor comunității să identifice problemele, să găsească soluții și să participe la implementarea și monitorizarea proiectului, cu ajutorul autorităților locale.

Figura 33: O abordare integrată cu intervenții din perspectiva cererii și a ofertei



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

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

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

Elaborarea unor metodologii, protocoale și proceduri de lucru clare

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

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

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

Caseta 15: Experiența pozitivă a Chile Solidario

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

Sistema Chile Solidario a fost primul program de acest gen din regiune. *Chile Solidario* nu reprezintă un program distinct sau o prestație socială, ci un model de management la baza căruia stă crearea unor rețele instituționale și locale ce acordă protecție socială familiilor celor mai sărace. *Chile Solidario* pune la dispoziția persoanelor și familiilor afectate de sărăcie extremă și vulnerabilitate (cum ar fi persoanele fără adăpost, vârstnicii ce trăiesc singuri

și copiii deținuților) protecție socială garantată timp de cinci ani, cu scopul de a îndruma persoanele și familiile spre accesarea autonomă și utilizarea eficientă a rețelei de servicii sociale.

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

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

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

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

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

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

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

2.3.6. Dezvoltarea serviciilor sociale adresate categoriilor vulnerabile

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

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

Pentru a atinge obiectivele acestei Strategii, va trebui consolidat rolul jucat de DGASPC în planificarea strategică, coordonarea metodologică și susținerea SPAS la nivel comunitar, dar și în monitorizarea și evaluarea furnizorilor de servicii din județ. Totodată, Direcțiile ar trebui să renunțe treptat la calitatea de principalul furnizor de servicii sociale. În consecință, va trebui ca DGASPC din majoritatea județelor să fie reorganizate din temelii și consolidate, prin contractarea serviciilor existente de la furnizori neguvernamentali sau privați și prin creșterea numărului de profesioniști implicați în planificarea strategică, monitorizare și evaluare, dar și în managementul de caz. În prezent, doar 60% dintre Direcții au elaborate strategii, planuri, proceduri și metodologii, doar 53% recurg la metoda managementului de caz sau au stabilite proceduri de management de caz și numai 61% au raportat că dețin manageri de caz. Un manager de caz gestionează în medie 74 de cazuri, doar 61% dintre Direcții au înființat un departament pentru prevenirea marginalizării sociale și în doar 65% dintre ele a fost creat un departament de management al calității serviciilor sociale. Nu în ultimul rând, în numai 29% dintre DGASPC funcționează un departament responsabil de coordonarea și sprijinirea SPAS.⁹³

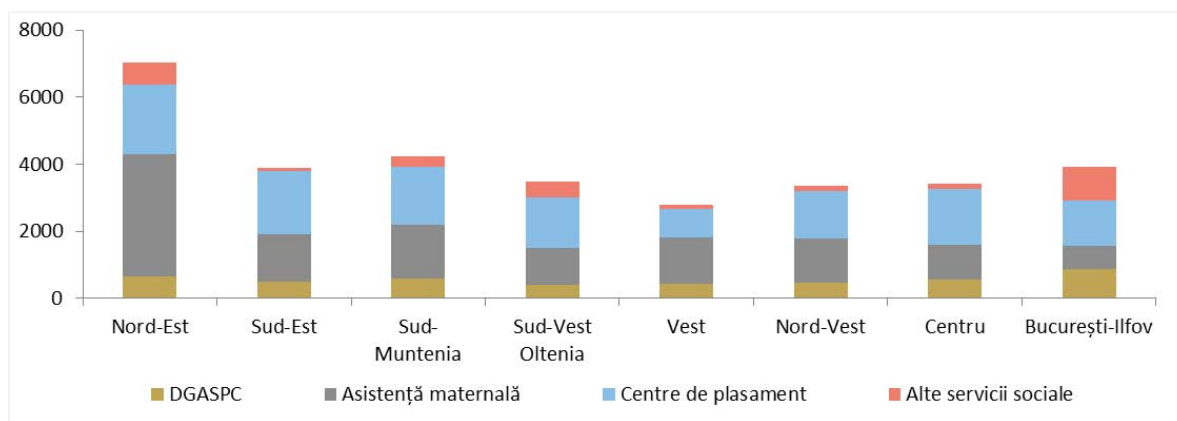
DGASPC vor avea nevoie de resurse financiare și umane sustenabile și adecvate pentru a crea o rețea națională de servicii sociale. DGASPC reprezintă mari angajatori pentru personalul specializat,⁹⁴ însă întâmpină serioase greutăți în acoperirea nevoilor lor de personal și competențe pentru furnizarea serviciilor. Lipsa indicatorilor de performanță face imposibilă evaluarea performanțelor profesionale ale angajaților DGASPC. Investițiile în formarea continuă a personalului specializat⁹⁵ sunt reduse și nu se măsoară valoarea adăugată a acestui tip de formare. Totodată, actualul personal al serviciilor specializate ale DGASPC este nevoit să gestioneze un număr foarte mare de cazuri din cauza lipsei de profesioniști, mai ales după tăierile bugetare din 2009. Tăierile au afectat atât personalul DGASPC și asistenții maternali (de la 15.023 în 2008 la 12.201 în 2013), cât și personalul centrelor de plasament (de la 16.534 în 2008 la 12.513 în 2013). La finele lui 2012, studiile au indicat un deficit de 11.000 de asistenți sociali în întregul sistem de servicii primare (SPAS) și specializate (DGASPC).

Figura 34: Distribuția personalului DGASPC, în funcție de tipul serviciului de protecție socială și regiune, la sfârșitul lui decembrie 2013

⁹³ MMFPS și SERA România (2012); HHC România (2011); FONPC (2012).

⁹⁴ La 31 decembrie 2013, personalul DGASPC era format din peste 32.000 de persoane, din care 77% lucrau în centrele de plasament sau ca asistenți maternali, iar 9% erau angajați în alte servicii, potrivit Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție (ANPDCA).

⁹⁵ Doar 20% din personalul DGASPC din 45 de județe a urmat cursuri de formare profesională în 2010 (HHC România, 2011).



Sursa: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adoptie.

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

În ceea ce privește sistemul de formare inițială și continuă a profesioniștilor din serviciile sociale, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni: (i) înființarea unor organisme interministeriale coordonate (de exemplu, cu reprezentarea Ministerului Educației, Ministerului Sănătății, Ministerului Muncii și Protecției Sociale și Ministerului Tineretului și Sportului) care să gestioneze formarea profesioniștilor din serviciile specializate; (ii) gestionarea procesului de acreditare a curriculumurilor și formarea formatorilor; (iii) crearea unui program complet de formare la nivel național (inclusiv prin învățare mixtă și la distanță); (iv) crearea unui sistem de acreditare pentru asistenții sociali profesioniști; (v) crearea unui sistem de evaluare continuă și de perfecționare sau recalificare a asistenților sociali profesioniști; (vi) crearea unor cursuri de formare specializate pentru evaluatorii serviciilor sociale.

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

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

Tabel 28: Principalele nevoi de dezvoltare a resurselor umane din serviciile sociale, 2014

Profesia	Situația actuală
Pregătire formală	
Asistenți sociali	În principal la nivel județean și în SPAS din mediul urban. Insuficienți.
Psihologi	În principal la nivel județean și în SPAS din mediul urban. Insuficienți în domeniul dizabilităților.
Sociologi	Rari în domeniul dizabilităților
Educatori	Nepregătiți în domeniul educației incluzive.
Educatori din învățământul special	Număr redus la nivel național. Curriculumul de formare este relativ învechit și neadaptat la nevoile actuale ale copiilor și familiilor.
Profesori din învățământul special	Puțini la nivel național. Curriculumul de formare este relativ învechit și neadaptat la nevoile actuale ale copiilor și familiilor. Numărul redus al școlilor speciale după 2008.
Educatori-specialiști în reabilitare	Foarte puținii profesioniști sunt formați de ONG-uri sau prin programe de cooperare internațională, ceea ce înseamnă că nu sunt pregătiți în contextul sistemului românesc.
Medici	Nefamiliarizați cu dizabilitatea în general, cu excepția profesioniștilor din domeniul medicinei de reabilitare și al psihiatriei. Nevoie acută de formare generală în cazul medicilor de familie și al pediatriilor. Activitate de teren foarte redusă în rândul medicilor de familie.
Asistenți medicali	Nefamiliarizați cu dizabilitatea în general, cu excepția profesioniștilor din domeniul medicinei de reabilitare și al psihiatriei. Nevoie acută de formare generală.
Logopezi	Există doar la nivel județean și în orașele mari.
Terapeuți ocupaționali	Rari în România. Nu există formare oficială pentru această profesie. Nevoie mare.
Fizioterapeuți	Acoperire mai bună în mediul urban, număr foarte redus în mediul rural. O mare nevoie de profesioniști situați cât mai aproape de persoanele cu dizabilități.
Ortoproteziști	Acoperire mai bună în mediul urban, număr foarte redus în mediul rural. O mare nevoie de profesioniști situați cât mai aproape de persoanele cu dizabilități.
Tehnicienii proteziști-orteziști	Acoperire mai bună în mediul urban, număr foarte redus în mediul rural. O mare nevoie de profesioniști situați cât mai aproape de persoanele cu dizabilități.
Terapeuți prin artă	Rari în România. Nu există formare oficială pentru această profesie. Cerere tot mai mare.
Asistenți personali	Persoane de bază în sistemul serviciilor de sprijin. Salariile mici de la ora actuală nu încurajează asistenții cu pregătire profesională să intre în sistem, angajându-se astfel pe aceste posturi membrii familiei. Nevoie uriașă pentru asistenți mai bine pregătiți profesional la nivel local și pentru mai multă pregătire formală (în jur de 40 de ore).
Asistenți maternali	Nepregătiți în domeniul dizabilității. Plasarea cu dificultate a copiilor cu dizabilități la asistenți maternali sau familii adoptive
Pregătire informală	
Asistenți personali	Potrivit legii, asistenții personali ai persoanelor cu dizabilități trebuie să urmeze un număr obligatoriu de ore de formare (40), însă în prezent doar DGASPC acordă acest tip de formare foarte rară în realitate.
Consilier, mediator pe piața muncii	Formare oferită numai de ONG-uri sau de agenții private de formare.
Îngrijitori la domiciliu	Formare oferită numai de ONG-uri sau de agenții private de formare.
Interpreți în limbajul mimico-gestual	Formare oferită numai de ONG-uri sau de agenții private de formare, plus un program de masterat la Universitatea din Cluj.
Instructori pentru câini ghizi	Formare oferită de un singur ONG specializat (Light into Europe).
Lucrători CBR (reabilitare în comunitate)	Nu există în România. Ar fi foarte utili în zonele rurale îndepărtate și izolate.

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

- Crearea și finanțarea serviciilor adresate copiilor lipsiți de ocrotire părintească pentru: (i) reducerea ratei abandonului copilului în unitățile medicale, în principal prin crearea și consolidarea mecanismelor preventive cheie la nivel comunitar; (ii) reducerea numărului de copii din sistemul de protecție specială⁹⁶, mai ales prin regândirea modalităților și a mijloacelor (inclusiv a prestațiilor financiare) de a oferi sprijin familial în vederea prevenirii separării copilului de familie și prin revizuirea actualelor servicii de protecție a copilului pentru a crește calitatea îngrijirilor acordate și a reduce durata de ședere în sistem la un minim necesar; (iii) reducerea (și în final eradicarea) fenomenului copiilor fără adăpost, în principal prin evaluarea și cartografierea situației reale a copiilor străzii la nivel național și prin crearea unor servicii preventive și specializate în funcție de nevoile identificate; (iv) identificarea categoriilor de copii cu părinți plecați la muncă în străinătate ce prezintă risc social și crearea unor servicii de sprijin pentru aceștia și pentru adulții care au grijă de ei.
- Crearea și finanțarea serviciilor adresate persoanelor cu dizabilități, care potrivit Strategiei naționale pentru persoanele cu dizabilități 2015-2020 ar trebui să vizeze următoarele: (i) crearea unui set funcțional și coerent de metodologii de evaluare a dizabilității și invalidității; (ii) extinderea spectrului serviciilor pentru persoanele cu dizabilități și transformarea acestora în servicii mai eficiente și mai accesibile din punct de vedere financiar; (iii) finanțarea și asigurarea dezvoltării continue a serviciilor de sprijin pentru tinerii cu dizabilități ce trăiesc în comunitate; (iv) accelerarea și eficientizarea tranziției de la îngrijirile de tip rezidențial la serviciile comunitare pentru adulții cu dizabilități; (v) reformarea drastică a serviciilor de îngrijire pe termen lung și de recuperare adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală, în baza unui plan agreat și întocmit de comun acord de către MMFPSPV și Ministerul Sănătății; (vi) continuarea planului național privind creșterea accesului la spații publice și mediul înconjurător.
- Crearea și finanțarea unui palet larg de servicii adaptate nevoilor specifice ale vârstnicilor cu cerințe complexe, cu accent special pe serviciile de îngrijire la domiciliu, în concordanță cu Strategia națională privind persoanele vârstnice și îmbătrânirea activă.
- Reglementarea, dezvoltarea și finanțarea serviciilor sociale adaptate pentru alte categorii vulnerabile, inclusiv mamele adolescente, adulții privați de libertate sau în supravegherea serviciilor de probațiune, persoanele dependente de droguri, alcool sau substanțe, victimele traficului de persoane și victimele violenței. Următoarele secțiuni tratează pe larg nevoile de dezvoltare a serviciilor sociale pentru fiecare categorie vulnerabilă în parte.

Servicii adresate copiilor lipsiți de ocrotire părintească

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

⁹⁶ Potrivit Strategiei naționale în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului 2014-2020 (HG 1113/2014), copiii de vârste mai mici reprezintă un grup ținută prioritar în următoarea fază a reformei sistemului de protecție a copilului.

A. Copiii abandonați în unitățile medicale

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

Sărăcia și lipsa actelor de identitate reprezintă principalele cauze ale abandonului copilului în unitățile medicale. Studiile realizate în România arată că motivul invocat frecvent de mame pentru abandonul copiilor lor sănătoși în instituțiile medicale este lipsa actelor de identitate. Aceasta nu permite înregistrarea oficială a copilului și, prin urmare, îi afectează dreptul la un nume și cetățenie.⁹⁷ Sărăcia este asociată familiilor monoparentale, mamelor adolescente, sarcinilor extraconjugale, copiilor cu dizabilități și lipsei accesului la servicii medicale/ de monitorizare și sprijin social adecvate, toate numărându-se printre principalele cauze ale abandonului copilului în unitățile medicale.

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

Din cauza deficiențelor de la nivelul sistemului, unii copii petrec luni bune în spitale neadaptate la nevoile lor de dezvoltare. Este îngrijorător și faptul că, din numărul total al copiilor abandonați în unitățile spitalicești, anual o parte din ei rămân în aceste unități (236 în 2010, 248 în 2011, 234 în 2012 și 175 în 2013). Astfel, acești copii sunt ținuti într-un cadru instituțional nedotat corespunzător pentru a răspunde nevoilor lor de dezvoltare, lucru ce le poate afecta grav dezvoltarea fizică, cognitivă și emoțională (în funcție de vârsta copiilor și de durata spitalizării) deoarece copiii mici sunt puternic afectați de instituționalizare. Acest lucru se datorează, în principal, absenței unor proceduri clare de referire între instituțiile medicale și cele de protecție socială, lipsei actelor de identitate ale părinților și lipsei unor familii disponibile și pregătite să ofere asistență maternală copiilor cu vârste între 0 și 2 ani.

Reducerea ratei abandonului copilului în unitățile medicale va presupune crearea și/sau consolidarea unor mecanisme preventive cheie la nivel comunitar. Unele dintre aceste măsuri vizează întregul domeniu al protecției sociale, precum întocmirea actelor de identitate pentru orice cetățean, consolidarea serviciilor de asistență socială la nivel comunitar și asigurarea accesului egal la prestațiile sociale. Altele vor urmări restrângerea anumitor categorii vulnerabile – precum cea a mamelor singure și a părinților adolescenți, prin educație sexuală și servicii de planificare familială. Aceste două tipuri de măsuri vor trebui coordonate și armonizate. De exemplu, îmbunătățirea monitorizării tuturor sarcinilor ține, în mod evident, de competența serviciilor medicale. Cu toate acestea, aceasta va trebui să includă măsuri care să permită identificarea precoce a sarcinilor cu risc crescut de abandon al copilului și să asigure referirea lor imediată către serviciile sociale pentru a se oferi consiliere și sprijin cât mai repede cu putință. Astfel, în momentul nașterii, va exista deja un plan pe termen lung, dacă este cazul. Tot pe partea preventivă, mamele (sau părinții, în general) ce se adresează unităților medicale fără acte de identitate ar trebui considerate, fără excepție, ca prezentând un risc crescut de abandon al copilului. Pentru asemenea cazuri, responsabilii de politici trebuie să conceapă proceduri care să permită personalului medical să alerteze serviciile sociale (cele de protecție a copilului) și poliția (în scopul identificării).

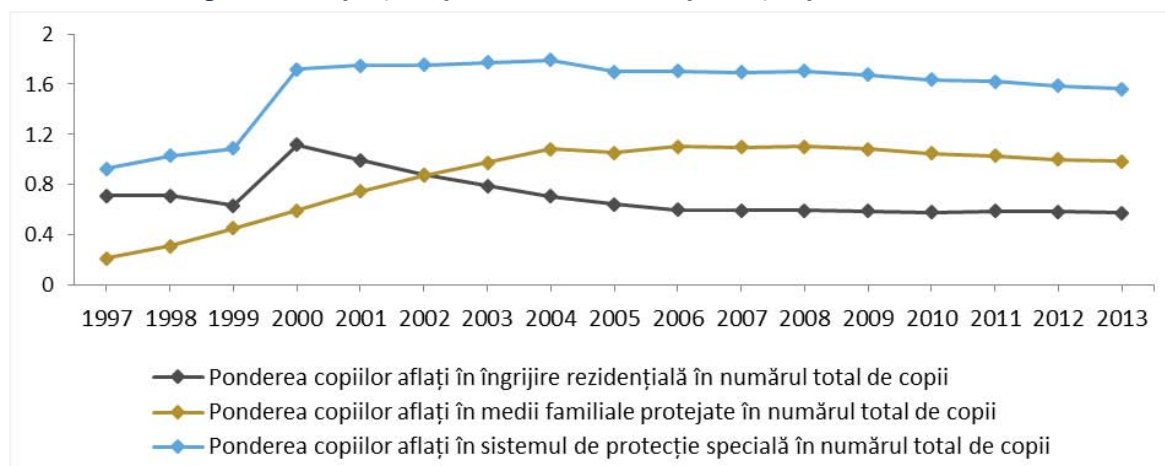
⁹⁷ UNICEF(2005).

Reducerea perioadei petrecute de bebelușii abandonați în secțiile de maternitate va necesita dezvoltarea unor servicii de răspuns speciale, precum asistenți maternali care pot prelua bebelușii chiar și în situații de urgență. Managementul de caz și planificarea adecvate ar trebui să reducă perioada petrecută de copii în sistemul de protecție a copilului, fie prin reintegrarea lor în familia naturală sau extinsă, fie prin găsirea unor familii adoptive pentru aceștia.

B. Copiii ce trăiesc în instituții de tip rezidențial sau alternative de tip familial

Reducerea numărului de copii din cadrul sistemului de protecție a copilului rămâne o prioritate în următorii ani. Guvernul a înregistrat progrese semnificative în ultimii 15 ani în ceea ce privește reducerea numărului de copii aflați în instituțiile de ocrotire și dezvoltarea alternativelor de tip familial. Numărul copiilor din instituții (centre de plasament publice și private, inclusiv case de tip familial) a scăzut de la un maxim de 57.181 în decembrie 2000 la 21.365 în 30 iunie 2014. Cu toate acestea, în 2011, pentru prima dată în 15 ani, numărul copiilor instituționalizați a crescut⁹⁸ ca o consecință a sărăcirii populației și a bugetului limitat destinat serviciilor familiale. Totuși, rata a început să scadă din nou în ultimii trei ani. Numărul total al copiilor plasați în grija statului (fie în instituții, fie într-un mediu familial) s-a micșorat semnificativ, de la aproximativ 98.000 de copii în 1997 la aproximativ 62.000 la finele anului 2013 (și la aproape 59.000 la sfârșitul lui iunie 2014). Cu toate acestea, a scăzut și populația totală de copii a țării și, astfel, rata copiilor aflați în grija statului de fapt a stagnat (1.776 în 2000 și 1.641 în 2011), ceea ce denotă eșecul sistemului de a diminua numărul copiilor ce intră în sistemul de protecție (Figura 35).

Figura 35: Proportia copiilor din sistemul de protecție specială (1997-2013)



Sursa: Estimări realizate de Banca Mondială folosind datele referitoare la numărul copiilor din sistemul de protecție socială furnizate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Buletin statistic din 30 septembrie 2014, și baza de date Transmonee pentru numărul total al copiilor (0-17 ani).

Studiile arată că toți acești copii care ajung în sistemul public de protecție prezintă vulnerabilități multiple și complexe la nivelul gospodăriei din care provin. Așa cum s-a menționat anterior, mulți dintre copiii ce intră în sistemul de protecție a copilului au fost abandonați în spitale. Potrivit datelor colectate de Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, principalele trei cauze ale separării copilului de familie și intrării în sistemul public de protecție sunt sărăcia (42%), abuzul și neglijarea (25%) și dizabilitatea (10%). Cu toate acestea, responsabilii de politici ar trebui să se asigure că sărăcia nu reprezintă niciodată singurul criteriu în baza căruia copilul este lipsit de ocrotire părintească,⁹⁹ evidențele sugerând că separarea este determinată de vulnerabilități multiple și complexe.¹⁰⁰ În majoritatea cazurilor, aceste vulnerabilități complexe constau într-o combinație de factori, precum

⁹⁸ MMFPS, DGPC (2011: 1). Numărul copiilor instituționalizați era de 23.240 în 2011 comparativ cu 23.103 în 2010.

⁹⁹ Standardele ONU pentru îngrijirile alternative (2009) și CE (2013).

¹⁰⁰ Stănculescu (2013).

sărăcie extremă, șomajul părinților, starea proastă sau lipsa unei locuințe, absenteism sau abandon școlar, competențe parentale inadecvate, violență domestică, risc crescut de neglijare și abuz al copilului (pe fondul abuzului de alcool al părinților), părinți tineri sau singuri, instabilitate conjugală, așteptări reduse și/sau stimă de sine scăzută și neputință dobândită.

Reducerea numărului de copii plasați în sistemul de protecție va necesita dezvoltarea unor servicii comunitare de prevenție și de sprijin. Minorii ajung adesea în sistemul de protecție a copilului din cauza lipsei unor servicii de identificare a copiilor în situație de risc, a serviciilor de intervenție timpurie și a sistemelor de referire la nivelul comunității. Potrivit statisticilor oficiale, copiii expuși riscului separării de familie reprezintă aproape 1,4% dintre copiii cu vârste cuprinse între 0 și 17 ani. Totuși, un studiu recent al UNICEF estimează un procent mai ridicat – de aproape 2% dintre copiii de 0-17 ani – dacă se iau în calcul copiii „invizibili”.¹⁰¹ Aceștia sunt copii ce nu au fost identificați și înregistrați de către autoritățile locale. Structurile comunitare consultative (SCC) reprezintă entități constituite juridic la nivel comunitar, ai căror membri provin din rândul actorilor locali (autorități locale, asistenți sociali, doctori, poliție și profesori). UNICEF (2006) a constatat faptul că numărul copiilor „invizibili” este mult mai mic în comunele în care funcționează structuri comunitare consultative, create însă în foarte puține locuri din România. Sistemul se află, în continuare, într-o fază de stagnare, iar autoritățile locale nu par să își fi asumat răspunderea de a implementa servicii menite să prevină separarea copiilor de familie.

Responsabilii de politici ar trebui să revizuiască actualele proceduri referitoare la plasamentul copiilor în alternative de tip familial în vederea reducerii numărului total al copiilor cu măsuri de protecție. La ora actuală, în România, peste 60.000 de copii sunt lipsiți de ocrotire părintească.¹⁰² Dintre aceștia, 61,4% se află în alternative de tip familial, respectiv 30,8% au fost plasați la asistenți maternali profesioniști și 30,6% sunt în grija familiei lor extinse (a rudelor) sau a altor familii. Proportia copiilor plasați în alternative de tip familial a scăzut de la 65,3% în 2007 la 61,4% în 2013. Acest lucru s-a datorat, în principal, tăierilor bugetare, care au dus la reducerea semnificativă a numărului asistenților maternali profesioniști,¹⁰³ dar și scăderii cu 25% a numărului copiilor plasați în grija rudelor. Numărul copiilor plasați familiei extinse sau altor familii este destul de mare, plasamentul în grija rudelor fiind adesea, de fapt, un mod prin care copiii rămân în familie și nu reprezintă o măsură de protecție propriu-zisă. Cu toate acestea, faptul că asistenții sociali trebuie să continue monitorizarea acestor cazuri adaugă o presiune inutilă asupra personalului, și așa limitat, din sistemul de protecție a copilului. Prin urmare, responsabilii de politici ar trebui să revizuiască actuala procedură privind plasarea copilului în grija rudelor și să o reîncadreze din măsură de protecție în măsură preventivă, delegând responsabilitatea monitorizării acestui tip de plasament autorităților locale, sub directă supraveghere a angajaților DGASPC. Acest lucru ar urma să reducă volumul de muncă al managerilor de caz din cadrul DGASPC (ceea ce, în schimb, ar crește calitatea managementului de caz) și, reducând costurile, ar îmbunătăți monitorizarea modului în care sunt îngrijiți copiii de către rude prin delegarea acestei activități la nivelul comunității.

Un aspect problematic îl constituie faptul că plasarea copilului în grija rudelor /familiei nu este reglementată la fel ca și asistența maternală. Pe de-o parte, nu există criterii și nici nu se impune pregătirea familiei înaintea plasamentului copilului la familia sa extinsă sau la o altă familie, situație ce poate implica riscuri pentru respectivii copii. Așadar, este important să se stabilească standarde minime de calitate pentru îngrijirile de tip familial, precum și criterii de selecție și condiții referitoare la pregătirea familiilor de plasament. O familie de plasament beneficiază de o alocație lunară de doar 97 RON (aproximativ 22 EUR) și de o alocație de hrană de sub 2 EUR pe zi pe copil, în timp ce un asistent maternal profesionist primește un salariu, însoțit de un pachet de prestații în natură ce include echipamente, lenjerie de pat, jucării, articole igienico-sanitare, rechizite și cheltuielile de trai pentru

¹⁰¹ Stănculescu și Marin (2012), copiii „invizibili” se referă la copiii care „în familiile, comunitățile și societățile lor, ies din atenția guvernelor, donatorilor, societății civile, mass-media și chiar a altor copii”, potrivit UNICEF (2006), Starea copiilor lumii 2006: excluși și invizibili, www.unicef.org.

¹⁰² 61.749, potrivit datelor ANPDCA pentru decembrie 2013.

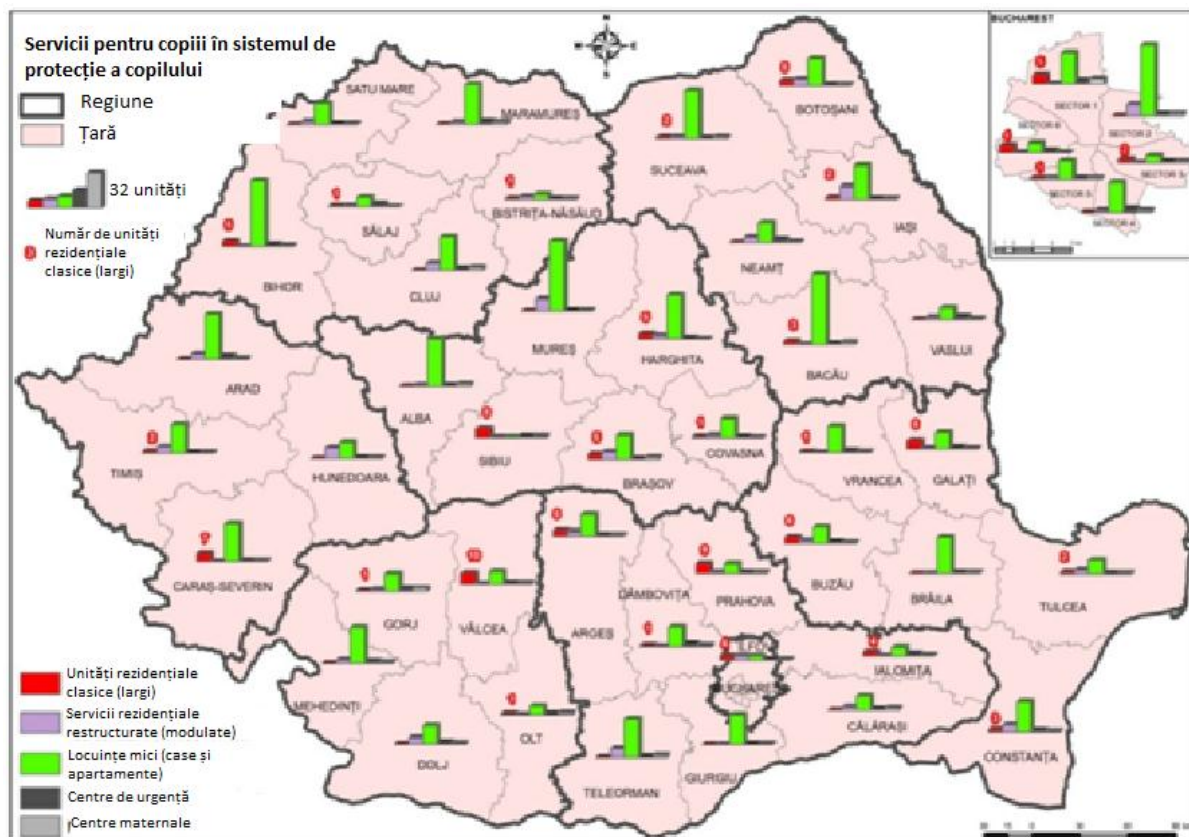
¹⁰³ De la 16.534 în 2008 la 12.513 în 2013.

copilul preluat în plasament. Anul acesta, ANPDCA a elaborat noi norme menite să încurajeze și să sprijine plasamentul în familie prin extinderea acoperirii acestor prestații în natură pentru a beneficia de ele și familia extinsă sau alte familii de plasament.¹⁰⁴

Chiar dacă închiderea sau restructurarea instituțiilor rezidențiale clasice de protecție a copilului reprezintă demersul cel mai stringent, mai trebuie realizate eforturi pentru a restructura unele dintre serviciile rezidențiale modulate în care trăiesc numeroși copii.

Aceste județe sunt: Alba, Arad, Brăila, Călărași, Dolj, Giurgiu, Hunedoara, Maramureș, Mehedinți, Mureș, Neamț, Satu Mare, Teleorman și Vaslui. Dintre cele șase sectoare ale municipiului București, două (2 și 4) au finalizat procesul.

Figura 36: Harta serviciilor rezidențiale de protecție a copilului, pe județe



Sursa: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție.

Notă: Printre instituțiile de tip rezidențial se numără centre de plasament, case de tip familial și apartamente gestionate de furnizori publici și privați.

Accelerarea procesului de închidere a tuturor vechilor instituții de protecție a copilului trebuie să rămână o prioritate, mai ales în cazul celor cu peste 50 de copii.¹⁰⁵ Guvernul a recunoscut deja că îngrijirea copilului în instituții este mai costisitoare și mai puțin benefică decât alternativele de tip familial. La 30 iunie 2014, din numărul total al copiilor lipsiți de ocrotire părintească, 21.365 (36,3%) se aflau în instituții de protecție. Majoritatea acestora trăiau în case de tip familial, însă 9.937 trăiau în continuare în instituții (atât clasice, cât și restructurate /modulate). Dintre aceștia, 8.679 se aflau în instituții publice și 1.258 în

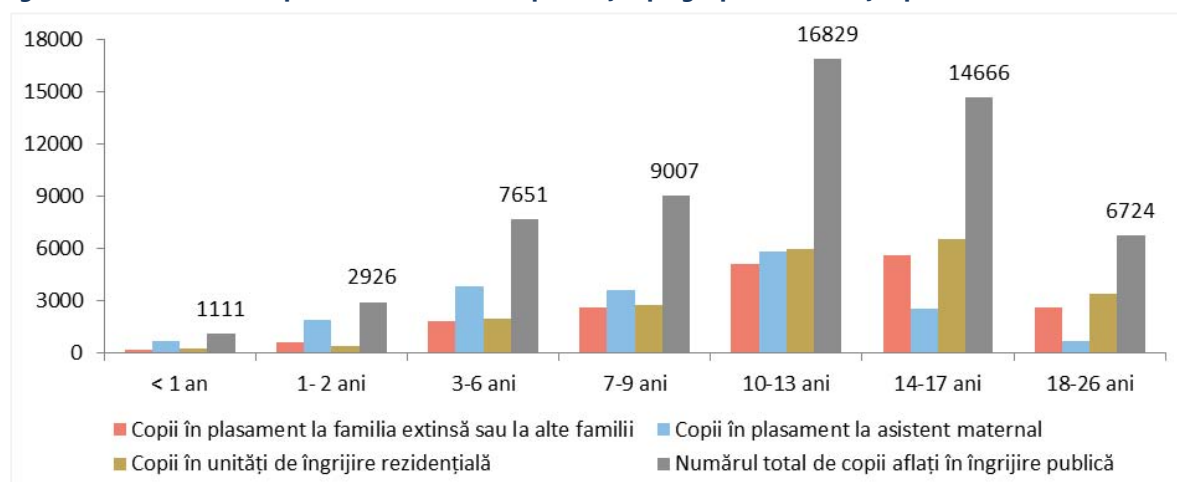
¹⁰⁴ În baza aceleiași reglementări, alocația de hrană va fi dublată (până la aproape 4 EUR pe copil pe zi) pentru toți copiii, fie din instituțiile de tip rezidențial, fie din alternativele de tip familial. Per total, alocația disponibilă pentru un copil plasat la o familie sau un asistent maternal va crește până la 600 RON (aproximativ 130 EUR) pe lună.

¹⁰⁵ Chiar dacă închiderea sau restructurarea instituțiilor rezidențiale de ocrotire a copilului clasice reprezintă demersul cel mai stringent, mai trebuie realizate eforturi pentru a restructura unele din serviciile rezidențiale modulate în care trăiesc numeroși copii.

instituții administrate de ONG-uri sau furnizori privați de servicii. După 2007, a început procesul de închidere a acestor instituții, însă într-un ritm foarte lent. În prezent, 248 de instituții mai sunt funcționale, din care 110 sunt instituții clasice (25 dintre acestea fiind administrate de furnizori privați de servicii) și 138 reprezintă instituții restructurate /modulate (23 dintre ele fiind administrate de furnizori privați de servicii). Așa cum arată și harta din Figura 36, instituțiile clasice ce ar trebui închise sunt distribuite neuniform pe teritoriul țării. Din cele 41 de județe, 14 au finalizat procesul de închidere a instituțiilor clasice,¹⁰⁶ în timp ce în trei județe mai funcționează opt până la zece instituții de protecție a copilului de mari dimensiuni (mai precis în Prahova, Sibiu și Vâlcea).

Copiii foarte mici ar trebui să constituie grupul țintă prioritar în următoarele etape ale reformei sistemului de protecție a copilului. Cu toate că s-au depus eforturi pentru evitarea instituționalizării copiilor sub 3 ani (și există legi ce interzic plasamentul copiilor sub 2 ani în instituții de tip rezidențial),¹⁰⁷ peste 700 de copii sub 3 ani se aflau în instituții de tip rezidențial la sfârșitul lui iunie 2014. Strategia în domeniul protecției copilului urmărește integrarea acestor copii în familiile lor sau plasarea la asistenți maternali. Cu toate acestea, dintre toți copiii plasați în grija serviciilor publice de protecție, majoritatea au vârste cuprinse între 10 și 13 ani (29%), urmând apoi grupa de vârstă de 14-17 ani (25%). Împreună, aceste două grupe de vârstă reprezintă peste jumătate dintre copiii aflați în instituții, numărul total și ponderea lor crescând constant în ultimii patru ani (de la 12.379, sau 53,6%, în 2010 la aproape 12.500 de copii, sau peste 58%, la finele lunii iunie 2014).

Figura 37: Distribuția copiilor din serviciile de protecție, pe grupe de vârstă și tipuri de servicii, iunie 2014



Sursa: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție.

Notă: Printre instituțiile de tip rezidențial se numără centre de plasament, case de tip familial și apartamente gestionate de furnizori publici și privați.

Creșterea calității îngrijirilor, însoțită de reducerea perioadei petrecute în sistemul de protecție la un minim necesar, este critică. Din cauza crizei economice, sistemul public de protecție se confruntă cu o lipsă cronică de personal. Din 2007, numărul total al angajaților din sistemul de protecție a copilului a scăzut cu 27%. Personalul serviciilor de tip rezidențial s-a diminuat cu 18% în aceeași perioadă. Cum fiecare manager de caz gestionează, în medie, 74 de cazuri active, cazul fiecărui copil este revizuit doar o dată la șase luni, nu la trei luni așa cum o cere legea, iar monitorizarea plasamentului are și ea de suferit, în general. Mecanismele de control al calității sunt slabe, inspecția socială efectuând o singură vizită obligatorie în teren, din cinci în cinci ani, când trebuie reînnoită autorizația instituției, remarcându-se totodată lipsa unor mecanisme de depunere a plângerilor adecvate copilului. Această situație ridică preocupări serioase în legătură cu calitatea îngrijirilor oferite copiilor în sistemul de protecție, ceea ce

¹⁰⁶ Aceste județe sunt: Alba, Arad, Brăila, Călărași, Dolj, Giurgiu, Hunedoara, Maramureș, Mehedinți, Mureș, Neamț, Satu Mare, Teleorman și Vaslui. Dintre cele șase sectoare ale municipiului București, două (2 și 4) au finalizat procesul.

¹⁰⁷ La ora actuală, se urmărește interzicerea, prin lege, a plasamentului instituționalizat a tuturor copiilor sub 3 ani.

poate expune copiii la abuz, neglijare și exploatare. Din cauza acestei incapacități a sistemului de protecție a copilului, copiii rămân în sistem, în medie, aproximativ șapte ani, chiar dacă îngrijirea în sistemul public ar trebui să fie temporară.

Responsabilii de politici trebuie să aibă în vedere realizarea următoarelor demersuri pentru a consolida managementul de caz în cadrul sistemului de protecție a copilului: (i) acordarea copiilor ce intră în sistemul de protecție a copilului a unor servicii adecvate adaptate nevoilor lor specifice și reducerea perioadei petrecute în sistem la un minim necesar prin planificare, implementare și revizuire adecvate; (ii) revizuirea și aplicarea standardelor managementului de caz pentru a îmbunătăți comunicarea și colaborarea intersectorială și multidisciplinară; (iii) investirea în formarea continuă a tuturor angajaților DGASPC (inclusiv a asistenților maternali).

De asemenea, trebuie să aibă în vedere următoarele acțiuni pentru a îmbunătăți mecanismele de control al calității în cadrul sistemului de protecție a copilului: (i) revizuirea actualelor cerințe legislative în sensul creșterii frecvenței controalelor de calitate și aplicării standardelor minime de calitate; (ii) introducerea unui mecanism de evaluare periodică a performanțelor angajaților din sistemul de protecție a copilului și a unui set specific de indicatori de performanță pentru evaluarea performanțelor profesionale ale personalului DGASPC; (iii) introducerea unor mecanisme de evaluare periodică (anuală) a calității serviciilor oferite de DGASPC, inclusiv a unor evaluări realizate de beneficiarii finali (copii și părinți); (iv) introducerea unor mecanisme de depunere a plângerilor accesibile și adecvate copiilor (concepute cu contribuția directă a copiilor) pentru a îmbunătăți controlul calității și a reduce riscul de abuz, neglijare și exploatare.

C. Tinerii ce părăsesc instituțiile de tip rezidențial

Tinerii de peste 18 ani pot rămâne în sistemul de protecție a copilului până la vârsta de 26 de ani dacă urmează o formă de învățământ. Astfel, la 30 iunie 2014, peste 11% dintre copiii aflați în grija statului erau, de fapt, tineri cu vârste cuprinse între 18 și 26 de ani.

Principala prioritate în anii ce urmează va fi creșterea numărului copiilor și al tinerilor ce părăsesc serviciile de protecție a copilului pentru o viață sustenabilă. În perioada 1 iulie 2013-30 iunie 2014, în România, peste 8.500 de copii au ieșit din sistemul de protecție a copilului. Părăsirea sistemului se face în următoarele cazuri: reintegrarea copilului în familia sa naturală sau extinsă (40%), integrarea socială /viață independentă (40%), adopție (11%) și alte situații ce includ transferul în sistemul de protecție a adulților (9%). Tinerii (cei peste 18 ani) reprezintă 43% din aceste ieșiri, majoritatea fiind integrați în societate (39% din totalul ieșirilor) și sub 4% fiind reintegrați în familiile lor. În cazul copiilor mai mici, principala cale de ieșire o constituie reintegrarea în familia lor naturală sau extinsă (mai ales în cazul celor cu vârste cuprinse între 7 și 17 ani) sau adopția (în special în cazul celor cu vârste cuprinse între 1 și 6 ani).

Acordarea de sprijin copiilor din sistemul de protecție pentru a-și dezvolta deprinderile necesare unei vieți independente este extrem de importantă din punctul de vedere al integrării lor sustenabile și cu succes în societate. În momentul de față, serviciile de integrare socială și profesională și cele de dezvoltare a deprinderilor de viață independentă sunt slab dezvoltate în România, cu toate că au fost adoptate standarde de calitate și linii directe în acest sens, acum câțiva ani. Tocmai din acest motiv, tinerii ce părăsesc sistemul de protecție a copilului la împlinirea vârstei de 18 ani reprezintă o categorie vulnerabilă expusă riscului de excludere socială. Prin urmare, guvernul trebuie să impună dezvoltarea și formarea obligatorie a deprinderilor de viață în sistemul de protecție a copilului, conform standardelor de calitate și liniilor directe. Deși accentul ar trebui să cadă prioritar pe copiii de 14-17 ani, aceste demersuri ar trebui să se adreseze și copiilor de 10-13 ani, căutându-se totodată modalități de a include copiii indiferent de vârstă deoarece deprinderile de viață reprezintă un proces de învățare pe tot parcursul vieții.

Responsabilii de politici ar trebui să se pregătească acum pentru următoarele contingente de copii ce vor părăsi instituțiile, prin consolidarea serviciilor ce oferă sprijin în vederea integrării sociale. În prezent,

tinerii ce părăsesc instituțiile nu au parte de sprijinul familiei sau de deprinderile necesare pentru integrarea socio-profesională. Având în vedere numărul tot mai mare de tineri ce părăsesc instituțiile anual (aproximativ 4.000 în 2014), se remarcă o nevoie acută de servicii care să îi ajute să ducă o viață independentă, să își găsească un loc de muncă și să obțină o locuință adecvată. Cu toate că această problemă a fost declarată o prioritate a programului de guvernare încă din 2006, odată cu adoptarea *Strategiei naționale de incluziune socială a tinerilor care părăsesc sistemul de protecție a copilului 2006-2008*, situația nu s-a ameliorat încă. Pentru a facilita integrarea socială a tinerilor ce părăsesc sistemul de protecție, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere acordarea de sprijin în tranziția lor de la instituționalizare la o viață independentă, inclusiv locuințe protejate sau sociale, consiliere și asistență pentru găsirea unui loc de muncă.

D. Tinerii și copiii străzii

Fenomenul copiilor fără adăpost ar trebui gestionat ca o prioritate majoră, în vederea eradicării sale complete. Pentru a atinge acest obiectiv, responsabilii de politici vor trebui să elimine cauzele principale ale fenomenului și să creeze servicii specializate adresate copiilor străzii.

Prioritatea cea mai stringentă trebuie să fie realizarea unei analize naționale a problematicii copiilor străzii. DGASPC au raportat un total de 954 de copii ai străzii la finele anului 2013.¹⁰⁸ Din cauza slabelor mecanisme de monitorizare și a fiabilității discutabile a datelor disponibile, se cunoaște prea puțin situația reală a copiilor și tinerilor ce trăiesc pe străzi.¹⁰⁹ Cu toate acestea, studiile anterioare au arătat faptul că tinerilor și copiilor străzii li se neagă majoritatea drepturilor și că aceștia sunt excluși din societate. Traiul pe străzi este însoțit de grave probleme de sănătate, malnutriție cronică, abandon școlar și analfabetism (aproximativ 50%), abuz fizic (uneori chiar din partea poliției),¹¹⁰ abuz sexual (început, de obicei, în familie și continuat pe străzi), stigmatizare și discriminare, acces limitat la servicii sociale (educație, servicii medicale și asistență socială), consum de droguri sau solvenți (inclusiv auroloc sau diluanți) și chiar prostituție.

Prioritar, se remarcă necesitatea unui sistem de monitorizare a copiilor străzii și a serviciilor create pentru a răspunde nevoilor lor, pentru a le asigura integrarea în societate și a preveni această problemă pe viitor. Cu toate că există politici naționale menite să elimine fenomenul copiilor și adulților fără adăpost, inițiativele curente se limitează la a oferi sprijin social, acces la servicii medicale de urgență și locuințe de urgență și temporare. ONG-urile, pe de altă parte, oferă asistență medicală, educație, sprijin psihosocial și, uneori, locuințe, folosesc tehnici stradale și desfășoară campanii de sensibilizare cu privire la acest fenomen. Totuși, acțiunile lor au o slabă acoperire și depind puternic de disponibilitatea fondurilor, în special din partea donatorilor internaționali. Pentru a elimina această problemă, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni fundamentale: (i) revizuirea standardelor de calitate pentru serviciile adresate copiilor străzii cu scopul de a asigura un răspuns integrat (care să includă sprijin psihosocial, educație, asistență medicală și asistență juridică); (ii) externalizarea sau contractarea serviciilor de la ONG-uri sau alți furnizori privați de servicii; (iii) elaborarea și implementarea unor mecanisme de prevenție adaptate care să elimine principalele cauze ale problemei, așa cum sunt identificate acestea în studii; (iv) introducerea mecanismelor

¹⁰⁸ Tinerii și copiii străzii au fost împărțiți în următoarele categorii: (i) 383 ce trăiesc pe străzi, fără familie, perioade îndelungate de timp; (ii) 339 ce trăiesc cu familia, dar merg sau sunt purtați pe străzi zilnic pentru a cerși, a curăța parbrize și pentru alte activități similare; (iii) 232 ce trăiesc pe străzi cu familia lor.

¹⁰⁹ În 2009, Salvați Copiii a făcut un calcul estimativ în trei mari orașe – București, Brașov și Constanța. Numărul copiilor astfel identificați a fost de aproape 1.400 (cel mai mic număr fiind de 800 și cel mai mare de 1.700). Majoritatea lor trăiesc în capitală (aproximativ 1.150). În orașul de pe litoral, Constanța, numărul acestora variază în mare parte în funcție de anotimp. Peste jumătate sunt copii (0-17 ani), ceilalți fiind tineri cu vârste cuprinse între 18 și 35 de ani. Copiii ce trăiesc pe străzi au, în general, un nivel scăzut de educație (majoritatea au terminat cel mult ciclul primar), iar principala lor sursă de venit o constituie cerșitul, urmat de munci zilnice ocazionale și spălatul mașinilor /parbrizelor. În general, au acces redus sau deloc la servicii. Deși în București situația este ceva mai bună, peste jumătate dintre subiecți (55,9%) beneficiind de servicii la un moment dat, în Brașov și Constanța foarte puțini au beneficiat de astfel de servicii.

¹¹⁰ Alexandrescu (2002).

(multidisciplinare /intersectoriale) de identificare timpurie, referire și răspuns pentru copiii aflați în situații de risc.

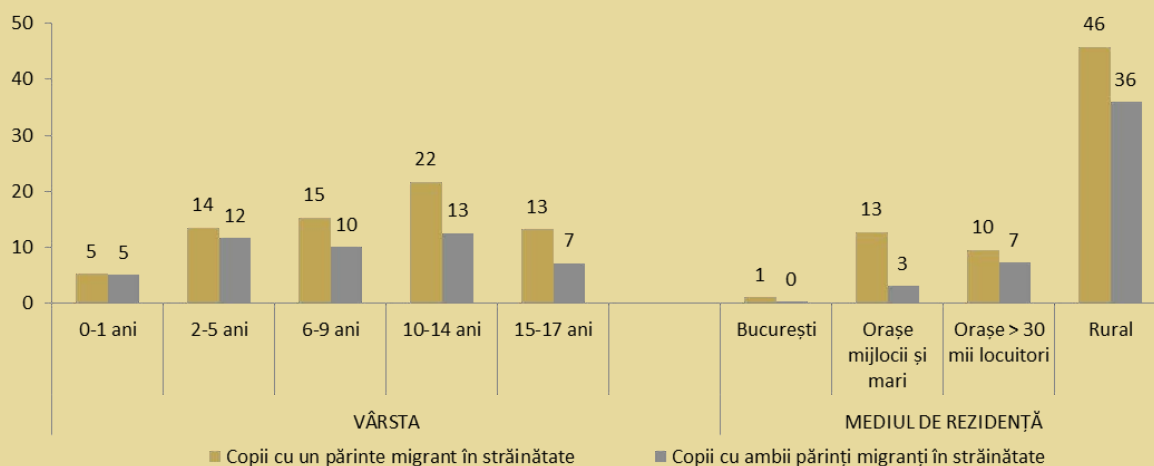
E. Copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate

Ar trebui creat un sistem permanent și fiabil pentru monitorizarea copiilor cu părinți plecați la muncă în străinătate. Potrivit datelor oficiale (colectate de DGASPC începând cu 2006), în decembrie 2013, 80.036 de copii aveau părinți migranți.¹¹¹ Cu toate acestea, numărul lor pare să fi scăzut din decembrie 2010.¹¹² Însă, este posibil ca statisticile oficiale să subestimeze numărul copiilor confrunțați cu această situație deoarece iau în calcul doar emigranții care intenționează să își schimbe oficial domiciliul.¹¹³ În realitate, părinții migranți informează foarte rar (7%) autoritățile locale despre intenția lor de a pleca la muncă în străinătate. Alte surse de date¹¹⁴ sugerează, de asemenea, că numărul copiilor cu părinți migranți este mai mare decât cel reflectat de statisticile oficiale ale DGASPC. În plus, la nivel comunitar, există mai multe instituții care adună date referitoare la acești copii, inclusiv SPAS (care raportează către DGASPC), școlile și, uneori, autoritățile locale. Totuși, nu există o metodologie uniformă pentru colectarea și diseminarea acestor date între instituții, ceea ce înseamnă că acestea sunt rareori analizate și folosite pentru a informa deciziile politice la nivel național sau local.

Caseta 16: Copiii cu părinți migranți, conform datelor Recensământului din 2011

Numărul total al copiilor cu vârste cuprinse între 0 și 17 ani înregistrat în România cu ocazia Recensământului din 2011 a fost de 3,83 de milioane. Aproximativ 3% din totalul copiilor (sau peste 116.000 de copii) au sau au avut unul (1,8%) sau ambii (1,2%) părinți plecați la muncă în străinătate. Numărul copiilor lăsați acasă de unul sau ambii părinți ce pleacă peste hotare este mai mare în mediul rural decât în cel urban (4,1% față de 1,8%), discrepanță ce se adâncește odată cu creșterea vârstei copilului – de la 2,6% în cazul copiilor de sub 1 an, 3% în cazul copiilor de 2-9 ani, 3,2% pentru copiii de 10-14 ani până la 3,1% în cazul adolescenților de 15-17 ani.

Figura 38: Copii cu unul sau ambii părinți plecați la muncă în străinătate (mii)



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului din 2011.

Notă: Persoane plecate la muncă sau studii în străinătate, care nu sunt prezente în familie de mai puțin de 12 luni.

¹¹¹ Dintre aceștia, 22.329 aveau ambii părinți plecați la muncă în străinătate, 47.394 aveau unul dintre părinți plecat la muncă peste hotare și 10.313 proveneau din familii în care părintele unic susținător era plecat la muncă în străinătate.

¹¹² În decembrie 2010, se aflau în evidență 84.084 de copii cu părinți migranți.

¹¹³ UNICEF și Asociația Alternative Sociale (2008).

¹¹⁴ FSD (2007) a relevat faptul că 170.000 de elevi din clasele V-VIII aveau cel puțin unul dintre părinți plecat la muncă peste hotare, dar doar 82.464 dintre copii erau înregistrați oficial ca atare la acea vreme. Un alt studiu sociologic întreprins în 2008 a identificat 350.000 de copii români cu părinți migranți.

Datele recensământului indică un tipar predominant potrivit căruia mama rămâne acasă să aibă grijă de copii, iar tatăl pleacă la muncă în străinătate (și probabil trimite acasă bani pentru a-și întreține familia). Din totalul copiilor cu părinți migranți, 43% trăiesc cu mama lor și 16% cu tatăl lor, iar restul de 41% au ambii părinți plecați. Părinții ce rămân acasă să aibă grijă de copii sunt cel mai adesea salariați (35%), lucrători pe cont propriu în agricultură (22%) sau persoane casnice (26%). Ceilalți părinți, până la 100%, dețin un statut ocupațional diferit, precum patron (0,4%), persoană fizică autorizată în sectorul non-agricol (2%), șomer (5,2%) sau student (1,2%). Prin comparație, în familiile cu ambii părinți prezenți, 56% dintre părinți sunt salariați, 13% sunt lucrători pe cont propriu în agricultură și alte 13% sunt persoane casnice. Prin urmare, bunăstarea familiilor cu copii în care un părinte a rămas acasă, iar celălalt lucrează peste hotare depinde puternic de remitențe. În ceea ce privește educația (Tabel A 27), datele Recensământului din 2011 arată că în cazul copiilor cu ambii părinți plecați la muncă (fie în străinătate, fie în țară) riscul de a nu merge la școală este extrem de ridicat. Lipsa ocrotirii părintești plasează copilul într-o situație de mare vulnerabilitate, în timp ce prezența unui părinte în familie îi oferă sentimentul de stabilitate și contribuie la dezvoltarea copilului.

Copiii cu părinți plecați la muncă în străinătate prezintă o provocare aparte pentru serviciile de protecție socială deoarece nevoile lor de dezvoltare sunt, în principal, de natură emoțională, nu financiară. Acești copii au, în general, o situație materială bună. Un studiu al UNICEF¹¹⁵ arată că migrația părinților aduce familiei unele avantaje pe termen scurt, precum creșterea nivelului de trai, dar este posibil ca acești copii să fie vulnerabili la șocurile sărăciei monetare din cauza puternicei lor dependențe de remitențe. Cu toate că accesul lor la serviciile de sănătate nu pare a fi foarte diferit de cel al copiilor din familii complete, principala consecință pentru acești copii este suferința emoțională și psihologică, descrisă atât de părinți, cât și de copii.¹¹⁶ În ceea ce privește profilul copiilor lăsați acasă de migranți, jumătate dintre copiii cu ambii părinți plecați au sub 10 ani, iar peste jumătate dintre acești au între 2 și 6 ani. În ceea ce privește timpul petrecut fără părinți, 16% dintre copiii cu ambii părinți plecați în străinătate au stat peste un an fără să-și vadă părinții, iar 3% au petrecut peste patru ani separați de părinții lor.

În ciuda lipsei datelor cantitative exacte, se poate estima că o proporție importantă a copiilor cu părinți migranți nu par a avea nevoie de servicii de sprijin. Dintre copiii lăsați acasă, cel mai mare risc îl prezintă cei cu ambii părinți plecați peste hotare, care se pot confrunta cu traume psihologice din cauza separării îndelungate de părinții lor. În cazul majorității copiilor luați în evidență de către DGASPC,¹¹⁷ persoana responsabilă de copil (părintele prezent sau o rudă) nu beneficiază de niciun fel de sprijin specializat. Dintre cei 80.036 de copii cu părinți migranți înregistrați oficial în 2013, în jur de 3.700 au avut nevoie de măsuri de protecție specială,¹¹⁸ însă numărul lor a scăzut față de 2010. În prezent, autoritățile locale nu dețin resursele umane și materiale necesare pentru a combate acest fenomen. Este esențial să se dezvolte capacitatea instituțiilor locale de a răspunde la acest fenomen deoarece nu sunt semne care să arate că plecarea la muncă în străinătate se va reduce în viitorul apropiat, iar acești migranți se întorc rareori acasă sau chiar deloc.

Obiectivul principal al guvernului trebuie să fie acordarea unor servicii de sprijin adecvate copiilor în situație de risc ai căror părinți muncesc peste hotare și adulților în grija cărora se află aceștia. Ținând cont de acest obiectiv, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele demersuri: (i) consolidarea serviciilor de asistență socială la nivel comunitar, lucru esențial pentru întregul sistem de protecție socială și pentru acoperirea unei palete largi de nevoi; (ii) îmbunătățirea și consolidarea mecanismelor de monitorizare și raportare la nivel local (SPAS) pentru a permite identificarea timpurie a copiilor care au nevoie de sprijin; (iii) capacitatea școlilor în sensul compensării absenței părinților prin consiliere; (iv) dezvoltarea serviciilor socio-educative de tipul *after-school*.

¹¹⁵ Stănculescu (2012).

¹¹⁶ UNICEF și Asociația Alternative Sociale (2008).

¹¹⁷ În decembrie 2013, 95% dintre copiii cu unul sau ambii părinți plecați și 88% dintre copiii cu unul dintre părinți plecat la muncă în străinătate.

¹¹⁸ Peste jumătate (53%) erau plasați la rude, 14% erau încredințați asistenților maternali, 8% au fost plasați la alte familii și 25% se aflau în instituții de tip rezidențial.

Dezvoltarea serviciilor de sprijin adresate copiilor în situație de risc ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate și adulților în grija cărora se află aceștia ar putea viza zonele geografice cu cea mai mare incidență a acestei categorii de copii. Datele Recensământului din 2011 indică faptul că 71% dintre copiii cu unul sau ambii părinți plecați peste hotare provin din mediul rural și că peste 40% trăiesc în șapte județe, respectiv Maramureș, Satu Mare, Suceava, Botoșani, Iași, Dâmbovița și Bacău.¹¹⁹ Mai mult, 45% dintre copiii cu ambii părinți plecați provin din aceleași șapte județe.

F. Servicii adresate copiilor privați de libertate

Numărul copiilor privați de libertate se află în scădere, în România. În al treilea trimestru al anului 2013, 2.400 de copii care au comis infracțiuni nu executau pedepse privative, iar alți 1.700 de copii aflați în detenție erau incluși în statisticile Administrației Naționale a Penitenciarelor.¹²⁰ Rata oficială a delincvenței juvenile¹²¹ a rămas relativ constantă din 2003, cifrele apropiindu-se de nivelul din 2011 de 1.400 la 100.000 de copii, scăzând ușor până la 1.211 în 2012. Situația s-a ameliorat în ultimii ani la nivelul tuturor indicatorilor.¹²² Băieții reprezintă 95% dintre copiii arestați, 91% dintre copiii condamnați și 95% dintre minorii aflați în detenție.¹²³

S-a înregistrat o scădere și mai spectaculoasă în ceea ce privește numărul copiilor aflați în detenție (cu alte cuvinte, la nivelul numărului total al copiilor privați de libertate în regim închis în urma implicării lor probate sau suspectate în activități infracționale). Acest indicator a scăzut de la 1.955 de cazuri în 2000 la 444 în 2012, potrivit ultimelor date disponibile.¹²⁴ Este dificil de făcut comparații internaționale deoarece există diferențe semnificative între sistemele de justiție juvenilă ale țărilor europene (Figura 39).

Nu sunt disponibile date publice cu privire la rata recidivei sau a comiterii de noi infracțiuni în rândul copiilor și tinerilor eliberați din detenție, însă experții estimează¹²⁵ că aproximativ 8 din 10 copii și tineri ce ies din închisoare vor ajunge din nou în detenție la un moment dat. Este necesară o analiză completă a profilului socio-demografic al copiilor privați de libertate din România în vederea informării viitoarelor măsuri de politică.

¹¹⁹ Numărul copiilor cu părinți migranți ca procent din numărul total al copiilor din județ era de 8,4% în Maramureș, 7,1% în Satu Mare, 6,1% în Suceava, 5,3% în Botoșani, 5% în Iași, 4,6% în Dâmbovița și 4,5% în Bacău.

¹²⁰ În România, există patru penitenciare de minori (Bacău, Craiova, Tichilești și Târgu Mureș) și trei centre de reeducare (Buziaș, Găiești și Târgu Ocna).

¹²¹ Datele TransMONEE includ doar infracțiunile comise de infractorii minori în vârstă de 14-17 ani și nu iau în calcul infracțiunile comise cu participarea infractorilor minori. Sunt incluse toate infracțiunile comise de minori raportate, indiferent de anul înregistrării lor.

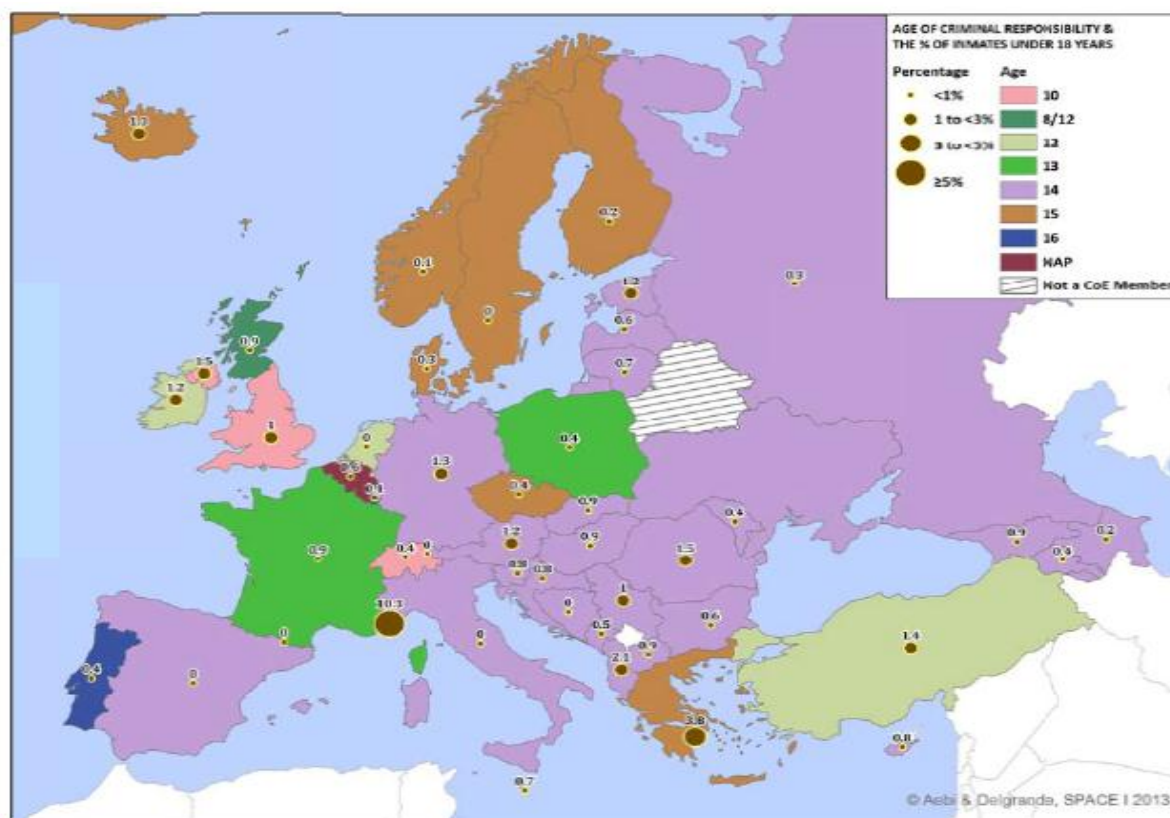
¹²² În termeni absoluți, numărul infracțiunilor comise de minori sau cu participarea copiilor cu vârste cuprinse între 14 și 17 ani a scăzut de mai bine de două ori în 2012 (10.713), comparativ cu 2000 (25.470). Numărul copiilor arestați a scăzut, de asemenea, de la 790 în 2004 la 450 în 2011, dar a crescut la 887 în 2012. Numărul minorilor acuzați de o infracțiune a scăzut de la 16.510 în 2001 (0,32% din populația de 0-17 ani) la 10.482 în 2012 (0,24% din populația de 0-17 ani). În 2012, 444 de copii au fost arestați și închiși în instituții de detenție, ceea ce înseamnă mai puțin de o pătrime din nivelul perioadei 2000-2002. Numărul minorilor condamnați în 2012 a fost de 3.026, reprezentând din nou aproximativ jumătate din nivelul înregistrat între 2000 și 2006. (Baza de date TransMONEE 2014).

¹²³ Baza de date TransMONEE 2014.

¹²⁴ Rata (ca procent din populația totală de copii) a scăzut de la 0,03% la 0,01%. Rata condamnării minorilor (la 100.000 de copii de 14-17 ani) s-a diminuat de asemenea, de la 518 la 342 (baza de date TransMONEE 2014).

¹²⁵ Aceste estimări au la bază consultările întreprinse în 2010-2011 de experții Salvați Copiii cu copii și tinerii cu pedepse și măsuri educaționale privative de libertate și cu experții din penitenciare. Consultările au fost realizate în cadrul proiectului JUST – Justiție juvenilă.

Figura 39: Distribuția țărilor europene, în funcție de vârsta de răspundere penală și proporția copiilor sub 18 ani aflați în detenție, în 2013



Sursa: Aebi și Delgrande (2015: 83).

Notă: Această hartă trebuie folosită cu precauție. Multe din cifrele prezentate sunt parțiale și nu permit comparații între țări. Mai multe state nu au furnizat date referitoare la populația carcerală generală. Așadar, uneori au fost folosite datele disponibile (de exemplu, doar cele privitoare la deținuții cu condamnare). Mai mult, câteva țări incluse în hartă (de exemplu, Italia) nu cuprind în populația carcerală persoanele aflate în instituțiile pentru infractori minori. În consecință, procentul deținuților cu vârste sub 18 ani este zero sau aproape zero.

Stabilirea unui răspuns de politică adecvat la problema delincvenței juvenile este relevantă atât la nivel național, cât și la nivel UE deoarece vizează o categorie vulnerabilă ce prezintă risc crescut de excluziune socială. În plus, cuprinde activități de prevenire a „infracțiunilor comise de adulții de mână.”¹²⁶ Consiliul European pentru Justiție Juvenilă a selectat trei principii ce vor sta la baza intervențiilor sale în perioada 2015-2017: (i) facilitarea accesului la justiție și drepturi procedurale, dificil de implementat în cazul copiilor care ajung în sistemul de justiție, (ii) promovarea justiției restaurative, definită ca „un sistem de justiție ce renunță la abordarea punitivă în favoarea implicării mai active a victimei, infractorului și comunității, într-un scop educativ,” și (iii) asigurarea că „minorii neînsoțiți, copiii migranți și victimele traficului de persoane” nu sunt supuse „exploatării, discriminării, abuzului și violenței.”¹²⁷ Cu toate acestea, problema delincvenței juvenile nu a fost abordată în cele mai recente documente relevante de programare ale României – proiectul de Strategie de dezvoltare a sistemului judiciar 2015-2020 sau recent adoptata Strategie națională în domeniul protecției și promovării drepturilor omului 2014-2016. De asemenea, delincvența juvenilă este rar menționată în Strategia națională de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2014-2018, elaborată de Administrația Națională a Penitenciarelor.

Guvernul României a făcut deja câțiva pași spre crearea unui cadru legislativ aferent măsurilor de justiție restaurativă, însă implementarea sa lasă de dorit. În ultimii doi ani, majoritatea deținuților „minori”

¹²⁶ Observatorul Internațional de Justiție Juvenilă (2010).

¹²⁷ Consiliul European pentru Justiție Juvenilă, Foaie de parcurs 2015-2017.

(inclusiv cei cu vârste cuprinse între 18 și 21 de ani) au fost eliberați din penitenciare după adoptarea de către guvern a noului Cod Penal. Direcția Națională de Probațiune raportează că, din cei 7.700 de deținuți evaluați pentru a beneficia de regimul de probațiune în 2013, peste 5.000 erau minori (sub 21 de ani). Totodată, 20.446 de foști deținuți eliberați în 2013 și în anii precedenți au continuat să se afle sub supraveghere, din care 18.710 erau minori. Noile prevederi ale Codului Penal stabilesc sentințe neprivative de libertate în cazul copiilor care au săvârșit o faptă penală. Aceste sentințe pot include un stagiul de formare civică, consemnare la sfârșit de săptămână și asistare zilnică. Cu toate acestea, în afară de Tribunalul pentru Minori și Familie Brașov, nu prea există instanțe speciale care să audieze cazurile în care sunt implicați copii, iar judecătorii și funcționarii instanțelor nu beneficiază de formare specială care să asigure o practică coordonată și corespunzătoare în domeniul justiției juvenile.¹²⁸

Legislația prevede ca penitenciarele, centrele de reeducare și centrele de detenție să organizeze și să ofere activități educaționale, culturale, terapeutice, psihologice și asistență socială în timpul detenției care să faciliteze reintegrarea socială a persoanelor deținute. În cadrul proiectelor elaborate în parteneriat cu MMFPSPV sau alți parteneri, Administrația Națională a Penitenciarelor oferă cursuri de formare profesională, orientare și consiliere vocațională, precum și asistență pentru plasarea pe piața muncii minorilor în detenție în ideea de a-i ajuta să se reintegreze în societate după eliberare.¹²⁹

Legea prevede și acordarea de asistență psihosocială copiilor implicați în acte de delincvență, inclusiv celor aflați în detenție. Membrii acestei categorii sunt adesea expuși actelor de violență și influențelor antisociale în mediul lor social și, în perioada de detenție în centrele de reeducare sau penitenciare, riscă să nu aibă un parcurs normal de dezvoltare. Cu toate acestea, în România, măsura în care colaborează magistrații și specialiștii din serviciile de asistență psihosocială variază de la un județ la altul și se remarcă o lipsă acută de servicii de sprijin adresate copiilor victime și celor în conflict cu legea.¹³⁰

Ar trebui dezvoltată prevenția delincvenței juvenile la nivelul comunităților, cu implicarea sectorului educației și al asistenței sociale. În plus, sistemul de justiție restaurativă nu va funcționa dacă nu se întărește cooperarea între membrii sistemului judiciar și personalul DGASPC și SPAS. Studiile au identificat lipsa serviciilor disponibile copiilor privați de libertate ca principala cauză pentru slaba colaborare intersectorială.¹³¹

Cu toate că în centrele de detenție se desfășoară activități de reabilitare, când sunt eliberați, copiii și tinerii se confruntă cu numeroase obstacole ce cresc riscul de recidivă. Cele mai frecvente sunt lipsa sprijinului și/sau respingerea familiei (ceea ce duce la lipsa unui adăpost la ieșirea din detenție), dificultăți legate de găsirea unui loc de muncă (calificări profesionale necorespunzătoare, dublate de lipsa deprinderilor și cunoștințelor necesare pentru a căuta un loc de muncă), nivel scăzut de educație și lipsa competențelor și abilităților minime pentru a face față vieții în libertate, cum ar fi independență, interacțiune socială și folosirea transportului public.

Principalele obiective ale guvernului pentru această categorie de copii trebuie să fie asigurarea reintegrării cu succes a acestora în familiile lor și în societate și prevenirea recidivei. În scopul atingerii acestor obiective, ar trebui avute în vedere următoarele acțiuni: (i) crearea unei rețele de servicii adresate copiilor aflați în conflict cu legea; (ii) creșterea calității serviciilor de detenție pentru minori și tineri; (iii) îmbunătățirea mecanismelor de monitorizare a serviciilor de detenție pentru minori și tineri; (iv) consolidarea și dezvoltarea capacității SPAS de a furniza servicii de sprijin la nivel local; (v) îmbunătățirea și consolidarea mecanismelor specifice de monitorizare și raportare la nivelul SPAS astfel încât să se asigure identificarea timpurie a minorilor ce au nevoie de sprijin și aplicarea unor intervenții eficiente.

¹²⁸ Asociația Magistraților Iași, Asociația Alternative Sociale și UNICEF România (2010).

¹²⁹ Potrivit legislației, tinerii de 16 ani și peste cu cel puțin opt clase pot accesa o gamă de cursuri de formare.

¹³⁰ Asociația Magistraților Iași, Asociația Alternative Sociale și UNICEF România (2010).

¹³¹ Asociația Magistraților Iași, Asociația Alternative Sociale și UNICEF România (2010).

Servicii adresate mamelor adolescente

Numărul nașterilor în rândul mamelor adolescente de sub 15 ani a crescut într-un mod îngrijorător în ultimii ani. Potrivit datelor INS, în 2011, s-au înregistrat 2.898 de nașteri în rândul mamelor cu vârste de sub 20 de ani, reprezentând 10,6% din totalul nașterilor din același an. Deși rata nașterilor a scăzut în rândul tuturor mamelor adolescente (de la 13,2% în 2006), este alarmant faptul că, în 2011, 748 dintre mame aveau mai puțin de 15 ani (3,6% din numărul total al nașterilor înregistrate în rândul mamelor adolescente), în creștere de la 551 de nașteri și 1,9% în 2006.

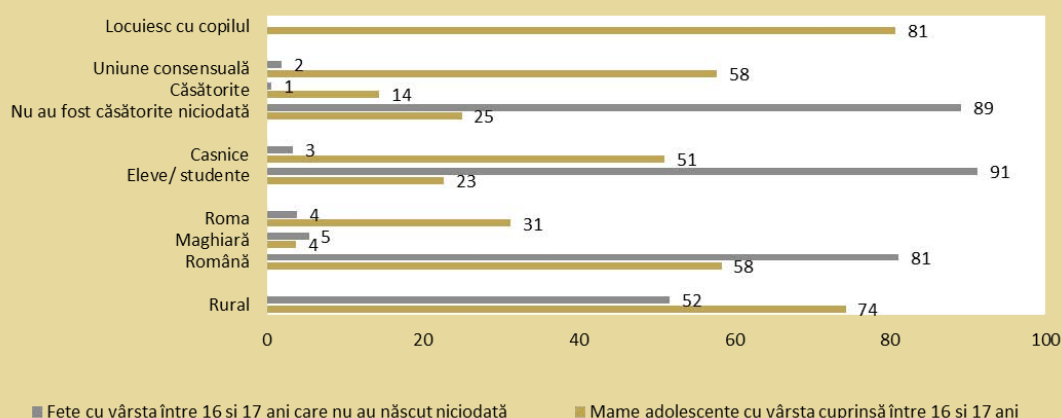
Serviciile preventive, în special cele legate de educație și sănătate, sunt esențiale pentru reducerea sarcinilor adolescente. De exemplu, responsabilii de politici ar putea avea în vedere următoarele: (i) introducerea unor politici educaționale (cum ar fi campanii de informare) care să prevină comportamentele sexuale cu risc¹³² în rândul adolescenților; (ii) îmbunătățirea monitorizării stării de sănătate a adolescentelor în vederea detectării precoce a sarcinilor; (iii) sporirea accesului adolescenților la servicii de consiliere medicală și planificare familială.

Din punctul de vedere al serviciilor sociale, va fi necesară consilierea categoriilor expuse riscului pentru a reduce și a preveni comportamentele sexuale cu risc și sarcinile în rândul adolescenților. Responsabilii de politici trebuie să conceapă protocoale clare privind referirea imediată a tuturor adolescentelor însărcinate către serviciile sociale pentru a beneficia de consiliere și sprijin cât mai devreme. Aceste servicii vor urmări să mențină copilul în familie (dacă se poate) sau să îi găsească un cămin stabil, dar și să ajute mamele să își continue studiile sau să își găsească un loc de muncă, după caz.

Caseta 17: Mamele adolescente, conform datelor Recensământului din 2011

Datele Recensământului din 2011 au înregistrat la nivelul țării 8.605 de cazuri de mame adolescente cu vârste cuprinse între 11 și 17 ani (cu 8.422 de copii în familiile lor). Dintre acestea, 7.175 aveau 16 sau 17 ani (7.246 de copii), ceea ce înseamnă că rata mamelor adolescente din această grupă de vârstă era de 3,3%. Această rată este semnificativ mai mare în mediul rural decât în cel urban (4,7% față de 1,8%) și este extrem de ridicată la nivelul fetelor de etnie romă (22,1%).

Figura 40: Comparație între mamele adolescente și alte fete de 16-17 ani (%)



Sursa: Calcule ale Băncii Mondiale realizate folosind datele Recensământului din 2011.

¹³² Comportamentul sexual cu risc al adolescenților este direct legat de fenomenul sarcinilor adolescente și al mamelor adolescente. Un studiu recent arată că, în România, 25% dintre adolescenții de peste 14 ani și 1% dintre cei sub 14 ani sunt activi din punct de vedere sexual (CURS, ISE și UNICEF, 2013). În medie, adolescenții își încep viața sexuală la 15 ani și jumătate. La momentul studiului, adolescenții activi din punct de vedere sexual avuseseră 2,3 parteneri și 68% dintre ei erau implicați într-o relație stabilă. Mai puțin de jumătate (47%) dintre adolescenții cu viață sexuală activă foloseau periodic mijloace de protecție, în principal pentru prevenirea sarcinii și nu pentru a se proteja împotriva bolilor cu transmitere sexuală. Sondajul din care au fost preluate aceste date a fost realizat pe un eșantion de 607 adolescenți (de 10-17 ani), cu o marjă de eroare de +/- 3,9% și un nivel de încredere de 95%.

Majoritatea româncelor de 16-17 ani sunt nemăritate, trăiesc cu părinții și familia și sunt eleve la zi. La polul opus, mamele adolescente de 16-17 ani provin de obicei din mediul rural, se află într-o uniune consensuală sau sunt căsătorite și trăiesc – alături de partener și copilul lor – cu familia extinsă, iar 77% dintre ele au renunțat la școală, majoritatea lor devenind casnice. De asemenea, datele Recensământului indică faptul că vulnerabilitățile prezentate de mamele adolescente sunt perpetuate mai târziu în viață. Astfel, tinerele de 18-24 de ani care au devenit mame în adolescență prezintă un dezavantaj față de cele care au născut primul copil după vârsta de 18 ani, dezavantaj care este și mai mare atunci când le comparăm cu tinerele fără copii.

Serviciile adresate mamelor adolescente și copiilor lor trebuie dezvoltate în întreaga țară, mai ales în mediul rural. Potrivit Recensământului din 2011, 73% dintre copiii cu mame adolescente și 72% dintre mamele adolescente trăiesc la țară, majoritatea în 10 județe – Mureș, Dolj, Bihor, Iași, Dâmbovița, Brașov, Bacău, Argeș, Galați și Constanța.

Servicii adresate persoanelor cu dizabilități

Persoanele cu dizabilități și cele ce suferă de invaliditate reprezintă aproape 7% din populația României, procent ce a crescut constant din 2006. Persoanele cu dizabilități se estimează că reprezintă 3,5% din populație, majoritatea locuind cu familia lor sau fiind independente (peste 98%).

La ora actuală, se lucrează la crearea unui sistem unic de evaluare a limitărilor funcționale ale persoanelor. În România, peste 1,4 milioane de persoane prezintă diferite niveluri de limitări funcționale, fie din cauza pierderii capacității de muncă (parțiale sau totale) în cazul persoanelor în vârstă activă (denumită „invaliditate”), fie din cauza unei boli sau a unui handicap din naștere. Potrivit actualei legislații naționale, limitările funcționale ale persoanelor sunt evaluate de două comisii separate, una ce se ocupă de accidente de muncă și cealaltă de dizabilitățile ce nu țin de domeniul muncii. În prezent, un proiect al Băncii Mondiale asistă guvernul să fuzioneze criteriile și instrumentele de evaluare din cele două sisteme.

Tabel 29: Evoluția numărului de persoane cu dizabilități sau invaliditate (în mii)

	Dec 2011	Dec 2012	Dec 2013
Numărul total al persoanelor cu dizabilități în România (copii + adulți), din care:	690	697	692
Copii (total)	60	61	61
Adulți (total)	629	636	631
Copii cu handicap grav	30	31	32
Adulți cu handicap grav	202	203	203
Copii în instituții de tip rezidențial pentru adulții cu dizabilități	0,026	0,015	0,012
Copii în instituții de tip rezidențial pentru copiii cu dizabilități (servicii de tip rezidențial publice și private, cumulativ)	9	9	8
Adulți în instituții de tip rezidențial	17	17	17
Numărul total al beneficiarilor unei pensii de invaliditate	805	748	715

Sursa: MMFPSPV, Buletin statistic trimestrial, decembrie 2013.

Unificarea sistemelor de evaluare a limitărilor funcționale este absolut necesară având în vedere faptul că pensia de invaliditate este mult mai generoasă decât indemnizația de handicap. Această diferență face ca potențialii beneficiari să încerce să devină eligibili pentru obținerea pensiei de invaliditate, mai ales că actuala legislație permite accesarea ambelor prestații simultan. În 2010, aproximativ 50% dintre persoanele ce primeau indemnizația de handicap beneficiau și de o pensie, iar 20% primeau o pensie de invaliditate.¹³³ Totuși, acest lucru se datorează, în principal, oportunităților limitate pe care le au persoanele cu dizabilități de a intra pe piața muncii în timpul vieții lor active, din cauza barierelor

¹³³ Banca Mondială (2014).

structurale descrise în capitolul Ocuparea forței de muncă. În plus, comisia de evaluare consideră adesea găsirea unui loc de muncă drept motiv de anulare sau reducere a eligibilității beneficiarului pentru primirea indemnizației de handicap. Aceasta descurajează aceste persoane să accedă la piața formală a muncii și îi încurajează să încerce să obțină pensia de invaliditate.

Cerințele specifice în materie de acces la servicii în cazul persoanelor cu dizabilități sau invaliditate sunt abordate de două documente de politică importante, actualmente în curs de elaborare de către MMFPSPV. Primul este Strategia națională pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități 2015-2020, iar al doilea reprezintă noua metodologie unificată pentru evaluarea situației și nevoilor persoanelor cu dizabilități și a celor ce suferă de invaliditate, în concordanță cu Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF). Recomandările formulate în această Strategie au ținut seama și de părerile familiilor, profesioniștilor și persoanelor cu dizabilități, exprimate în ultimii ani diferitelor ONG-uri din domeniul dizabilității sau în cadrul consultărilor din procesul de elaborare a Strategiei naționale pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități (2015-2020).¹³⁴

Persoanele cu dizabilități și cele ce suferă de invaliditate au nevoi comune, dar și diferite pentru diverse servicii sociale. Cei care se încadrează în ambele categorii au nevoie de măsuri în sfera accesibilității, dar și de servicii de (re)abilitare și medicale, transport adaptat, servicii de respiro, centre de zi, îngrijire pe termen lung sau la domiciliu, adaptarea locuinței și învățare pe tot parcursul vieții.¹³⁵ Cu toate acestea, nevoile legate de diagnosticarea și intervenția precoce, educație și primele etape ale formării profesionale sunt specifice persoanelor cu dizabilități deoarece, în cazul majorității lor, dizabilitățile se manifestă înainte de vârsta activă.

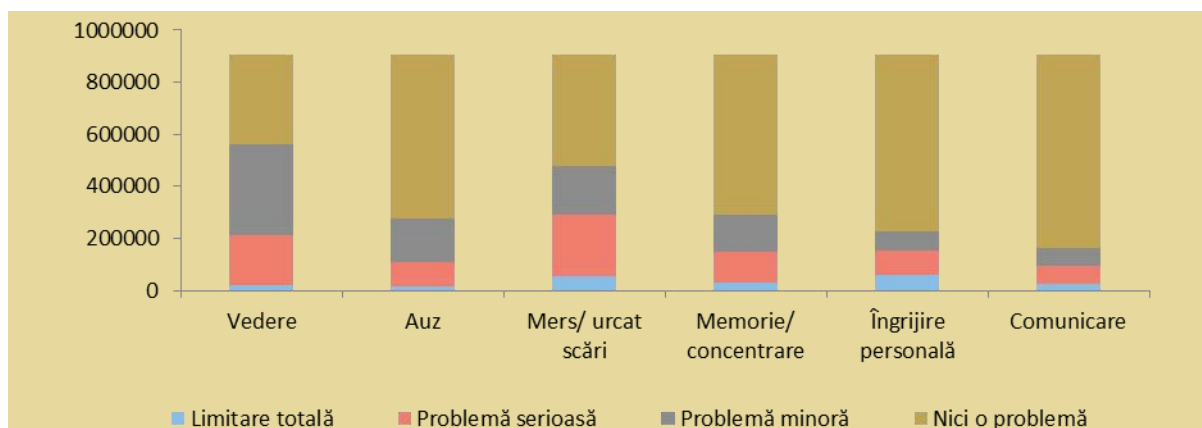
Caseta 18: Persoane cu limitări funcționale totale, conform datelor Recensământului din 2011

Recensământul din 2011 a inclus un set de întrebări despre afecțiunile medicale ce împiedică subiectul să își desfășoare activitatea zilnică. Aproximativ 906.000 persoane au declarat că activitatea lor zilnică este limitată de una sau mai multe probleme de sănătate ce le afectează vederea, auzul, mersul sau urcatul scărilor, memoria sau concentrarea, îngrijirea personală sau comunicarea. Majoritatea au raportat limitări minore, cauzate de probleme de vedere. Limitarea totală datorată problemelor de sănătate a fost raportată de 115.000 persoane (sau 0,6% din populația totală). Aceste persoane sunt femei și bărbați din întreaga țară, din mediul rural, comunitățile urbane mici și mari și din toate județele. Majoritatea au 55 de ani și peste, 5% sunt copii, 28% au între 18 și 54 de ani, 13% au vârste cuprinse între 55 și 64 de ani, 17% au între 65 și 74 de ani, iar 37% sunt persoane de 75 și peste. Majoritatea trăiesc în familie, iar 61% beneficiau de ajutor și sprijin și partea membrilor familiei sau a altor persoane. Cu toate acestea, 30% dintre persoanele cu limitări totale datorate problemelor de sănătate se confruntă cu serioase dificultăți deoarece nu primesc ajutor din partea nimănui, în această situație aflându-se chiar și unii dintre cei ce trăiesc cu familia.

Figura 41: Numărul persoanelor a căror activitate zilnică este limitată de probleme de sănătate

¹³⁴ Recomandări specifice legate de consultările realizate pe marginea viitoarei strategii sunt puse la dispoziție de Secretariatul ONG coordonat de Fundația Alpha Transilvania, Târgu Mureș, www.alphatransilvania.ro

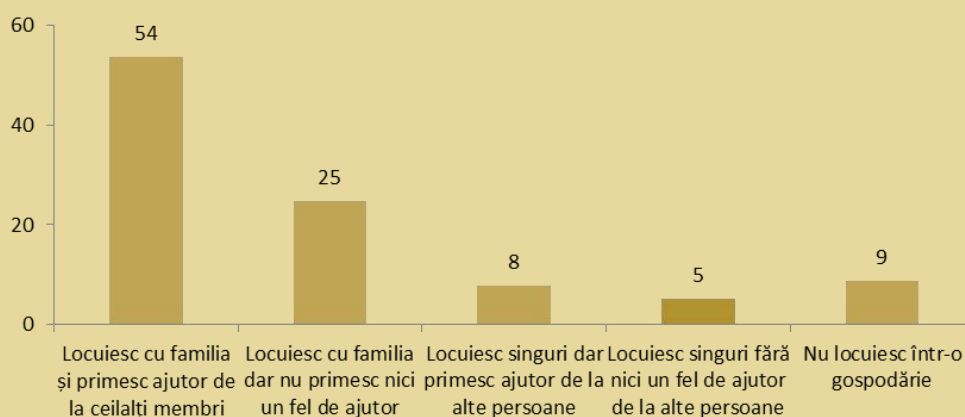
¹³⁵ În contextul Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, serviciile de abilitare și reabilitare includ o gamă variată de activități care permit persoanelor cu dizabilități să obțină gradul maxim de independență și participare la viața socio-economică. În timp ce abilitarea se referă, în principal, la acele măsuri prin care persoanele ating un nivel de funcționare mult mai mare față de cel anterior (limitat de obicei din cauza deficiențelor din naștere sau de la o vârstă foarte fragedă), serviciile de reabilitare se concentrează asupra restaurării (sau compensării) acelor abilități care s-au pierdut din cauza unei deficiențe sau vătămări. Diferențierea terminologică se datorează faptului că aceste două situații necesită adesea tipuri diferite de servicii și intervenții. În documentul de față, se folosește termenul „servicii de (re)abilitare” atunci când se face referire la ambele măsuri.



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului din 2011.

Notă: N=906,5 mii de persoane.

Figura 42: Sprijinul acordat de familie persoanelor cu limitări totale datorate problemelor de sănătate



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului din 2011.

Servicii de detectare precoce și intervenție timpurie

Este esențial să se asigure o gamă mai largă de servicii de detectare precoce și intervenție timpurie în vederea acordării de îngrijiri corespunzătoare copiilor cu dizabilități.¹³⁶ Diagnosticarea precoce și intervenția timpurie dețin o importanță majoră în cazul copiilor cu dizabilități. În funcție de afecțiunea medicală a copilului, o deficiență sau limitare funcțională poate fi detectată cu succes imediat după naștere (de exemplu, diferite forme de agenezie sau paralizie cerebrală) sau în primele șase luni până la trei ani de viață. Detectarea precoce crește șansele copilului de a dobândi deprinderile de care are nevoie pentru a trăi cât mai independent posibil. În acest sens, Strategia de față recomandă următoarele:

- Fiecare spital pediatric ar trebui să aibă un departament de detectare precoce, cu profesioniști pregătiți să acopere întregul spectru al afecțiunilor ce pot cauza dizabilități.¹³⁷

¹³⁶ Detectarea precoce reprezintă un proces de *screening* și diagnosticare, conceput pentru a identifica posibile riscuri de deficiență, întârzieri în dezvoltare sau limitări funcționale la sugari și copii mici. Intervenția timpurie reprezintă un set de servicii interdisciplinare complete ce contribuie la dezvoltarea sugariilor și a copiilor mici cu dizabilități (0-3 ani) și reduc la minim riscul apariției retardului fizic, psihologic sau de dezvoltare.

¹³⁷ De exemplu, tulburările din spectrul autist (TSA), sindromul Down, sindromul X fragil, paralizie cerebrală, diverse forme de agenezie, sindromul Prader Willi, sindromul Coffins Siris, alte boli genetice rare, ADHD, dificultăți de învățare și întârzieri de vorbire.

- Fiecare secție de maternitate și spital pediatric ar trebui să aibă un departament de consiliere care să ofere sprijin familiilor după diagnosticarea dizabilității efective sau potențiale. Consilierea familială ar trebui să ofere îndrumare, sprijin concret, soluții practice și informații în primele etape ale procesului de (re)abilitare.
- Fiecare oraș ar trebui să aibă cel puțin un departament de intervenție timpurie sau servicii speciale pentru persoanele confruntate cu diferite tipuri de limitări funcționale (fizice, senzoriale, intelectuale și comportamentale).

Rețeaua serviciilor de detectare precoce și intervenție timpurie ar trebui să acopere întregul spectru al dizabilităților și întreg teritoriul țării. În prezent, în România, detectarea precoce a afecțiunilor medicale ce pot cauza apariția unei dizabilități este realizată de către medicii de familie sau specialiștii din unitățile de pediatrie, neuropediatrie sau neuropsihiatrie infantilă. Cu toate acestea, există câteva tipuri de boli – precum tulburările din spectrul autist (TSA), tulburări de comportament, tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD) și unele boli genetice rare – care rămân adesea nediagnosticate, chiar și de către departamentele medicale specializate. În timp ce diagnosticarea medicală a afecțiunilor neuromotorii și senzoriale este relativ frecventă, mai ales în spitalele de pediatrie sau în unitățile de recuperare fizică din spitalele generale, diagnosticarea dificultăților de dezvoltare și de învățare și a dizabilităților intelectuale este mai rară deoarece se pune accent pe detectarea precoce și intervenția timpurie în cazul acestor afecțiuni abia din 2001 sau 2002. Mai mult, serviciile de intervenție timpurie sunt, de obicei, situate în reședința de județ, ceea ce înseamnă că sunt generalmente inaccesibile multor familii ce trăiesc în orașele mici sau în mediul rural deoarece transportul până acolo este adesea slab pus la punct sau costisitor.

Calitatea serviciilor existente de detectare precoce și intervenție timpurie din România ar putea fi îmbunătățită prin adoptarea bunelor practici testate.

- Numărul profesioniștilor ce se specializează în diagnosticarea precoce este încă foarte redus, majoritatea actualilor practicieni fiind formați – sau dobândind calificări suplimentare în domeniu – în cadrul unor programe din Europa de Vest (precum pediatrii, neuropediatrii, neurologii, logopezii, psihologii și fizioterapeuții). Cu toate acestea, Universitatea din Cluj oferă în prezent un program de formare a profesioniștilor în detectarea precoce a deficiențelor și în intervenția timpurie, în cadrul Facultății de Psihopedagogie Specială. Ministerul Educației a aprobat curriculumul în 2013.¹³⁸
- În România, modul în care familiile sunt informate despre dizabilitatea copilului lor este necorespunzător. Potrivit mai multor ONG-uri,¹³⁹ părinții au declarat că personalul medical a descris adesea dizabilitatea copiilor lor ca pe o afecțiune ireversibilă și o povară ce va afecta viața familiei. În ciuda câtorva exemple și inițiative pozitive, practica generală este destul de umiltoare și apăsătoare pentru familii. Prin urmare, cadrele medicale trebuie să beneficieze de formare în acest sens.
- În ultimii cinci ani, s-au înregistrat progrese semnificative în domeniul diagnosticării TSA, însă familiile din orașele mici și din mediul rural au rareori acces la profesioniști medicali capabili să evalueze și să diagnosticheze astfel de cazuri. În perioada 2010-2013, MMFPSPV, în parteneriat cu Fundația Romanian Angel Appeal și Asociația de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România, a creat 40 de centre de consiliere și sprijin pentru familiile persoanelor cu TSA.¹⁴⁰ Astfel de servicii de sprijin sunt foarte necesare în întreaga țară, cu precădere în orașele mai mici.

¹³⁸ <http://www.monitoruljuridic.ro/act/anexa-din-18-ianuarie-2013-privind-continutul-educativ-pentru-interventie-timpurie-anteprescolara-destinat-copiilor-cu-deficiente-senzoriale-multiple-surdocecitate-emitent-ministerul-educatiei-147553.html>

¹³⁹ Autism România, Centrul European pentru Drepturile Copilului și Asociația Părinților Copiilor cu Dizabilități Fizice

¹⁴⁰ O hartă a acestor servicii este prezentată la adresa <http://autism.raa.ro/servicii/centre-de-consiliere-si-asistenta>.

- În ultimul deceniu, câteva ONG-uri¹⁴¹ au început să dezvolte servicii de intervenție timpurie și sprijin pentru copiii în situație de risc și familiile acestora, în cooperare cu autoritățile locale și/sau serviciile publice existente (spitale, grădinițe și servicii de consiliere). Secțiile de maternitate și spitalele de pediatrie din localitățile pilot au aderat treptat la programul de *screening* precoce al copiilor cu risc.

Tabel 30: Servicii de diagnosticare precoce și intervenție timpurie în România

	Servicii generale*	Servicii specifice	Servicii de sprijin
Tipologie	A. Medicină de familie B. Secții de maternitate C. Servicii de pediatrie D. Unități neuropsihiatrice E. Unități neuropsihiatrice	A. <i>Servicii medicale</i> Servicii complexe de <i>screening</i> și diagnosticare pentru copiii cu risc de deficiență sau limitare funcțională. Acestea sunt disponibile, în principal, în spitalele de pediatrie, dar și în unitățile de neuropsihiatrie pentru tulburările din spectrul autist (TSA). B. <i>Servicii multidisciplinare</i> Serviciile de intervenție timpurie sunt disponibile în câteva din marile orașe, punând accent mai ales pe fizioterapie, logopedie, terapii comportamentale și de învățare (inclusiv terapii specifice pentru TSA), stimulare senzorială (auz și vâz) și terapie prin artă. Aceste servicii sunt oferite de unitățile de reabilitare medicală sau ONG-uri. C. <i>Educație timpurie</i> – descrisă în capitolul Educație	A. Consiliere familială, elaborarea planurilor individualizate de reabilitare pentru copii, adaptarea locuinței și asistență psihologică pentru părinți și familia extinsă B. Grupuri de auto-ajutor pentru familii D. Informare și conștientizare, atât a familiilor, cât și a profesioniștilor
Profesioniști ce oferă astfel de servicii în prezent	Medici de familie Neonatologi Pediatri Neuropediatri Ortopezi Neuropsihiatri	Neuropediatri Ortopezi Neuropsihiatri infanțili Psihologi Educativi Psihopedagogi Logopezi Fizioterapeuți Terapeuți ocupaționali	Psihologi Logopezi Fizioterapeuți Psihopedagogi Asistenți sociali

Notă: * Aceste servicii sunt destinate să informeze familia în legătură cu riscul apariției unei deficiențe sau limitări funcționale.

Servicii de reabilitare

Trebuie create echipe multidisciplinare mobile de intervenție timpurie, mai ales pentru copiii cu dependențe majore și afecțiuni medicale complexe și pentru cei ce trăiesc în localitățile rurale sau izolate. Numărul și componența acestor echipe ar trebui adaptate la nevoile locale (județene). Cu toate acestea, exemplele de bună practică implică, de obicei, o medie de trei sau patru echipe pe județ, fiecare cuprinzând un fizioterapeut, un psiholog, un logoped, un asistent medical, un asistent social și un

¹⁴¹ Câteva exemple ar fi Alpha Transilvania din Târgu Mureș (pentru copiii cu dizabilități neuromotorii); Speranța din Timișoara (pentru copiii cu probleme de dezvoltare); Centrul pentru Reabilitare Motorie din Cluj; Thysia și Albin din Oradea; Sense International din București, Oradea, Timișoara și Iași (pentru copiii cu deficiențe de auz și vedere); World Vision din Cluj, Craiova și București; Help Autism din București; Centrul Iulia Pantazi din București și Fundația Inocenti din Bistrița.

psihopedagog sau educator. În prezent, acest gen de echipă multidisciplinară mobilă pentru intervenții timpurii este rar folosit în România. În 2011, MMFPSPV a creat 20 de echipe mobile care să sprijine familiile ce au grijă de copiii lor cu dizabilități în 18 județe și două sectoare din București.¹⁴²

Este nevoie de mai multe centre și servicii de (re)abilitare în comunitățile mici, inclusiv de echipe mobile care pot oferi servicii integrate în zonele rurale și cele izolate și persoanelor cu mobilitate redusă. În mod evident, abilitarea /reabilitarea nu se limitează la asistență medicală. Cuprinde o gamă mult mai largă de activități, inclusiv terapii fizice, psihosociale și ocupaționale, precum și o varietate de servicii de sprijin pentru traiul în comunitate și activitățile de zi cu zi.

Deși, în trecut, reabilitarea medicală se făcea, în general, într-un cadru instituțional, aceste servicii sunt tot mai des furnizate la nivelul comunității de către autoritățile locale sau ONG-uri acreditate (Anexe: Servicii de recuperare medicală pentru persoanele cu dizabilități). Ministerul Sănătății sprijină această tendință pozitivă. Cu toate acestea, responsabilii de politici trebuie să încurajeze crearea mai multor servicii de reabilitare medicală pentru adulți, care rămân în urma celor adresate copiilor, mai ales la capitolul accesibilitate fizică și financiară. În mod similar, în timpul cercetării calitative, ONG-urile au menționat nevoia unui număr mai mare de echipamente medicale, consumabile medicale și medicamente gratuite sau compensate pentru persoanele cu dizabilități. De asemenea, furnizorii de servicii atrag atenția asupra stimulentei necesare pentru a atrage și a reține personalul ce lucrează cu persoanele cu dizabilități complexe sau dependențe majore, având în vedere plecarea în străinătate a multora dintre acești profesioniști, la mare cerere în Europa de Vest.

Servicii adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală

Potrivit OMS, sănătatea mintală reprezintă o stare de bine grație căreia individul își poate atinge potențialul, poate face față stresului normal al vieții, poate munci într-un mod productiv și poate aduce o contribuție comunității. Tulburările mintale cuprind o gamă largă de probleme cu simptome diferite. Cu toate acestea, sunt generalmente caracterizate de o combinație de gânduri, emoții, comportamente și relații negative cu ceilalți. Câteva exemple de afecțiuni psihice sunt depresia, anxietatea, tulburările de comportament la copii, tulburarea bipolară și schizofrenia. Factorii cheie ce împiedică persoanele astfel afectate să acceseze servicii de calitate sunt discriminarea și marginalizarea, stigmatizarea și lipsa coordonării intersectoriale, ce se traduce în slaba colaborare între instituțiile de la nivel central și cel local.

Persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt expuse unui risc crescut de sărăcie și excluziune socială. Problemele de sănătate mintală și sărăcia formează, de obicei, un cerc vicios. Persoanele ce trăiesc în sărăcie dezvoltă mai ușor probleme de sănătate mintală, care sunt mai grave, mai de durată și cu consecințe mai serioase decât în cazul restului populației.¹⁴³ Invers, în absența protecției și asistenței sociale și financiare ținute, persoanele cu probleme mintale pot cădea în sărăcie sau nu reușesc să iasă din sărăcie.¹⁴⁴ Pentru a rupe cercul vicios al sărăciei și discriminării, va fi necesară introducerea mai multor programe de abilitare comunitară și de generare a veniturilor adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

Stigmatizarea reprezintă un obstacol major în accesarea îngrijirilor adecvate pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală. Multor persoane le este teamă de „etichetarea” ca având o problemă de sănătate mintală, motiv pentru care amână sau evită să se trateze. Această auto-stigmatizare însoțită

¹⁴² Arad, Argeș, Bihor, Bistrița Năsăud, Brăila, Brașov, Dâmbovița, Dolj, Galați, Giurgiu, Gorj, Mehedinți, Mureș, Neamț, Olt, Sălaj, Satu Mare, Vaslui și București (Sectoarele 4 și 6). Fiecare echipă mobilă este formată dintr-un logoped, un fizioterapeut, un psiholog, un asistent social, un pediatru, un terapeut ocupațional și un psihopedagog. <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparenta/comunicare/comunicate-de-presa/2009-rezultatele-implementarii-proiectului-cresterea-capacitatii-autoritatilor-publice-locale-din-romania-in-vederea-sprajinirii-copiiilor-cu-dizabilitati-in-cadrul-propriilor-familii>.

¹⁴³ Lunda et al (2010).

¹⁴⁴ OMS (2012).

de experiențele anterioare negative trăite în sistemul de sănătate mintală (de exemplu, atitudinea discriminatorie a personalului medical, costurile mari și lipsa cunoștințelor în materie de sănătate din partea pacientului) fac de multe ori ca persoana cu probleme mintale să amâne consultarea unui profesionist.¹⁴⁵ În acest context, multe probleme de sănătate mintală rămân insuficient diagnosticate și netratate. Este important ca specialiștii din domeniul medical și social care lucrează cu persoanele cu probleme de sănătate mintală să ofere informații accesibile referitoare la simptome și tratament și să se asigure că pacienții își înțeleg drepturile. Sunt necesare programe educaționale și de advocacy pentru promovarea sănătății mintale și eliminarea miturilor referitoare la problemele mintale, în rândul populației largi și al medicilor specialiști.

În 2002, Guvernul României a adoptat Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice. Aceasta a intrat în vigoare abia în 2006, când s-a lansat Strategia națională în domeniul sănătății mintale. Din 2007, Ministerul Sănătății implementează Programul Național de Sănătate Mintală, ce are drept scop asigurarea accesibilității, continuității și calității serviciilor adresate persoanelor cu probleme de sănătate mintală. În 2009, guvernul a înființat Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog și a demarat procesul de reformare a sistemului de asistență în domeniul sănătății mintale. Strategia națională din domeniul sănătății 2014-2020 – „Sănătate pentru prosperitate” subliniază nevoia de a ameliora sănătatea mintală a populației prin asigurarea unui acces egal la servicii medicale adecvate și eficiente. Dreptul copiilor cu tulburări psihice la tratament, demnitate și participare activă în comunitate este prevăzut în Strategia națională de sănătate mintală a copilului și adolescentului, recent aprobată după ce s-a aflat în dezbatere din anul 2007.

Există o puternică nevoie de colaborare orizontală și verticală între instituții în vederea acordării serviciilor medicale și sociale corespunzătoare persoanelor cu probleme mintale. Teoretic, un pacient cronic poate fi spitalizat pentru maxim 44 de zile (114 de zile în cazul pacienților cronici de lungă durată) într-un spital de psihiatrie, după care ar trebui transferat într-o instituție specializată de tip rezidențial, precum centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică (CRRN), care în principiu trebuie să ofere îngrijiri specializate de recuperare și reabilitare de tip rezidențial și să asigure, când este posibil, reintegrarea socială și profesională a persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Cu toate acestea, în practică, acest lucru variază la nivelul țării fiindcă nu există mecanisme de referire clare sau protocoale de colaborare între instituții. Cel puțin două dintre ministere trebuie să își coordoneze politicile și strategiile – Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV), dar și cele două structuri locale – spitalele de psihiatrie și CRRN, gestionate sau nu direct de către MMFPSPV. CRRN sunt finanțate de MMFPSPV și consiliile județene, la nivel național sunt supravegheate de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități, iar la nivel județean sunt subordonate Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) și consiliilor județene.

Prin urmare, pentru binele pacientului, trebuie să existe mai multă colaborare între instituții și sectoare. În momentul de față, unele servicii oferite de spitalele de psihiatrie și de secțiile de psihiatrie ale spitalelor generale se suprapun cu serviciile CRRN. Deși spitalele de psihiatrie și CRRN ar trebui să furnizeze servicii complementare pacienților cu probleme de sănătate mintală, în practică adesea oferă servicii similare, dar cu specialiști diferiți, surse de finanțare diferite și standarde diferite de costuri unitare (Caseta 19).

Caseta 19: O comparație între spitalele de psihiatrie și centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică

SPITALE DE PSIHIATRIE	CENTRE DE RECUPERARE ȘI REABILITARE NEUROPSIHIATRICĂ (CRRN)
<ul style="list-style-type: none"> - Coordonate de Ministerul Sănătății - Finanțate de Ministerul Sănătății și, parțial, de consiliile județene - Reprezintă opțiunea clasică pentru persoanele neinstituționalizate care consultă specialistul din proprie inițiativă sau sunt aduse de către familie, SMURD sau altcineva - Acordă îngrijiri pacienților cu afecțiuni acute sau cronice 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonate de DGASPC - Finanțate de MMFPSPV și consiliile județene - Reprezintă opțiunea modernă în principal pentru adulții ce au fost instituționalizați în copilărie. De obicei, sunt îndrumați către CRRN de către SPAS sau DGASPC, în funcție de locurile disponibile. - Acordă îngrijiri pacienților cu afecțiuni cronice - 100% dintre pacienți sunt de lungă durată

Opinia administratorului unui spital de psihiatrie

În spitalul nostru, majoritatea pacienților, peste 70%, reprezintă cazuri sociale. Teoretic, perioada de spitalizare pentru cazurile cronice este de 44 de zile. În mod normal, după 44 de zile ar trebui să le facem ieșirea din spital, dar nu putem pentru că nu avem unde să îi trimitem. Discutăm aceste cazuri cu municipalitatea... [dar] municipalitatea nu îi acceptă, deși fiecare primărie ar trebui să aibă locuințe speciale sau protejate pentru astfel de persoane. Însă știm că asta implică costuri ridicate. [...] Cei care au familii ar trebui reintegrați în familie. Dar știți cum e, și familiile trebuie educate. Ne spun: „Nu puteți să îl mai țineți în spital încă puțin?”. Și e normal, pentru că întreaga răspundere a tratamentului le revine lor odată ce pacientul ajunge acasă. Mulți nu înțeleg acest lucru ... așa că nu acordă importanță tratamentului și starea pacientului se înrăutățește ... Aici... toată lumea este fericită, toată lumea se simte bine. Dacă discutați cu pacienții, veți vedea, mulți dintre ei nu vor să meargă acasă, nu vor să se întoarcă la familiile lor. Ce să înțelegi din asta? Ce tratament poate primi un astfel de pacient în familia lui? Vă spun, sunt la marginea societății.

Sursa: Banca Mondială (2014).

Lipsurile instituționale au permis crearea unor mecanisme funcționale informale. În multe spitale de psihiatrie, chiar și în secțiile de psihiatrie ale spitalelor generale, majoritatea pacienților rămân ani de zile, în unele cazuri mai bine de 15 ani. Această situație este consecința cercului vicios datorat numărului mic de instituții care pot prelua astfel de pacienți după ce ies din spital (în principal, numărului mic de

CRRN) și familiilor și/sau autorităților locale care nu dețin capacitatea necesară pentru a le oferi îngrijirile specializate de care au nevoie. În majoritatea cazurilor, spitalele și secțiile de psihiatrie umplu acest gol instituțional oferind acestor pacienți tratament medical specializat de tip rezidențial ca răspuns la o problemă socială (vezi textul din Caseta 19 extras dintr-un interviu).

Acești factori pun și mai multă presiune asupra familiilor persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Pentru a combate fenomenul, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere posibilitatea finanțării consilierii și sprijinului psihosocial acordat familiilor și altor persoane ce au grijă de acești pacienți.

CRRN au fost create ca o alternativă viabilă la spitalele de psihiatrie pentru pacienții cu afecțiuni psihice cronice. Acestea dețin rolul unor instituții în care persoanele cu dizabilități neuropsihice trăiesc într-un mediu familial, unde nevoile lor individuale sunt satisfăcute prin activități menite să le asigure recuperarea, reabilitarea și reintegrarea în societate. Cu toate acestea, au fost înființate foarte puține astfel de centre până acum. Potrivit rapoartelor MMFSPV, la 31 martie 2014, doar 53 de CRRN primiseră autorizația și funcționau în România, având 5.310 de beneficiari. Procesul de restructurare sau închidere a marilor instituții de tip rezidențial ce nu îndeplinesc standardele minime de calitate a început în 2002 și a fost consolidat în 2006 prin Strategia națională. Scopul este reducerea dimensiunii instituțiilor ce oferă îngrijiri persoanelor cu dizabilități neuropsihice, numărul optim de beneficiari fiind de maxim 60 de persoane. Cu toate acestea, 16 CRRN ce au primit aprobare până acum au peste 100 de locuri și alte 17 găzduiesc deja peste 100 de beneficiari fiecare. Astfel, în 2014, 33 dintre cele 53 de CRRN existente erau suprapopulate. În ceea ce privește disponibilitatea locurilor în cele 53 de CRRN, 13 nu mai au locuri, 13 au între unu și zece locuri disponibile, 16 au peste 10 locuri vacante, 8 și-au depășit capacitatea cu 1-10 persoane, iar 3 și-au depășit capacitatea cu peste 10 persoane. La nivel național, în cele 53 de CRRN, există peste 400 de locuri libere și totuși 97 de beneficiari trăiesc în CRRN care au depășit capacitatea aprobată.

Locurile din cadrul CRRN sunt rezervate persoanelor diagnosticate cu o afecțiune ori handicap psihic, psihologic sau asociat. În 2014, aproximativ 80% dintre beneficiari aveau probleme psihice sau psihologice. În restul de 20% din cazuri, 9% suferă de afecțiuni asociate și 11% prezintă alte tipuri de handicap, persoane ce ar putea fi definite mai degrabă ca și cazuri sociale decât pacienți cu probleme neuropsihice.

Deși se dorește ca CRRN să constituie un pas spre reintegrarea pacienților în comunitate, majoritatea pacienților consideră că acestea sunt instituții ce oferă îngrijire pe termen lung sau chiar pe viață. Prin urmare, mulți pacienți cronici preferă spitalele unde șederea este pe perioadă determinată. Un director CRRN din județul Arad afirmă într-un studiu al Băncii Mondiale că „probabil, se gândesc că venirea lor aici este pentru totdeauna, o decizie pe viață. Și, în acest context, preferă să nu adopte o poziție definitivă... cel puțin teoretic, când duci pacienții la spital, la un moment dat trebuie să îi iei înapoi acasă.”¹⁴⁶

Un Raport de evaluare al ANPIS din 2013 a relevat faptul că numeroși pacienți din cadrul CRRN nu beneficiază de nicio terapie de recuperare sau programe de incluziune socială fiindcă nu sunt disponibile astfel de programe (din cauza lipsei de personal, a unui număr adecvat de locuri sau a materialelor), acestea nu răspund nevoilor beneficiarilor sau pacienții nu sunt încurajați să participe. Totuși, comparativ cu spitalele de psihiatrie, CRRN sunt mai bine conectate la viața comunității, beneficiarii putând ieși în afara centrului, lucra în comunitate și lua parte la evenimente sociale (cum ar fi zilele comunității și evenimente religioase).

Deși CRRN au fost create pentru a reintegra în comunitate pacienții cu afecțiuni psihice cronice ce au ieșit din spitale, majoritatea actualilor beneficiari sunt foștii copii instituționalizați. CRRN sunt folosite ca o soluție la problema copiilor instituționalizați după împlinirea vârstei de 18 ani. Succesul pe termen lung al serviciilor de sănătate mintală va depinde de coordonarea între serviciile medicale și cele oferite de alte sectoare, în special de cel social. Provocările întâmpinate de sectorul sănătății mintale țin de

¹⁴⁶ Banca Mondială (2014).

schimbarea paradigmei în tratarea persoanelor cu boli psihice. În trecut, politica adoptată a fost segregarea lor de restul societății, pe când acum se urmărește reintegrarea în societate, pe cât posibil.

Aceasta implică trecerea de la un model de îngrijiri preponderent spitalicești la un model integrat de îngrijiri în comunitate.¹⁴⁷ Pentru reușita acestei abordări, va trebui să se ofere servicii de sprijin multidisciplinare la nivel comunitar astfel încât să se asigure că persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt acceptate de comunitățile lor și să li se protejeze dreptul la o viață independentă.

Caseta 20: Cele mai bune practici: Implicarea comunității crește șansele de reabilitare ale persoanelor cu probleme de sănătate mintală

Succesul intervențiilor menite să ajute o persoană cu probleme de sănătate mintală se datorează adesea strânsei colaborări dintre comunitate și asistenții sociali. Această colaborare s-a dovedit a fi foarte eficientă în cazul unei femei din Arad ce suferea de schizofrenie, care a primit ajutor după ce serviciile de asistență socială (SPAS) fuseseră sesizate de asociația proprietarilor din blocul în care locuia aceasta. Femeia locuia singură, cu mijloace financiare limitate (ceva bani primiți după moartea mamei), fără asigurare de sănătate sau un diagnostic. Asociația proprietarilor și-a asumat un rol proactiv în vederea ameliorării stării de sănătate a vecinei lor, oferindu-i sprijinul necesar (mai ales în ceea ce privește cheltuielile de bloc și costul utilităților). Provocarea pentru SPAS a fost diagnosticarea și acordarea accesului la tratament fără costuri enorme pentru beneficiar. Acest lucru a fost posibil numai grație generozității personalului medical implicat, care a lucrat gratis. Totodată, pacienta a fost inclusă într-un program local de asistență socială ce îi oferă hrană în cadrul unei cantine sociale și care a ajutat-o să solicite și să primească o pensie de invaliditate și ajutor pentru încălzirea locuinței. Săptămânal, este vizitată de asistentul medical comunitar care îi monitorizează starea de sănătate. Acesta este un exemplu al modului în care o intervenție integrată oferită de comunitate, asistenți sociali și specialiști din domeniul medical poate acorda sprijin eficient și prompt persoanelor cu probleme de sănătate mintală într-un cadru neinstituționalizat. Concluzia cea mai importantă este că intervenția a fost inițiată de către comunitate.

Sursa: Interviu cu un reprezentant al Direcției de Dezvoltare și Asistență Comunitară Arad, Banca Mondială (2014).

Servicii de abilitare și reabilitare psihiatrică și psihosocială

Numărul serviciilor de abilitare și reabilitare psihiatrică și psihosocială ar trebui, de asemenea, să crească, iar distribuția lor geografică ar trebui să reflecte repartizarea nevoilor la nivelul țării. În prezent, acest tip de (re)abilitare este oferit astfel: (i) se acordă servicii generale copiilor în câteva școli și grădinițe de masă, programe publice și private de tip *after-school* și centre de (re)abilitare publice și private și (ii) se oferă servicii specifice persoanelor cu dizabilități în structuri de tip rezidențial pentru copiii și adulții cu dizabilități, centre de zi publice și private pentru persoanele cu dizabilități și centre de reabilitare publice și private pentru persoanele cu dizabilități sau afecțiuni psihice. (Re)abilitarea psihiatrică și psihosocială este reglementată de standardele de calitate stabilite în comun de către MMFPSPV, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și este oferită de psihologi, psihopedagogi, psihiatri și terapeuți ocupaționali. Foarte probabil, odată cu dezvoltarea corespunzătoare a terapiei ocupaționale în România, reabilitarea psihosocială și terapia ocupațională vor fuziona. Va fi esențial să se creeze un sistem de formare continuă a profesioniștilor la nivel județean și național deoarece acești profesioniști lucrează adesea singuri, fără o rețea profesională sau sprijin reciproc. Suplimentar, s-ar putea oferi formare psihiatrilor pe tema diferitelor tipuri de dizabilități și a prevederilor Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Servicii de terapie ocupațională

¹⁴⁷ Caldas (2011).

Guvernul trebuie să elaboreze norme complete în domeniul terapiei ocupaționale.¹⁴⁸ Acestea ar trebui să vizeze metodologiile de finanțare și evaluare și includerea profesioniștilor nou formați în toate serviciile publice și private ce lucrează cu persoanele cu dizabilități. Dezvoltarea terapiei ocupaționale în România este în fază incipientă. Aceasta reprezintă un nou punct de plecare pentru practica (re)abilitării. Ca un prim pas în dezvoltarea serviciului, ar trebui creată o echipă mobilă formată din terapeuți ocupaționali în fiecare județ, așa cum s-a realizat în programul coordonat de MMFPSPV în 2011.¹⁴⁹ Pe termen lung, fiecare unitate ce oferă servicii de reabilitare (în domeniul medical, social sau al sănătății mintale) ar trebui să angajeze cel puțin un terapeut ocupațional. Profesioniștii din domeniu sunt actualmente formați în Bacău (unde există un program de studii de licență la Universitatea Vasile Alecsandri), Timișoara (Universitatea de Vest) și Oradea,¹⁵⁰ în cooperare cu ENOTHE, o rețea profesională europeană a terapeuților ocupaționali. Finanțarea serviciului de terapie ocupațională ar putea fi asigurată de Ministerul Sănătății împreună cu MMFPSPV.

Servicii de sprijin în cadrul comunităților

Serviciile de sprijin pentru persoanele cu dizabilități menite să le ajute să ducă un trai independent sau într-un mediu asistat sunt cruciale pentru incluziunea cu succes a acestora în societate. Acesta este domeniul în care serviciile de sprijin joacă cel mai important rol (vezi Anexe: Servicii de asistență pentru persoanele cu dizabilități). Majoritatea persoanelor cu dizabilități din România trăiesc în familie și nu reușesc să acceseze locuințe cu prețuri convenabile sau servicii de sprijin pentru un trai independent. Adaptarea locuințelor la dizabilitatea persoanei este costisitoare din moment ce subvențiile statului acoperă doar dobânda unui împrumut bancar făcut în acest scop. Multe din familiile persoanelor cu dizabilități nu câștigă venituri suficient de mari pentru a fi eligibile pentru un împrumut bancar, astfel încât subvenționarea dobânzii este irelevantă. Mai mult, din cercetarea calitativă reiese că autoritățile locale nu acordă întotdeauna prioritate solicitărilor depuse de familiile persoanelor cu dizabilități pentru obținerea unei locuințe sociale, așa cum prevede Legea nr. 448/2006. Au început să apară diferite case de tip familial și oportunități de trai asistat, majoritatea adresate copiilor și adulților cu dizabilități intelectuale. Sprijinul la domiciliu, asistența juridică și programele recreative, culturale și sportive accesibile, toate sunt foarte limitate la nivel național, dar se dezvoltă treptat. Pentru a accelera acest proces, responsabilii de politici ar putea avea în vedere următoarele:

- Crearea unui program național care să încurajeze traiul independent sau asistat al persoanelor cu dizabilități și care să acopere costul total sau parțial al adaptărilor locuințelor.

¹⁴⁸ Terapia ocupațională se referă la folosirea tratamentului în scopul dezvoltării, recuperării sau menținerii deprinderilor necesare vieții cotidiene și profesionale în cazul persoanelor ce suferă de o afecțiune fizică, psihică sau de dezvoltare. Terapia ocupațională pune accent pe adaptarea mediului, modificarea sarcinilor, predarea competențelor și educarea persoanelor cu dizabilități (și/sau a familiilor lor) pentru ca acestea să se bucure de un nivel mai ridicat de participare și să își poată desfășura activitățile zilnice, mai ales cele importante pentru persoana în cauză. Terapia ocupațională implică adesea terapii fizice menite să prevină apariția unor boli, să crească calitatea vieții și să amelioreze funcționalitatea fizică. Pe de altă parte, mai include: (i) activități de dezvoltare a abilităților copiilor și tinerilor, care îi ajută să se implice în activități importante și răspund nevoilor lor psihosociale astfel încât să poată participa la evenimente importante în viață; (ii) servicii de sănătate mintală, precum stabilirea unei rutine, abilități de gestionare a unor situații, gestionarea medicației, ocupare, educație, acces și participare la viața comunității, dezvoltarea abilităților sociale, activități de timp liber, gestionarea banilor și protecția copilului; (iii) servicii adresate vârstnicilor cu dizabilități care îi ajută să își păstreze independența și rutina zilnică și le adaptează corespunzător locuința; (iv) formare cu privire la utilizarea dispozitivelor asistive.

¹⁴⁹ <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparenta/comunicare/comunicate-de-presa/2009-rezultatele-implementarii-proiectului-cresterea-capacitatii-autoritatilor-publice-locale-din-romania-in-vederea-sprajinirii-copiilor-cu-dizabilitati-in-cadrul-propriilor-familii>

¹⁵⁰ Aceste facultăți pregătesc profesioniști pentru următoarele servicii: (i) servicii de sănătate – spitale generale, centre de reabilitare, stațiuni termale, chirurgie estetică, secții de neurologie, secții de pediatrie, medicină internă, secții de cardiologie și secții de pneumologie; (ii) Centre de Îngrijire și Asistență (CIA) – centre de reabilitare de tip rezidențial pentru persoanele cu dizabilități și centre de integrare prin terapie ocupațională (CITO) coordonate de DGASPC; (iii) centre de plasament publice și private pentru copii; (iv) servicii publice și private pentru persoanele vârstnice; (v) servicii de probațiune.

- Revizuirea sistemului de reglementare și a standardelor de cost și de calitate astfel încât serviciile de locuire să țină cont de nevoile persoanelor cu dizabilități.¹⁵¹
- Creșterea numărului de centre de respiro pentru copiii și adulții cu dizabilități. Aceste centre oferă un moment de pauză familiilor care acordă îngrijire permanentă persoanelor cu dependențe complexe și, astfel, permit acestor persoane să rămână în familie. Centrele de respiro nu sunt reglementate în întregime la nivel național, de exemplu, în ceea ce privește standardele de calitate și costurile unitare.
- Testarea unui buget personalizat pentru un trai independent, un mecanism care ar permite persoanelor cu dizabilități să își acopere cheltuielile de bază ale vieții în comunitate (precum chiria pentru un apartament și costul utilităților și transportului) după o îndelungată instituționalizare. Acest aspect ar trebui avut în vedere în contextul unei reforme menite să eficientizeze întregul set de prestații financiare acordate persoanelor cu dizabilități.
- Consolidarea și dezvoltarea serviciilor de asistență socială la nivel comunitar în vederea acordării de sprijin profesional și reciproc familiilor și îngrijitorilor persoanelor cu dizabilități, inclusiv consiliere, grupuri de auto-ajutor și asistență legată de procedurile administrative și pentru solicitarea prestațiilor sau serviciilor pertinente. Cu totul importantă este asistarea îngrijitorilor în vederea obținerii certificatului de handicap pentru copiii cu nevoi, ca un prim pas spre accesarea unei serii de drepturi (prestații financiare și servicii). În practică, familiile din mediul rural sau comunitățile defavorizate nu prea solicită eliberarea certificatului de încadrare în grad de handicap. Potrivit UNICEF și câtorva ONG-uri,¹⁵² un număr semnificativ de copii cu dizabilități nu sunt declarați în aceste zone, din trei motive: (i) lipsa informațiilor despre procedura de solicitare, (ii) stigmatizarea ce însoțește adesea dizabilitatea în aceste comunități și (iii) costurile implicate, inclusiv cele de deplasare din orașul de domiciliu al persoanei până la comisia județeană sau sediul DGASPC.
- Creșterea controlului asupra modului de aplicare a legislației, mai ales prin prisma abuzurilor și neregulilor sesizate de către numeroase familii ale persoanelor cu dizabilități. Un exemplu este prezentat în Caseta 21.

Caseta 21: Remunerarea asistenților personali ai persoanelor cu dizabilități grave

În perioada 2009-2013, persoanele cu dizabilități grave au sesizat numeroase abuzuri și întârzieri în remunerarea asistenților lor personali (de obicei, membri de familie). În unele cazuri, salariul asistentului personal a fost plătit la nivelul indemnizației de însoțitor, care este mai mică. Aceste două tipuri de prestații sunt folosite după cum urmează:

Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap face referire la asistentul personal în felul următor: „Art. 42 alin. 4: Părinții sau reprezentanții legali ai copilului cu handicap grav, adulții cu handicap grav ori reprezentanții legali ai acestora, cu excepția celor cu handicap vizual grav, pot opta între asistent personal și primirea unei indemnizații lunare.” Indemnizația lunară este mai mică decât salariul asistentului personal, fiind echivalentul salariului net al unui asistent social debutant cu studii medii din sistemul public.

În septembrie 2010, guvernul a emis Ordonanța nr. 84/2010, ce permite autorităților locale să ignore opțiunea părinților sau a persoanelor cu dizabilități și să treacă automat de la plata salariului asistentului personal la cea a indemnizației de însoțitor, efectuată direct persoanei cu dizabilități. Această schimbare a fost justificată de incapacitatea autorităților locale de a acoperi salariile asistenților personali și de blocarea posturilor în sistemul public. În urma acestei reglementări, marea majoritate a asistenților personali nu și-au primit salariile timp de peste șase luni în 2010 și 2011 sau au fost concediați (colectiv) de către primării, salariile lor fiind înlocuite automat de indemnizațiile de însoțitor. Asistenții personali au pierdut contractele de muncă și, prin urmare, drepturile de asigurări de sănătate și cele sociale. Numărul proceselor intentate de asistenții personali împotriva autorităților publice locale a crescut semnificativ în 2011 și 2012.

Legislația a fost modificată pentru a se reveni la situația din 2006, însă autoritățile locale adoptă în continuare aceeași practică. În prezent, multe familii vorbesc despre presiunea puternică exercitată de primării, mai ales în

¹⁵¹ De exemplu, o persoană care a fost instituționalizată mulți ani s-ar putea să aibă nevoie de sprijin mai consistent în primul an de după dezinstituționalizare, însă această nevoie de sprijin se va diminua progresiv pe parcursul anilor.

¹⁵² Salvați Copiii, World Vision și Alpha Transilvania.

mediul rural, să accepte indemnizația în locul salariului asistentului personal (însotit de un contract de muncă pentru asistent).

Mulți membri ai familiilor din România nu au altă posibilitate decât să devină asistenți personali pentru copiii lor cu dizabilități grave. Lipsa serviciilor de sprijin și venitul mic al acestor asistenți nu oferă familiilor prea multe opțiuni. În aceste condiții, eliminarea acestei oportunități de a deveni asistent personal remunerat (cu contract /asigurat) în cadrul familiei face ca multe din aceste familii să fie expuse riscului sărăciei, ceea ce pune în pericol bunăstarea acestei categorii vulnerabile.

Surse: <http://legeaz.net/legea-448-2006/art-42-asistentul-personal-servicii-si-prestatii-sociale>;
http://www.dsclex.ro/legislatie/2010/septembrie2010/mo2010_654.htm#oug84;
<http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/LEGI/L%20136-2012.pdf>

Există o nevoie aparte de servicii de sprijin pentru tinerii cu dizabilități ce trăiesc în comunitățile lor. Nevoile adulților cu dizabilități au fost adesea tratate ca și cele ale persoanelor vârstnice. Cu toate acestea, în timp ce unele servicii de sprijin pot deservi ambele categorii (precum sprijin la domiciliu pentru persoanele cu dependențe complexe, asistență pentru realizarea activităților casnice zilnice și îngrijire personală), există o gamă largă de nevoi specifice tinerilor cu dizabilități care, de obicei, nu se întâlnesc în cazul vârstnicilor. Printre acestea se numără: (i) nevoia de a obține și a păstra o locuință accesibilă, de a trăi independent și, în unele cazuri, de a gestiona bunurile financiare și personale; (ii) nevoia de servicii de abilitare și reabilitare adaptate nevoilor specifice ale adulților cu dizabilități și oferite în contextul traiului independent; (iii) nevoia de pregătire profesională, formare, îndrumare profesională și sprijin pentru angajare (toate adaptate la persoanele de diferite vârste și în diferite etape ale ciclului profesional); (iv) nevoia de a accesa alte servicii comunitare (precum asistență medicală, servicii juridice, activități desfășurate în aer liber, activități culturale și centre de agrement); (v) nevoia de a avea o viață familială echilibrată (ceea ce implică, de exemplu, consiliere familială și educație sexuală). Din aceste motive, serviciile pentru un trai independent reprezintă o categorie foarte specifică și importantă ce trebuie dezvoltată în anii ce urmează.

Continuarea planului național de transformare a spațiilor publice în locuri mai accesibile ar trebui să fie o prioritate importantă în domeniul dizabilității. Acest plan a fost inițiat în 2006 și urmărește să sporească accesibilitatea serviciilor, precum a celor de transport, și a mediului construit pentru persoanele cu dizabilități. Trebuie evaluat stadiul de implementare a planului în vederea continuării sale. Reînnoirea și extinderea acestui plan prezintă o relevanță aparte pentru România având în vedere că respectarea art. 9 al Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Accesibilitate) reprezintă o condiționalitate ex-ante generală pentru obținerea finanțării din fondurile europene structurale și de investiție (ESI).¹⁵³

Tranziția de la îngrijirea de tip rezidențial la servicii comunitare

Tranziția de la îngrijirea de tip rezidențial la serviciile comunitare în cazul adulților cu dizabilități rămâne o prioritate și este inclusă în Strategia națională de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2015-2020). Procesul de dezinstituționalizare a adulților cu dizabilități a fost unul foarte lent. În timpul regimului comunist, serviciile de (re)abilitare și îngrijire a persoanelor cu dizabilități din România erau acordate în instituții segregate de tip rezidențial, foarte mari. Condițiile de trai inacceptabile ale persoanelor cu dizabilități din aceste instituții au fost aduse în centrul atenției în repetate rânduri de către numeroase organizații internaționale, activiști pentru drepturile persoanelor cu dizabilități și mass-media. În ultimul deceniu, s-au făcut tot mai multe apeluri la acțiune adresate guvernului pentru a închide aceste instituții și pentru a crea rapid servicii comunitare în locul lor. Cu toate că vechile instituții

¹⁵³ Comisia Europeană, Orientare privind condiționalitățile ex-ante pentru accesarea fondurilor europene structurale și de investiție, PARTEA a II-a, 13 februarie 2014, pagina 349
http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/eac_guidance_esif_part2_en.pdf.

mari de tip rezidențial au fost, în mare parte, transformate în centre de reabilitare¹⁵⁴ și modernizate într-o oarecare măsură, practicile generale de îngrijire nu au cunoscut o îmbunătățire simțitoare, iar procentul serviciilor reale și eficiente de (re)abilitare este în continuare foarte redus în aceste instituții. Rapoartele recente ale Centrului de Resurse Juridice au ridicat serioase preocupări legate de calitatea serviciilor oferite în centrele mari de (re)abilitare și în secțiile de neuropsihiatrie.

Trebuie să crească ritmul și eficacitatea procesului de dezinstituționalizare a adulților cu dizabilități. În acest scop, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni: (i) elaborarea și implementarea unui plan național pentru transferul progresiv al adulților cu dizabilități din centrele rezidențiale în case de tip familial cu maxim 50 de beneficiari (case sau apartamente închiriate în comunitate sau structuri rezidențiale de mici dimensiuni pentru persoanele cu dependențe majore sau afecțiuni medicale ce necesită servicii permanente de îngrijire medicală sau reabilitare); (ii) crearea unui mecanism permanent de monitorizare a tuturor formelor de abuz și neglijare a persoanelor cu dizabilități din serviciile de tip rezidențial; (iii) încetarea tuturor noilor investiții în infrastructura actualelor centre de tip rezidențial, cu excepția cazului în care siguranța și/sau viața actualilor beneficiari este pusă în pericol de lipsa unor astfel de investiții; (iv) consolidarea serviciilor de asistență socială la nivelul comunității și investirea în serviciile comunitare, precum centre de zi și alte servicii de sprijin pentru un trai independent sau asistat (cum ar fi transport, asistenți personali, dispozitive asistive și interpreți).

Servicii adresate persoanelor vârstnice

Se așteaptă ca proporția persoanelor vârstnice în populația totală să crească considerabil, ceea ce înseamnă că cererea de servicii medicale și de îngrijire pe termen lung va înregistra o creștere constantă. Potrivit Recensământului din 2011, 16,1% din populația României avea 65 de ani și peste (în jur de 3,24 de milioane de persoane). Conform previziunilor UE, acest procent va crește rapid în viitorul apropiat și va ajunge la aproape 30% în 2050. În 2011, peste 1,45 milioane de persoane aveau 75 de ani și peste (7,2% din populația României). Această grupă de vârstă necesită o atenție specială din partea responsabililor de politici sociale având în vedere nevoia mai mare de servicii de îngrijire pe termen lung a populației în vârstă.

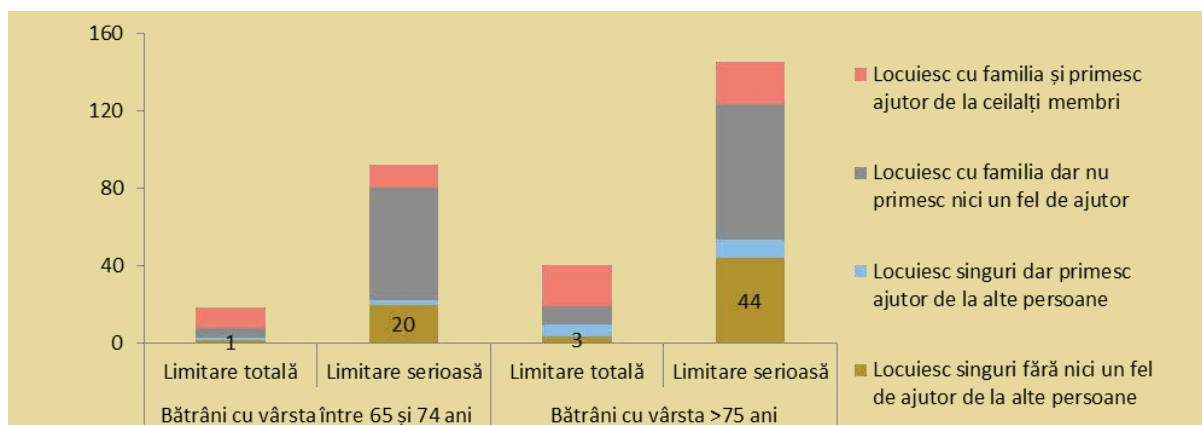
Caseta 22: Persoanele vârstnice aflate în situații vulnerabile, potrivit datelor Recensământului din 2011

Dintre românii de 65 de ani și peste, sub 1% trăiesc în instituții, iar restul trăiesc în familie. Peste 26% locuiesc singuri, 28% locuiesc în gospodării cu alte persoane în vârstă (majoritatea acestora reprezintă cupluri de pensionari) și 45% trăiesc cu familia extinsă. Persoanele cu vârste cuprinse între 65 și 74 de ani reprezintă 55% dintre bătrâni, iar femeile ating un procent de aproape 60%. Majoritatea persoanelor vârstnice trăiesc în mediul rural (55%).

Potrivit Recensământului din 2011, 14% dintre persoanele vârstnice au declarat că activitatea lor zilnică este limitată din cauza uneia sau mai multor probleme de sănătate ce le afectează vederea, auzul, mersul sau urcatul scărilor, memoria sau concentrarea, îngrijirea personală sau comunicarea. Peste 242.000 de vârstnici au raportat serioase limitări, din care aproximativ 5.000 locuiau în structuri de tip rezidențial și 237.000 trăiau în familie. În plus, peste 62.000 de persoane vârstnice au raportat limitări totale din cauza problemelor de sănătate, din care în jur de 4.000 trăiesc în instituții și 58.000 în familie. Aproximativ 212.000 de bătrâni (sau 6,5% dintre persoanele de 65 de ani și peste) se confruntă cu limitări serioase sau totale, dar nu beneficiază de ajutorul familiei și, prin urmare, au nevoie de sprijin pentru realizarea activităților lor zilnice. Dintre aceste persoane, 68.200 locuiesc singure, 127.000 au 75 de ani și peste și 47.300 sunt persoane singure de 75 de ani și peste.

Figura 43: Sprijinul acordat de familie persoanelor vârstnice cu limitări totale sau serioase datorate problemelor de sănătate, pe grupe de vârstă

¹⁵⁴ În prezent, acestea sunt coordonate din punct de vedere metodologic de către Direcția Protecția Persoanelor cu Handicap (din cadrul MMFSPV), iar din punct de vedere administrativ și financiar țin de DGASPC.



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului din 2011.

Notă: Limitări totale sau serioase încadrate în oricare din următoarele categorii medicale: vederea, auzul, mersul sau urcatul scărilor, memoria sau concentrarea, îngrijirea personală sau comunicarea.

Persoanele vârstnice fără sprijin din partea familiei sunt expuse unui risc mai mare al sărăciei și excluziunii sociale. Așa cum s-a menționat deja, populația în vârstă a României prezintă un risc relativ scăzut de sărăcie comparativ cu alte grupe de vârstă, mai ales copiii și tinerii, însă riscurile cu care se confruntă se datorează pensiilor mici (pensii din agricultură, pensii de boală sau de urmaș) și incidenței mai mari a problemelor de sănătate. Vârstnicii fără sprijin familial sunt expuși unui risc mult mai ridicat al sărăciei, în special femeile în vârstă (vezi profilurile sărăciei din capitolul Categoriilor sărace și vulnerabile). Numărul persoanelor vârstnice fără sprijin familial se așteaptă să crească pe viitor, mai ales din cauza migrației în masă peste hotare a populației active.

Guvernul a făcut un prim pas spre definirea sistematică a nevoilor sociale și medicale ale persoanelor în vârstă în anul 2000, când a introdus Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. Aceasta include toate elementele necesare pentru a evalua situația socio-economică a persoanei în vârstă, starea sa de sănătate și nevoile de îngrijire asociate, astfel încât să se determine trei niveluri de nevoi de îngrijire și tipurile de servicii sociale și medicale necesare. Grila ține cont de preferințele beneficiarului și ale persoanei care are grijă informal de acesta, precum și de disponibilitatea serviciilor locale. În prezent, sunt în pregătire reforme legislative în vederea unificării procedurilor de evaluare folosite pentru persoanele cu dizabilități și cele în vârstă.

Reglementarea, dezvoltarea și finanțarea unui spectru larg de servicii adaptate nevoilor specifice ale vârstnicilor dețin o importanță majoră. Trebuie puse la dispoziția populației în vârstă mai multe servicii eficiente în comunitățile rurale și urbane, în special celor fără sprijin familial și/sau cu dependențe complexe. În prezent, în România, gama serviciilor de îngrijire (inclusiv îngrijire la domiciliu și îngrijire pe termen lung), dar și numărul angajaților acestor servicii sunt insuficiente. Trebuie dezvoltate toate tipurile de servicii de îngrijire, inclusiv centre de îngrijire, centre de respiro, centre de zi și servicii sociale furnizate la domiciliu pentru persoanele dependente.

MMFPSPV și Ministerul Sănătății trebuie să creeze o rețea integrată a serviciilor sociale, medicale și de îngrijire la domiciliu. Așa cum indică datele Recensământului din 2011, aproximativ 6-7% din populația în vârstă a României are nevoie de servicii de îngrijire la domiciliu, însă doar 0,23% beneficiază efectiv de astfel de servicii în momentul de față. Numărul cererilor de îngrijire pe termen lung, la domiciliu sau în centrele de tip rezidențial crește constant și 81% dintre furnizorii de servicii români raportează o creștere permanentă a cererilor de servicii din partea vârstnicilor.¹⁵⁵ În multe gospodării, veniturile bătrânilor nu sunt suficiente pentru a le acoperi costurile legate de medicamente, hrană și utilități. Din

¹⁵⁵ Conform proiectului SeniorNet al Confederației Caritas - <http://www.seniorinet.ro/>.

acest motiv, multe persoane în vârstă preferă îngrijirea pe termen lung într-o instituție de tip rezidențial. Totuși, nivelul acestor servicii este în continuare insuficient. În România, există la ora actuală 393 de centre de tip rezidențial, din care 67 nu sunt acreditate, iar capacitatea lor totală nu depășește 17.000 de locuri.¹⁵⁶ Responsabilii de politici trebuie să acorde prioritate creării unei rețele ample de servicii de îngrijire la domiciliu accesibile ca preț și centrate pe persoană în mediul urban și rural, dezvoltării infrastructurii TIC și a noilor tehnologii care ar putea veni în sprijinul nevoilor persoanelor vârstnice la domiciliu și diversificării îngrijirilor astfel încât acestea să include centre de îngrijire, teleasistență, centre de zi, servicii integrate etc. Pe termen lung, aceste acțiuni ar reduce semnificativ presiunea exercitată asupra sistemului instituțional de îngrijire.

Servicii adresate persoanelor aflate în alte situații vulnerabile

Pe lângă categoriile vulnerabile numeroase, mai precis copiii, persoanele cu dizabilități și persoanele vârstnice, guvernul ar trebui să urmărească și reglementarea, dezvoltarea și finanțarea serviciilor sociale adaptate nevoilor altor categorii vulnerabile, inclusiv adulților privați de libertate sau în supravegherea serviciilor de probațiune, persoanelor dependente de droguri, alcool sau substanțe, victimelor traficului de persoane și victimelor violenței. Aceste servicii ar trebui create în colaborare de către MMFPSPV și Administrația Națională a Penitenciarelor (responsabilă de Strategia națională de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2014-2018), Agenția Națională Antidrog (responsabilă de Strategia națională antidrog 2013-2020, HG 784/2013), Agenția Națională pentru Protecția Familiei (responsabilă de Strategia națională pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie 2013-2017, HG 1156/2012) și Agenția Națională împotriva Traficului de Persoane (responsabilă de Strategia națională împotriva traficului de persoane 2012-2016, HG 1142/2012).

A. Servicii adresate adulților privați de libertate sau în supravegherea serviciilor de probațiune

Nu există un sistem eficient de susținere a incluziunii sociale a persoanelor private de libertate după eliberarea acestora. Politicile de reintegrare necorespunzătoare pot afecta negativ perspectivele de angajare ale acestor persoane, dar și accesul la locuință, documente de identitate, prestații sociale, servicii de sănătate mintală. Prin urmare, riscul excluziunii sociale este major în cazul foștilor deținuți și, din necesitate, mulți dintre ei recurg din nou la acte de delincvență. Administrația Națională a Penitenciarelor estimează că 60-80% dintre actualii deținuți din România vor ajunge din nou în închisoare la un moment dat.

Reglementarea, dezvoltarea și finanțarea serviciilor de sprijin post-detenție la nivelul comunității sunt esențiale pentru asigurarea incluziunii efective a foștilor deținuți. Odată eliberați din închisoare, foștii deținuți sunt în general marginalizați din punct de vedere social, din cauza lipsei serviciilor post-detenție, care sunt esențiale într-un moment în care aceștia nu dețin capital social și economic adecvat și sunt victime ale stigmatizării în comunitate.¹⁵⁷ Strategia națională de reintegrare socială a persoanelor private de libertate 2014-2018 are în vedere un proces de reintegrare derulat sub forma unui continuum, începând din închisoare și continuând după eliberare. Datele existente sugerează că sunt necesare măsuri de integrare în câmpul muncii care să vizeze deținuții atât în perioada de detenție, cât și după eliberare. Cum serviciile post-detenție sunt foarte puține la ora actuală, numeroase persoane condamnate care au primit sprijin în detenție nu mai beneficiază de acesta odată cu eliberarea lor. Nu există o legislație relevantă pentru organizarea serviciilor de sprijin post-detenție. Serviciile existente ar trebui replicate și integrate (cum ar fi reducerea riscurilor și reabilitarea socială) într-un continuum care să conecteze viața persoanei private de libertate din perioada de detenție la cea trăită în comunitate. Aceste măsuri ar trebui să vizeze reducerea riscului recidivei, creșterea integrării foștilor deținuți pe piața muncii și reducerea stigmatizării sociale și instituționale asociate statutului de deținut.

¹⁵⁶ <http://www.seniorinet.ro/>.

¹⁵⁷ Administrația Națională a Penitenciarelor (2012)

Sistemul de probațiune coordonează reintegrarea socială a persoanelor cu pedepse neprivative de libertate, asigurând legătura dintre sistemul judiciar (în faza de ispășire a pedepsei) și comunitate.¹⁵⁸ Între 2007 și 2011, numărul persoanelor cu pedepse neprivative de libertate în baza unor sentințe judecătorești aflate în supravegherea serviciilor de probațiune a crescut progresiv, de la 7.673 la 12.857. Se estimează că, până în momentul intrării în vigoare a noului Cod Penal în 2014, numărul cazurilor instrumentate de serviciile de probațiune vor ajunge la 34.000 și vor crește la 48.400 în anul următor. Odată cu creșterea acestor cifre la nivel național și cu încurajarea alternativelor la detenție de către Uniunea Europeană, sunt necesare resurse substanțiale pentru managementul eficient al procesului de probațiune în cazul fiecărui infractor înregistrat. În acest context, parteneriatele între serviciile de probațiune, autoritățile locale și/sau centrale și societatea civilă pot fi parte a soluției. În numeroase state europene, fondurile structurale sunt folosite în permanență pentru reintegrarea socială a infractorilor.

Caseta 23: Servicii de integrare pe piața muncii a foștilor deținuți în județul Arad

Cercetarea calitativă întreprinsă în scopul prezentei Strategii a confirmat rezultatele rapoartelor și documentelor disponibile, potrivit cărora există puține servicii care acordă sprijin foștilor deținuți, fie că e vorba de servicii de pregătire și integrare pe piața muncii sau de servicii de promovare a incluziunii sociale. Cu toate acestea, în județul Arad se remarcă o serie de inițiative locale ce răspund nevoilor acestei categorii sociale vulnerabile.

Două instituții publice sunt implicate în promovarea serviciilor de integrare pe piața muncii a foștilor deținuți în Arad. Serviciul de Probațiune este principalul responsabil pentru incluziunea socială a persoanelor condamnate ce nu se află în detenție, iar cealaltă entitate este Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) printr-un proiect finanțat de Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 (POS DRU). În plus, interviurile realizate cu reprezentanții Serviciului de Probațiune în cadrul cercetării calitative a Strategiei au indicat faptul că penitenciarul Arad oferă, ocazional, un oarecare sprijin educativ și psihosocial informal anumitor foști deținuți. Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă (AJOFM) nu lucrează în mod special cu această categorie, iar rolul său se limitează la a transmite posturile vacante Serviciului de Probațiune sau DGASPC.

Serviciul de Probațiune din Arad a fost creat în cadrul unui proiect pilot de către autoritățile centrale, în 1997. Conform legislației din 2014, Serviciul de Probațiune se adresează mai multor tipuri de clienți adulți: (i) persoane condamnate în cazul cărora judecătorul a solicitat un raport de evaluare; (ii) adulții în cazul cărora s-a dispus suspendarea pedepsei; (iii) adulți în cazul cărora s-a dispus amânarea pedepsei; (iv) adulți pentru care s-au dispus măsuri educative neprivative de libertate; (v) adulți eliberați condiționat din închisoare; (vi) deținuți sau foști deținuți ce solicită sprijinul Serviciului de Probațiune; (vii) victimele infracțiunilor comise cu violență. Tipul de intervenție și frecvența interacțiunii serviciului cu beneficiarii variază în funcție de tipul de pedeapsă și regimul de executare.

Una dintre principalele provocări ale consilierilor de probațiune este timpul limitat avut la dispoziție pentru a lucra direct cu fiecare beneficiar, un demers esențial pentru orice încercare de reintegrare socială. Aceasta se datorează lipsei de personal. În Arad, sunt disponibili doar șase consilieri de probațiune, care lucrează cu 500 de beneficiari din diverse categorii, cu diferite tipuri de intervenții pentru fiecare client. Numărul beneficiarilor a crescut în ultimul timp și se așteaptă să crească și mai mult având în vedere extinderea categoriilor supuse în prezent acestui tip de supraveghere, conform noului Cod Penal și noului Cod de Procedură Penală. Reforma administrativă (Legea 252/2013) a trecut finanțarea sistemului de la instanțele locale la Direcția Națională de Probațiune din cadrul Ministerului Justiției, măbind presiunea asupra personalului existent. Acum, consilierii de probațiune trebuie să se ocupe de sarcini precum planificare bugetară, contabilitate sau achiziții publice, fără a avea pregătire corespunzătoare în domeniu.

Cu toate acestea, Serviciul de Probațiune din Arad încearcă să recurgă la o abordare personalizată, de la caz la caz, în relația cu foștii deținuți pentru a promova perspectivele de angajare. Serviciul de Probațiune a încheiat un parteneriat cu Inspectoratul Școlar Județean, în baza căruia beneficiarii cu studii incomplete au acces la școlile ce oferă programe de educație „A doua șansă”. Conform acestui protocol, Inspectoratul monitorizează prezența și rezultatele școlare ale acestora. Se acordă și sprijin ocazional, precum îmbrăcăminte, articole igienico-sanitare și

¹⁵⁸ Sistemul de probațiune funcționează ca parte a sistemului judiciar, însă este puternic conectat la instituțiile și organizațiile publice, private sau non-profit ce oferă servicii sociale. Sistemul de probațiune este finanțat din surse publice, dar dezvoltarea instituțională a fost, în mare parte, susținută de proiecte cu finanțare externă.

transport subvenționat, în urma unui parteneriat cu un ONG local. O relație similară cu AJOFM asigură accesul persoanelor supravegheate la listele cu locurile de muncă actualizate săptămânal. Dacă o persoană aflată sub supraveghere este interesată de un anumit loc de muncă, consilierul său de probațiune contactează angajatorul și stabilește un interviu. Serviciul de Probațiune ajută beneficiarii și să își redacteze CV-ul și le oferă îndrumare în legătură cu interviurile pentru un loc de muncă.

Foștii deținuți se confruntă cu numeroase obstacole majore în ceea ce privește găsirea unui loc de muncă. De exemplu, nu există suficiente cursuri de formare adresate lor. Acest lucru este exacerbat de gradul mare de stigmatizare asociată statutului de fost deținut, ceea ce înseamnă că puțini angajatori sunt dispuși să îi ia în calcul ca posibili angajați. În interviurile din cadrul cercetării calitative, au fost menționate câteva cazuri de succes, dar acestea sunt considerate mai degrabă excepții de la regulă deoarece majoritatea beneficiarilor nu reușesc să își găsească de lucru.

DGASPC Arad are un departament specializat ce promovează ocuparea persoanelor aparținând categoriilor vulnerabile. Acest departament a fost creat în cadrul proiectului POS DRU „Șanse egale pe piața muncii”, menit să crească șansele de angajare ale persoanelor cu dizabilități. Finanțarea s-a încheiat în 2012, însă proiectul are o perioadă de sustenabilitate de trei ani. În această fază, proiectul a extins eligibilitatea la nivelul tuturor categoriilor vulnerabile din punct de vedere social, inclusiv foștilor deținuți. Reprezentanții DGASPC au raportat că se confruntă cu dificultăți similare celor întâmpinate de Serviciul de Probațiune în ceea ce privește încercarea de a identifica oportunități reale de angajare pentru foștii deținuți.

Sursa: Banca Mondială (2014)

B. Servicii adresate persoanelor care au probleme cu alcoolul

Nu există un sistem național de colectare și analiză a datelor care să permită realizarea unor estimări periodice a numărului de persoane care fac abuz de alcool (inclusiv a celor dependente). Singurele estimări disponibile în ceea ce privește abuzul de alcool în România sunt cele ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Potrivit celor mai recente date disponibile, 3,8% dintre bărbații de 15 ani și peste și 1,1% dintre femeile de aceeași vârstă fac abuz de alcool,¹⁵⁹ în timp ce dependența de alcool afectează 2% dintre bărbați și 0,6% dintre femei.¹⁶⁰ Nu există alte date din sondaje recente care să documenteze nevoile și profilul categoriilor predispuse la abuzul de alcool. Prin urmare, este esențial să se stabilească modalități de identificare a acestor persoane astfel încât să se conceapă măsuri de prevenție adresate efectiv celor cu risc crescut.

La nivelul comunității, acțiunile de prevenție actuale sunt în general pasive, în timp ce activitățile desfășurate în rândul elevilor constau mai degrabă în intervenții active. Principalele măsuri la nivel comunitar sunt: impunerea unei vârste minime legale pentru consumul de alcool (18 ani); toleranță zero față de condusul sub influența alcoolului; avertismente în presă despre riscurile asociate consumului excesiv de alcool la finele reclamelor la băuturi alcoolice; interzicerea reclamelor la băuturi alcoolice în apropierea școlilor și în mass-media între orele 6 și 22.¹⁶¹ Intervențiile realizate în școli constau în cursuri opționale de educație pentru sănătate în clasele I-XII și concursul național al proiectelor antidrog

¹⁵⁹ Abuzul de alcool se referă la consumul cronic cu efecte medicale, psihologice și sociale asupra individului, precum și la dependența de alcool.

¹⁶⁰ România este una dintre țările europene cu cel mai mare număr de decese cauzate de ciroză sau cancer hepatic datorat consumului de alcool (70-102 decese la 100.000 locuitori în 2013). În 2012, suma totală decontată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pacienților spitalizați din cauza problemelor de sănătate provocate de consumul nociv de alcool a fost de 107.487.375,50 RON – în jur de 25 de milioane de EUR. În același an, s-au înregistrat 1.396 de accidente rutiere în care unul dintre șoferi se afla sub influența alcoolului (OMS, 2013).

¹⁶¹ În plus, se acordă servicii de informare, evaluare și referire și de către: (i) Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog (CPECA) ale Agenției Naționale Antidrog din fiecare județ; (ii) cele patru Infocentre înființate de ALIAT în București, Câmpulung Moldovenesc, Miercurea Ciuc și Craiova, în parteneriat cu spitalele locale; (iii) singura platformă de sănătate online pentru prevenirea și tratarea abuzului de alcool (www.alcohep.ro), gestionată tot de ALIAT. Între 2010 și 2013, ALIAT a implementat singura sa măsură activă de prevenție – Caravana Alcoohelp, o campanie mobilă în cadrul căreia au fost organizate evenimente în comunitățile urbane și rurale cunoscute pentru nivelul ridicat al consumului de alcool.

„Împreună”, care ajută de mai bine de 10 ani elevii din clasele IX-X să își pună în practică ideile referitoare la prevenirea consumului de droguri în licee.¹⁶²

Pe lângă oferta insuficientă de servicii, accesul la serviciile existente este împiedicat de o serie de factori, inclusiv de lipsa resurselor umane specializate, lipsa informării și de stigmatizare. Peste 80% dintre persoanele care au probleme cu alcoolul nu au apelat la serviciile disponibile actualmente pentru că nu știau de existența lor. Cei care recurg la aceste servicii sunt de obicei într-o stare avansată a abuzului de alcool, majoritatea fiind dependenți.¹⁶³ Cu toate acestea, principala barieră în accesarea acestor servicii este stigmatul ce apare atunci când o persoană este identificată ca având o problemă cu alcoolul. 70% dintre medicii specialiști, peste 50% dintre beneficiarii tratamentului și 80% dintre persoanele cu probleme de consum de alcool care nu au apelat la servicii specializate au identificat stigmatul ca principala barieră în accesarea serviciilor.¹⁶⁴

În România, nu s-a realizat nicio evaluare a eficienței și a impactului măsurilor de prevenție, recuperare și reintegrare socială în sfera consumului și abuzului de alcool. În cazul populației școlare, singurul instrument ce adună date referitoare la impactul măsurilor de prevenție este Proiectul european de sondaje privind alcoolul și alte droguri în școli (ESPAD), la care România contribuie din 2004. Totuși, nu există studii care să fi evaluat impactul măsurilor pasive sau active menite să prevină consumul și abuzul de alcool în rândul adulților.¹⁶⁵

În prezent, nu există un document strategic național pentru prevenția, recuperarea și reintegrarea socială a persoanelor ce se confruntă cu abuzul de alcool. În principiu, reducerea cererii de alcool este unul dintre obiectivele Strategiei naționale antidrog, fiind de asemenea de-a lungul timpului o componentă a diferitelor programe naționale implementate de Ministerul Sănătății (inclusiv a unui program de promovare a sănătății și a unui program de sănătate mintală). Cu toate acestea, nu există nicio instituție care să coordoneze efectiv toate acțiunile legate de prevenție, tratament și îngrijire în acest sector. Mai mult, cu excepția documentelor redactate de Agenția Națională Antidrog (Strategia națională antidrog 2013-2020 și Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri), nu sunt disponibile linii directoare sau protocoale care să reglementeze tratamentul integrat al abuzului de alcool. Un sondaj realizat în 2011 de către un ONG, Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor (ALIAT), a indicat faptul că, dintre toți psihiatrii secțiilor în care se tratează dependența, doar jumătate au beneficiat de pregătire în domeniul dependenței de alcool în ultimii trei ani și aproape o treime nu aveau nicio astfel de pregătire. Procentul este și mai ridicat la nivelul medicilor generaliști și al celor cu alte specializări medicale, care pot juca un rol important în referirea persoanelor cu probleme legate de abuzul de alcool către serviciile specializate, 65% dintre ei nebeneficiind de niciun fel de pregătire pe această temă. Până în prezent, de formarea specialiștilor în domeniul identificării timpurii a abuzului de alcool și al terapiilor comportamentale s-au ocupat mai ales ONG-urile.¹⁶⁶

¹⁶² Pe lângă inițiativele Ministerului Sănătății, câteva alte instituții publice (Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog ale Agenției Naționale Antidrog) și ONG-uri desfășoară anual acțiuni de prevenție adresate elevilor (precum sesiuni de informare în școli, competiții, tabere, evenimente sportive și culturale).

¹⁶³ Medicii generaliști nu reușesc, de obicei, să diagnosticheze din timp bolile asociate consumului de alcool, ci doar când acestea sunt într-un stadiu destul de avansat. Astfel, 55% dintre pacienții cu probleme de alcool au primit informații legate de abuzul de alcool din partea medicului lor generalist și 44% au fost trimiși la un serviciu de specialitate, comparativ cu doar 2% și 3% dintre non-pacienți (ALIAT, 2011).

¹⁶⁴ ALIAT (2011).

¹⁶⁵ Deși implementarea Strategiei naționale antidrog 2005-2014 a beneficiat de o evaluare finală în 2012, aceasta s-a concentrat asupra măsurilor de reducere a cererii și ofertei de droguri ilegale, nu asupra alcoolului.

¹⁶⁶ De exemplu, în 2013, ALIAT a implementat două programe de formare pentru specialiștii din domeniul medical și psihosocial ce lucrează cu persoanele afectate de abuzul de alcool. Peste 130 de medici generaliști au participat la o sesiune de formare privind identificarea timpurie și intervențiile pe termen scurt în cazul bolilor asociate consumului excesiv de alcool, iar 24 de specialiști au fost formați în domeniul terapiei prin artă și a tehnicilor de terapie cognitiv-comportamentală.

Caseta 24: Cele mai bune practici – Centre de tratament și reintegrare socială pentru persoanele dependente de alcool

Două centre de tratament și reintegrare socială au fost înființate în 2011, în București și Târgoviște, sub coordonarea ONG-ului ALIAT, cu co-finanțare din partea Fondului Social European. Aceste centre oferă servicii de selecție și evaluare a cazurilor (evaluări psihiatrice, evaluarea nivelului de consum al pacienților și planuri personalizate de intervenție), tratament personalizat (consiliere psihologică adresată pacienților pentru a-i motiva și a preveni recidiva, dar și familiilor și copiilor afectați de abuzul de alcool) și asistență socială (consiliere juridică, consiliere profesională, evaluarea competențelor profesionale, acces la formare profesională și medierea muncii). Centrele fac parte dintr-un mecanism de servicii intersectoriale ce implică psihiatri, psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali, psihopedagogi, consilieri juridici, consilieri vocaționali și furnizori de formare profesională. Între 2011 și 2014, cele două centre au ajutat 1.220 de persoane dependente de alcool (din care 400 au beneficiat și de formare profesională) și 440 de membri ai familiilor acestora, inclusiv copii. ALIAT dorește, de asemenea, să formeze 750 de medici generalişti din București-Ilfov și Sud-Muntenia pentru a recunoaște primele semne ale dependenței de alcool și pentru a implementa intervenții pe termen scurt care pot reduce nivelul de dependență al pacientului.

Intervenția este foarte necesară în condițiile în care, potrivit OMS, la fiecare persoană care are probleme cu alcoolul, sunt afectate în medie șapte alte persoane (familie, rude și prieteni). Mai mult, studiile recente ale UNICEF¹⁶⁷ au arătat că nutriția copilului, neglijarea și/sau abuzul copilului și separarea acestuia de familie sunt puternic corelate cu abuzul de alcool al părinților.

Documentul de față recomandă guvernului să redacteze o strategie integrată multisectorială pentru prevenirea și combaterea abuzului de alcool, atât în rândul adulților, cât și al minorilor.¹⁶⁸ Acest plan național ar trebui să fie însoțit de o metodologie clară pentru monitorizarea și evaluarea realizărilor și rezultatelor măsurilor de prevenție, asistență și recuperare adresate persoanelor cu probleme legate de abuzul de alcool.

C. Servicii adresate consumatorilor de droguri

Cu toate că există date referitoare la prevalența consumului de droguri ilegale de-a lungul vieții la nivelul populației generale, nu există evidențe clare cu privire la numărul consumatorilor de droguri cu risc crescut (sau consumatori problematici) la nivel național. Potrivit ultimelor date disponibile furnizate de Agenția Națională Antidrog pentru anul 2010,¹⁶⁹ 4,3% dintre românii de 15-64 de ani declară că au consumat droguri ilegale cel puțin o dată (inclusiv substanțe cu proprietăți psihoactive vândute sub denumirea de „etnobotanice”, legale la momentul sondajului) și aproximativ alte 4 procente au afirmat că au luat medicamente fără recomandarea medicului (tranchilizante, sedative și antidepresive). Drogurile folosite cel mai des au fost „etnobotanicele” și canabis, urmate de *ecstasy*, heroină și cocaină – în ordinea descrescătoare a frecvenței.¹⁷⁰

Consumatorii de droguri problematici și cei cu risc crescut reprezintă principalele grupuri țintă ale politicilor guvernamentale concepute pentru a reduce vulnerabilitățile asociate drogurilor. Consumul cu risc crescut a fost definit de către Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Abuzului de Droguri în 2012 ca fiind „consumul de droguri regulat ce cauzează daune efective (consecințe negative) persoanei (inclusiv dependență, dar și alte probleme psihologice sau de sănătate) sau pune persoana într-o situație de probabilitate /risc crescut de a suferi astfel de daune.” Potrivit legislației române (Legea 143/2000, revizuită), drogurile de mare risc aflate sub control includ opiaceele, cocaina, fentanilul,

¹⁶⁷ Precum Stănculescu et al (2012).

¹⁶⁸ Rețeaua olandezo-română de implementare a politicii privind alcoolul, 2011.

¹⁶⁹ Ultimul sondaj ce a adunat date referitoare la prevalență a fost realizat de către Agenția Națională Antidrog în 2014, dar aceste date nu sunt încă disponibile.

¹⁷⁰ Există o asociere între droguri și diferitele profiluri socio-demografice. De exemplu, solvenții și medicamentele luate fără rețetă sunt cel mai des folosite de femeile adulte cu vârste între 45 și 64 de ani. Heroina și cocaina sunt cel mai răspândite în regiunile București-Ilfov, Vest și Centru, în timp ce solvenții /substanțele inhalante sunt cel mai des consumate în regiunile Vest, Sud-Vest, București, Nord-Est și Nord-Vest. Există și droguri care sunt consumate în aproape toate regiunile – etnobotanice, canabis și *ecstasy*.

derivatele și „etnobotanicele.” Substanțele precum cannabis și barbituricele intră într-o altă categorie – „droguri de risc.”

În rândul consumatorilor de droguri cu risc crescut, consumatorii de droguri injectabile (CDI) prezintă o vulnerabilitate socială ridicată. Consumul de droguri injectabile predispune individul la infecții cu transmitere hematogenă (precum HIV, hepatita B și hepatita C), la condiții de trai precare și la șomaj. Datele disponibile indică o creștere în 2012 a prevalenței hepatitei B, hepatitei C și HIV în rândul CDI, ultimele două depășind mediile europene.

Caseta 25: Profilul consumatorilor de droguri injectabile

În 2012, consumatorul tipic de heroină prezenta următoarele caracteristici: bărbat de 30-39 de ani, cu un nivel scăzut de educație. Majoritatea au solicitat ajutor din proprie inițiativă. Majoritatea aveau un cămin stabil, trăiau cu părinții sau familia și, în general, nu aveau niciun venit, fiind șomeri. Majoritatea au început să consume droguri la 15-19 ani, erau consumatori de lungă durată (cel puțin șase ani) și au solicitat anterior tratament pentru consumul de substanțe cu proprietăți psihoactive. De obicei, își injectau heroină zilnic (majoritatea injectându-și drogul în ultimele 30 de zile de dinaintea internării pentru tratament) și majoritatea consumau exclusiv heroină (cu alte cuvinte, nu exista un policonsum de droguri sau consum secundar de alte droguri).

Consumatorul tipic de substanțe noi cu proprietăți psihoactive (SNPP) prezintă următoarele caracteristici: bărbat până în 40 de ani, cu un nivel scăzut de educație, utilizator al serviciilor medicale de urgență, trăiește cu părinții/familia într-un cămin stabil, cel mai probabil fără niciun venit sau elev/student. Aproximativ unu din trei consumatori de SNPP au început să consume droguri înainte de împlinirea vârstei de 19 ani. Majoritatea consumau SNPP de maxim doi ani, cel mai adesea prin injectare, și au experimentat policonsumul (inclusiv alcool, opiacee sau cannabis).

Sursa: Agenția Națională Antidrog (2014).

Măsurile de reintegrare socială a consumatorilor de droguri cu risc crescut urmăresc două scopuri: (i) reducerea efectelor nocive asupra sănătății fizice și mintale, asociate consumului de droguri injectabile (inclusiv infecții cu HIV, VHB sau VHC, supradoze, abcese la locul injectării și efecte neurocognitive) și (ii) sprijinirea și încurajarea consumatorilor să renunțe la droguri și să-și refacă viața. În România, majoritatea acestor inițiative au reprezentat proiecte implementate de ONG-uri și/sau organizații publice.¹⁷¹ Numărul acestor servicii a scăzut semnificativ în 2010, odată cu finalizarea programelor finanțate de Fondul Global de Luptă împotriva SIDA, Tuberculozei și Malariei și de Biroul ONU pentru Droguri și Criminalitate (UNODC). Specialiștii estimează că restrângerea serviciilor reprezintă unul dintre principalii factori ce au determinat creșterea numărului de infecții cu HIV în rândul consumatorilor în perioada 2010-2013.¹⁷²

Pentru a oferi un răspuns de politică coerent, trebuie dezvoltate în continuare servicii integrate de îngrijire acordate persoanelor dependente (asistență medicală, psihologică și socială) la nivel național.¹⁷³ În prezent, doar București și Ilfov dețin o gamă variată de servicii, inclusiv măsuri de reducere a riscurilor, disponibile atât în comunitate, cât și în penitenciare.¹⁷⁴ Cu toate că furnizorii de servicii și cadrele universitare active în domeniu au atras atenția guvernului asupra necesității unor servicii specializate de reducere a riscurilor și de reintegrare socială adresate minorilor ce consumă droguri, nu s-au luat măsuri în acest sens până în prezent.

¹⁷¹ De exemplu, în perioada 2010-2013, ONG-ul ARAS (Asociația Română Anti-SIDA) a implementat un proiect care a ajutat foști consumatori de droguri injectabile să se reintegreze pe piața muncii prin cursuri de calificare, consiliere și orientare profesională și medierea muncii. Totuși, aceste activități au fost sistate odată cu finalizarea proiectului.

¹⁷² Agenția Națională Antidrog (2014), Comisia Națională de Luptă Anti-SIDA (2013) și Andrus et al (2014).

¹⁷³ Principiile ce stau la baza organizării și furnizării serviciilor adresate consumatorilor de droguri în România sunt prezentate în Anexe: Principii de organizare și furnizare a serviciilor pentru utilizatorii de droguri din România.

¹⁷⁴ Agenția Națională Antidrog (2014) și Andrus et al (2014).

Caseta 26: Îngrijiri integrate pentru persoanele dependente

În 2013, în București și Ilfov erau disponibile următoarele servicii de îngrijire adresate persoanelor dependente:

Cinci unități medicale ale Ministerului Sănătății, trei dintre care oferă servicii de dezintoxicare și asistență medicală și psihologică, iar două oferă servicii în ambulatoriu ce includ asistență medicală, psihologică și socială și tratament substitutiv cu metadonă, suboxonă sau naltrexonă pentru dependența de opiacee

Trei centre ale Agenției Naționale Antidrog, ce oferă asistență medicală, psihologică și socială pacienților în ambulatoriu și asistență integrată persoanelor dependente, inclusiv tratament substitutiv cu metadonă, suboxonă sau naltrexonă pentru dependența de opiacee

Trei centre /clinici private din București (administrare de Asociația Națională de Intervenții în Toxicomanii, PSYOTION și D&C Medical), care oferă asistență integrată persoanelor dependente, inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee pacienților în ambulatoriu

Două centre din București, denumite Arena și Titan, administrate de organizația neguvernamentală ARAS, care oferă asistență integrată persoanelor dependente (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee) în ambulatoriu

Două centre ale Administrației Naționale a Penitenciarelor, situate în închisorile Jilava și Rahova, care oferă asistență integrată deținuților dependenți (inclusiv tratament substitutiv pentru dependența de opiacee).

Pentru a asigura integrarea socială a consumatorilor de droguri problematici (CDP), serviciile de sănătate ar trebui integrate sau puternic corelate la serviciile de reabilitare socială.¹⁷⁵ Consilierea psihologică /psihoterapia și sprijinul social ar trebui oferite CDP înainte și după tratamentele de dezintoxicare, mai ales în cazul CDP care prezintă deficiențe neurocognitive cauzate de consumul cronic de droguri. În prezent, nu există suficiente servicii disponibile CDP ce trăiesc în comunități sau în detenție.

Serviciile preventive, mai ales cele din sectorul educației și al sănătății, sunt vitale pentru reducerea consumului de droguri și al consumului nociv de tutun și alcool în rândul adolescenților. Responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere: (i) introducerea unor politici educaționale adecvate vizând prevenirea comportamentelor de risc în rândul adolescenților și (ii) acordarea mai intensă a serviciilor de consiliere în materie de sănătate și planificare familială adolescenților.

D. Servicii de reducere a riscului de a deveni victimă a traficului de persoane

Evidențele disponibile sugerează că femeile și persoanele cu o situație socio-economică precară sunt extrem de vulnerabile la fenomenul traficului de persoane în România.¹⁷⁶ Cel mai mare număr de cazuri se înregistrează în județele din regiunile Nord-Vest, Sud-Vest, Vest și Centru.

Raportul din 2014¹⁷⁷ al Agenției Naționale împotriva Traficului de Persoane (ANITP) arată o scădere generală a numărului de victime ale traficului de persoane în 2013 comparativ cu anii precedenți,

¹⁷⁵ EMCDDA (2003) și EMCDDA (2012).

¹⁷⁶ Traficul de persoane (conform art. 165 al Codului Penal) înseamnă recrutarea, transportarea, transferarea, adăpostirea sau primirea unei persoane în scopul exploatarei sexuale comerciale sau necomerciale a acesteia, prin muncă sau servicii forțate, în sclavie sau în condiții similare sclaviei, de folosire în conflicte armate sau în activități criminale, de prelevare a organelor sau țesuturilor pentru transplantare, săvârșită prin: amenințare cu aplicarea violenței fizice sau psihice nepericuloase pentru viața și sănătatea persoanei, inclusiv prin răpire, prin confiscare a documentelor sau servitute, în scopul rambursării unei datorii a cărei mărime nu este stabilită în mod rezonabil; înșelăciune; abuz de poziție de vulnerabilitate sau abuz de putere, dare sau primire a unor plăți sau beneficii pentru a obține consimțământul unei persoane care deține controlul asupra unei alte persoane, cu aplicarea violenței ce pune în pericol viața, sănătatea fizică sau psihică a persoanei; prin folosirea torturii, a tratamentelor inumane sau degradante pentru a asigura subordonarea persoanei ori prin folosirea violului, dependenței fizice, a armei, a amenințării cu divulgarea informațiilor confidențiale familiei victimei sau altor persoane, precum și a altor mijloace.

¹⁷⁷ ANITP (2014a).

precum și o diminuare a proporției victimelor provenite din mediul rural. Asemenea anilor anteriori, în 2013 riscul cel mai mare de a fi traficate l-au prezentat femeile (77%), persoanele cu un nivel scăzut de educație (47% cu cel mult opt clase) și minorii (48%).¹⁷⁸ Cu toate acestea, nu există suficiente informații sistematice cu privire la caracteristicile traficului de ființe umane. Cu excepția datelor statistice adunate și furnizate de autoritățile publice, s-au realizat puține studii recente (în ultimii cinci ani) care să descrie profilul și nevoile persoanelor celor mai vulnerabile la trafic sau ale victimelor. Analiza statistică recentă a victimelor traficului de persoane identificate în perioada 1 ianuarie-30 iunie 2014, publicată de ANITP¹⁷⁹, confirmă faptul că tendințele sociale și demografice prezentate mai sus au continuat în 2014.

Tabel 31: Numărul de victime ale traficului de persoane identificate

	Victime identificate * (număr)	Tendință (an anterior)	Victime ale traficului (număr)	Tendință (an anterior)
2013	896	-14%	419	-24%
2012	1.041	-1%	554	-9%
2011	1.048	-9%	606	-3%
2010	1.154	+32,5%	626	+94,5%
2009	780	-37%	322	+0,4%
2008	1.240	-30%	321	

Sursa: ANITP (2014a).

Notă: *Victime identificate în 2013 = victime ale traficului identificate în 2013 + victime ale traficului din anii precedenți, dar identificate în 2013.

Sistemul românesc de gestionare a victimelor traficului de persoane ar trebui construit în jurul Mecanismului național de identificare și referire cu aplicare interinstituțională, care reprezintă un instrument intersectorial și interinstituțional de monitorizare a copiilor exploatați, a celor cu risc de exploatare prin muncă, a copiilor victime ale traficului de ființe umane, a copiilor români migranți și a victimelor altor tipuri de violență pe teritoriul altor state.¹⁸⁰

Agencia Națională împotriva Traficului de Persoane (ANITP) din cadrul Ministerului de Interne este instituția centrală ce coordonează, monitorizează și analizează politicile din domeniul traficului de persoane.¹⁸¹ În prezent, acest sistem funcționează defectuos la nivelul identificării victimelor și referirii acestora către serviciile de protecție și asistență. Prin urmare, este necesară o evaluare care să determine măsura în care scăderea numărului victimelor identificate se datorează unei reduceri efective a fenomenului sau funcționării deficitare a Mecanismului național de identificare și referire.

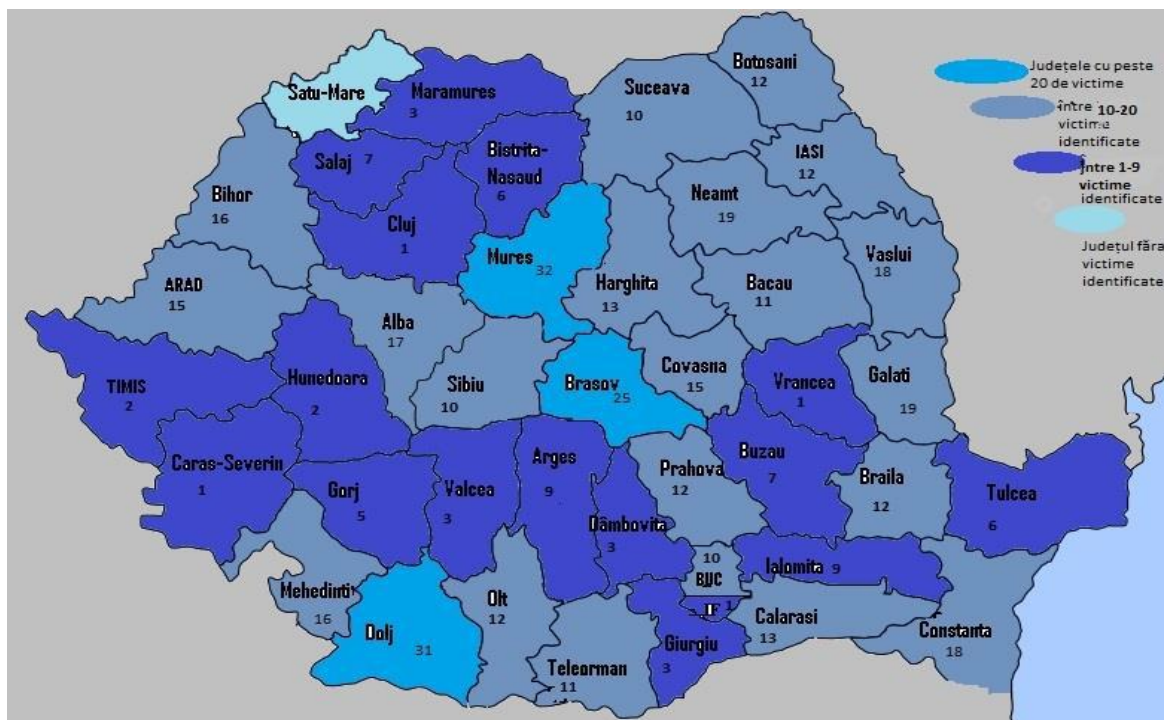
Figura 44: Județele de origine ale victimelor traficului de persoane, 2014

¹⁷⁸ Numărul cel mai mare de victime ale traficului de persoane s-a constatat în județul Mureș (peste 40 de victime) și în Iași, Dolj, Olt, Brașov, Bihor și Timiș (între 21 și 40 de victime). La polul opus, în 2013 nu s-a înregistrat niciun caz în județele Maramureș, Harghita și Vrancea. În general, femeile victime ale traficului de persoane sunt supuse exploatării sexuale, iar bărbații sunt exploatați prin muncă în agricultură și construcții. Datele disponibile nu includ numărul cetățenilor străini identificați ca victime ale traficului de persoane pe teritoriul României.

¹⁷⁹ ANITP (2014b)

¹⁸⁰ Descrie în HG 49/2011.

¹⁸¹ ANITP deține 15 centre regionale în județele în care există curți de apel: Oradea, Cluj, Suceava, Iași, Bacău, Mureș, Alba, Timiș, Craiova, Argeș, Brașov, Galați, Prahova (Ploiești), Constanța și București. Principalele atribuții ale centrelor regionale sunt diagnosticarea și monitorizarea fenomenului (inclusiv colectarea datelor referitoare la fiecare victimă identificată), referirea victimelor către serviciile de protecție, asistență și reintegrare socială și coordonarea activităților actorilor publici și neguvernamentali activi în acest domeniu în regiune. Victimele care solicită să le fie protejată identitatea sau care refuză sprijinul sunt înregistrate ca și cazuri anonime în scop statistic.



Sursa: ANITP (2014b).

Serviciile disponibile create pentru prevenirea și combaterea traficului de persoane și pentru protecția și reintegrarea socială a victimelor au o capacitate extrem de redusă de a-și duce la îndeplinire atribuțiile.¹⁸² Diversele demersuri preventive inițiate de către autoritățile publice și ONG-uri nu sunt coordonate sau de durată și nu au o acoperire națională. Singura intervenție permanentă este linia de asistență telefonică creată de ANITP, un număr gratuit la care poate suna oricine să ceară informații despre drepturile victimelor traficului de persoane și despre serviciile disponibile la nivelul țării. Un raport din 2012 al Ministerului de Interne a evidențiat capacitatea relativ scăzută de monitorizare și evaluare a măsurilor de prevenire a traficului de persoane și a sprijinului acordat victimelor. Această constatare relevă lipsa unor date actualizate și complete care să permită analiștilor să facă estimări corecte ale fenomenului și ale nevoii de servicii adresate victimelor, precum și lipsa evaluărilor imparțiale ale impactului politicilor naționale din acest domeniu. În prezent, principalul raport ce evaluează rezultatele politicilor naționale din domeniu este cel realizat anual de Ambasada Statelor Unite în România.

Cel mai recent raport al Ambasadei SUA, referitor la anul 2014, arată că numărul psihologilor ce lucrează în actualele servicii nu atinge nivelul necesar, chiar dacă asistența psihologică constituie una din principalele modalități de a ajuta victimele traficului de persoane. În întreaga țară, există doar șase centre de tranzit pentru minorii neînsoțiți sau victime ale traficului de persoane, deși copiii reprezintă aproape jumătate (48%) dintre victime. Niciunul dintre aceste centre de tranzit pentru minori nu este situat în București, cu toate că o mare parte dintre victime sunt repatriate cu avionul și ajung la aeroportul internațional din București. Când nu sunt transferați la unul din cele șase centre de tranzit, minorii victime sunt îndrumați către serviciile generale de protecție a copilului (din cadrul DGASPC), care nu sunt calificate să ofere asistență specializată victimelor traficului de persoane.

Sub aspectul cererii, serviciile existente sunt accesate de un număr foarte mic de victime, și pentru că aceste servicii adresate victimelor le restrâng drepturile. Raportul din 2014 al Ambasadei SUA evidențiază faptul că, deși există centre de asistență și servicii de protecție în fiecare județ, doar una

¹⁸² Organizarea și tipurile de servicii adresate victimelor traficului de persoane în România sunt prezentate în Anexe: Organizarea și tipurile serviciilor pentru victimele traficului de ființe umane din România.

din trei victime înregistrate în 2013 (291 de persoane) au beneficiat de servicii specializate de protecție, asistență și reintegrare. Potrivit legislației, victimele sunt acceptate în centrele de primire de tip rezidențial, la solicitarea lor. Cu toate acestea, victimele se plâng de faptul că le este restricționată libertatea de mișcare pe timpul șederii în aceste centre. În plus, în unele cazuri, deși beneficiarii au dreptul la asistență medicală gratuită, accesul lor la servicii medicale specializate este limitat dacă nu sunt asigurați sau nu au acte de identitate.

În concluzie, reducerea riscului de a deveni victimă a traficului de persoane necesită inițiative multisectoriale integrate deoarece acest risc depinde de o varietate de factori – gen, vârstă, mediu familial, condiții de trai, valori personale și nivelul de dezvoltare economică al mediului de rezidență al victimei.¹⁸³ Din cauza resurselor limitate disponibile și a capacității instituționale reduse, inițiativele implementate actualmente la nivel național nu dau dovadă de integrare, continuitate și acoperire corespunzătoare. Trebuie continuate eforturile de creștere a gradului de conștientizare a populației cu privire la riscurile și formele traficului de persoane. Inițiativele de prevenire a traficului de persoane trebuie extinse și dezvoltate la nivel național și local prin campanii de sensibilizare, linii de asistență telefonică, programe școlare și distribuirea de materiale informative moderne și interactive.

E. Servicii de reducere a riscului de a deveni victimă a violenței

Se remarcă necesitatea colectării mai multor date cu privire la dimensiunea și caracteristicile violenței domestice¹⁸⁴ în România. Ca și în cazul altor țări, statisticile oficiale referitoare la acest fenomen sunt contradictorii la nivelul instituțiilor ce îndeplinesc roluri diferite (prevenție, asistență și reglementare).¹⁸⁵ Mai trebuie încă elaborată o metodologie completă pentru înregistrarea numărului de persoane (victime și autori), care să permită compararea cu numărul de infracțiuni sau cazuri sesizate instanței de către victime. În prezent, principalele statistici disponibile sunt cele privitoare la numărul victimelor violenței domestice care au acces la servicii sociale (gestionate de MMFPSPV)¹⁸⁶ și cele privitoare la numărul infracțiunilor ce implică violență domestică (de competența Inspectoratului General al Poliției Române). Și Ministerul Justiției deține date cu privire la numărul de dosare legate de incidentele de violență în familie, inclusiv dosare în care victimele au solicitat eliberarea unui ordin de restricție împotriva agresorului. Totuși, din cauza toleranței ridicate a populației și a autorităților față de violența domestică, există de asemenea numeroase cazuri „invizibile”, ce nu sunt raportate sau incluse în statistici.¹⁸⁷

Nu există măsuri naționale permanente pentru prevenirea¹⁸⁸ violenței în familie (inclusiv a abuzului emoțional și a abandonului copilului) și pentru reducerea factorilor de risc, cum ar fi dependența, dizabilitatea, bolile psihice și dependența economică. Potrivit raportului european al rețelei Women Against Violence Europe¹⁸⁹, România este unul din cele nouă state membre din UE-28 care nu au o linie

¹⁸³ Comisia Prezidențială pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice (2009).

¹⁸⁴ Potrivit legislației române (Legea nr. 271/2003), infracțiunile de violență domestică acoperă un spectru larg, de la abandon familial, privare de libertate, amenințarea de vătămare gravă, omor și tentativă de omor.

¹⁸⁵ În 2013, au fost înregistrate 4.619 de infracțiuni domestice în dosarele penale. Majoritatea infracțiunilor (2.900 de cazuri) au constat în abandon familial, însă este îngrijorător faptul că aproape una din cinci infracțiuni s-au încadrat în categoria „lovire sau alte violențe” (864 cazuri) și vătămare (57 cazuri), în timp ce 4,7% din totalul infracțiunilor au reprezentat crime (115 cazuri), loviri sau vătămări cauzatoare de moarte (20 de cazuri) și tentative de omor (73 de cazuri). Aceste statistici nu arată însă numărul persoanelor implicate (victime și agresori) deoarece un dosar poate avea o singură victimă și mai mulți agresori, mai multe victime și un singur agresor, o victimă sau un agresor și mai multe infracțiuni (Inspectoratul General al Poliției Române, 2014). De asemenea, numărul și profilul victimelor și autorilor nu sunt înregistrate în datele referitoare la numărul de cazuri sesizate instanței de către victime pentru obținerea unui ordin de restricție (2.453 de dosare în aproximativ 14 luni în perioada 2012-2013). MMFPSPV (2012) și Transcena (2013).

¹⁸⁶ Potrivit datelor MMFPSPV, în 2012, numărul victimelor violenței domestice înregistrate de serviciile sociale era de 7.000 de persoane, din care 2.575 erau femei, 4.955 erau copii și 898 erau bărbați.

¹⁸⁷ De exemplu, Stănculescu și Marin (2012).

¹⁸⁸ Definită ca măsurile de prevenire a violenței sau care creează circumstanțe ce reduc probabilitatea ca o persoană să devină victimă sau agresor.

¹⁸⁹ Uniunea Europeană (2013).

națională de asistență telefonică pentru identificarea cazurilor de violență domestică împotriva femeilor și pentru referirea victimelor către serviciile specializate. Experiența internațională demonstrează eficiența implementării inițiativelor integrate, care îmbină măsurile de prevenire a violenței în familie cu cele de reducere a acesteia. Astfel, documentul de față recomandă guvernului să ia în considerare implementarea următoarelor măsuri în perioada 2014-2020: (i) dezvoltarea intervențiilor psihoterapeutice și a terapiilor comportamentale adresate familiilor afectate de abuzul de alcool sau substanțe; (ii) crearea mai multor inițiative de genul „Școala părinților” (care informează și formează părinții pe teme legate de creșterea, îngrijirea și educarea copiilor, cu accent pe adoptarea practicilor pozitive); (iii) dezvoltarea măsurilor psihoterapeutice și a terapiilor comportamentale adresate victimelor violenței în familie și agresorilor; (iv) dezvoltarea măsurilor psihoterapeutice și a terapiilor comportamentale adresate copiilor cu tulburări de comportament (violență, abandon școlar și delincvență); (v) formarea profesorilor, a personalului medical și a angajaților serviciilor sociale cu privire la procedurile de identificare și referire a cazurilor de violență domestică către serviciile specializate; (vi) desfășurarea unor campanii de sensibilizare a populației pentru a face cunoscute prevalența și efectele violenței în familie, alături de campanii menite să schimbe atitudinea și comportamentul prin modificarea normelor sociale din România referitoare la violența domestică.

Câteva ONG-uri și parteneriate public-private oferă servicii pentru prevenirea și combaterea violenței în familie. În ceea ce privește serviciile sociale disponibile victimelor violenței în familie și agresorilor (vezi Anexe: Organizarea serviciilor pentru victimele violenței domestice din România), majoritatea sunt organizate de către instituțiile publice (65%), aproximativ o treime de către actorii privați (ONG-uri sau organizații cu scop lucrativ) și doar 3% reprezintă parteneriate public-private, potrivit datelor MMFPSPV pentru anul 2012.

Capacitatea serviciilor sociale adresate victimelor violenței în familie este redusă față de standardele UE, în ceea ce privește atât serviciile disponibile, cât și personalul specializat.¹⁹⁰ Standardele UE recomandă câte un loc într-un adăpost specializat la 10.000 de locuitori. Luând în calcul actuala populație a României, aceasta ar însemna că este nevoie de 2.000 de locuri în astfel de adăposturi. Însă, numărul total al locurilor disponibile este mult mai redus, 14 din cele 41 de județe ale țării neavând niciun serviciu specializat de tip rezidențial în domeniul protecției victimelor. În 2012, doar 689 de femei și 1.136 de copii au beneficiat de un loc într-un adăpost, ceea ce înseamnă că s-a acoperit doar aproximativ un sfert din cerere (7.530 de femei, copii și bărbați se aflau în evidența serviciilor specializate).¹⁹¹ Mai mult, doar unele victime primite în unitățile de tip rezidențial în 2012 au beneficiat de servicii precum: consiliere psihologică și juridică (595 persoane), asistență și consiliere în vederea găsirii unui loc de muncă (478 persoane), consiliere și asistență pentru creșterea gradului de siguranță personală la ieșirea din centru (445 persoane) sau asistență în cadrul audierilor în instanță (82 persoane).

Pe lângă numărul mic al serviciilor disponibile, victimele violenței domestice întâmpină încă un obstacol în încercarea de a le accesa. Legislația română prevede ca victimele să dețină un certificat medico-legal pentru a putea obține ordinul de restricție împotriva agresorilor lor și pentru a primi un loc într-un adăpost.¹⁹² Acest certificat costă în jur de 40 de lei și, prin urmare, este prea scump pentru multe victime. Au existat unele inițiative menite să ușureze obținerea certificatului medico-legal, însă acestea au avut o acoperire locală și de scurtă durată și au vizat doar un număr mic de cazuri.¹⁹³ Astfel, măsurile

¹⁹⁰ Organizarea și tipurile de servicii adresate victimelor violenței domestice în România sunt prezentate în Anexe: Organizarea serviciilor pentru victimele violenței domestice din România.

¹⁹¹ Deficitul de adăposturi este menționat și în raportul european al rețelei Women Against Violence Europe (UE, 2013), care estima că în 2013 era nevoie de 2.012 de locuri în adăposturi pentru femeile victime din România, însă erau disponibile doar 590.

¹⁹² Legea 25/2012 prevede eliberarea unui certificat medico-legal înainte ca victima unui abuz domestic să poată solicita un ordin de restricție împotriva agresorului său.

¹⁹³ De exemplu, în baza unui protocol de cooperare încheiat între un ONG și Institutul de Medicină Legală din București, în jur de 100 de femei victime au beneficiat gratuit de consult medico-legal în 2012 și 2013. De asemenea, anumite servicii publice acoperă costurile eliberării acestor certificate din propriile bugete.

recomandate de Strategie pentru perioada 2014-2020 includ: (i) asigurarea accesului tuturor victimelor violenței în familie la servicii specifice, inclusiv la cele create pentru a oferi sprijin persoanelor dependente, persoanelor cu dizabilități și persoanelor cu boli contagioase sau tulburări de comportament, fie prin adaptarea serviciilor existente la nevoile acestor grupuri, fie prin crearea de noi servicii; (ii) asigurarea accesului tuturor victimelor violenței domestice la consultul medico-legal prin informarea acestora și prin acoperirea costurilor consultului; (iii) realizarea unor studii privind factorii ce influențează accesul victimelor la serviciile specializate.

În ceea ce privește personalul specializat, serviciile oferite victimelor violenței pun mare accent pe voluntari. Un studiu recent realizat de un ONG arată că aproximativ un sfert dintre persoanele ce lucrează în cadrul serviciilor adresate victimelor violenței sunt voluntari, majoritatea lucrând pe posturi administrative, ca asistenți sociali și psihologi.¹⁹⁴ Prin urmare, apar diferențe majore între servicii similare, la nivelul numărului și calificării angajaților. Există centre de tip rezidențial care au doar doi angajați (un psiholog și un asistent social), în timp ce altele au 11 angajați.¹⁹⁵ Participarea personalului la cursuri de formare continuă este de asemenea redusă.¹⁹⁶ În plus, nu există un sistem de supervizare profesională a personalului ce lucrează cu victimele violenței în familie. Angajații au nevoie de *feedback* cu privire la calitatea intervențiilor lor, dar și de sprijin care să îi ajute să facă față stresului psihologic ce apare în mod normal în lucrul cu victimele violenței.¹⁹⁷

Pe partea de politici, sunt necesare îmbunătățiri pentru a transforma ordinul de restricție într-un instrument eficient și eficace de protecție a victimelor violenței domestice. Problemele cheie țin de: (i) accesul la informații; (ii) termenul pentru eliberarea ordinului de restricție; (iii) tipul restricțiilor incluse în ordinul de restricție. Adesea, victimele nu dețin suficiente informații despre cum pot obține un ordin de restricție sau despre efectele acestuia.¹⁹⁸ Mai mult, termenul de eliberare a ordinelor de restricție este prea lung (în medie, între 20 și 60 de zile).¹⁹⁹ În plus, chiar dacă se emite un ordin de restricție, acesta poate fi uneori insuficient (de exemplu, agresorul trebuie să păstreze o distanță de doar 1,5 metri față de victimă) sau poate include restricții contradictorii (de exemplu, agresorul trebuie să păstreze o distanță de 50 de metri față de victimă, dar nu se impune agresorului sau victimei să părăsească domiciliul comun). Aceasta sugerează interpretarea neuniformă de către instanțe a rolului pe care ar trebui să îl aibă acest instrument în prevenirea și combaterea violenței domestice. Modul în care instanțele aplică la ora actuală legea privind emiterea ordinelor de restricție are un impact negativ asupra eforturilor de prevenire și combatere a violenței domestice.²⁰⁰ Pentru ca ordinul de restricție să devină un instrument mai eficient de protecție a victimelor violenței în familie, Strategia recomandă următoarele acțiuni prioritare: (i) crearea unor intervenții naționale (precum campanii de sensibilizare și

¹⁹⁴ Numărul cel mai mic de voluntari se observă la nivelul asistenților sociali, consilierilor și doctorilor. Aceste servicii au printre angajați și asistenți medicali, profesori și consilieri juridici (Transcena, 2013).

¹⁹⁵ Majoritatea centrelor de tip rezidențial au între patru și opt angajați (Transcena, 2013a).

¹⁹⁶ Participarea la cursurile de formare continuă este mai frecventă în rândul consilierilor (64% dintre aceștia au luat parte la cursuri de formare în perioada 2011-2013) și psihologilor (aproape jumătate din ei au luat parte la cursuri de formare în 2012), atât în serviciile de tip rezidențial, cât și în cele non-rezidențiale. Mai mult, doar 11% dintre angajații centrelor de tip rezidențial au participat la cursuri de formare între 2011 și 2013 (Transcena, 2013).

¹⁹⁷ Transcena (2013a).

¹⁹⁸ Un studiu recent arată că aproximativ jumătate dintre cererile depuse de victime sunt acceptate de judecători, restul fiind respinse (în general) sau retrase. Principalul motiv pentru care judecătorii resping solicitarea unui ordin de restricție este că cererea a fost completată incorect sau parțial (Transcena, 2013b).

¹⁹⁹ Victima trebuie examinată mai întâi de o unitate de urgență, apoi trebuie să obțină un certificat medico-legal care să ateste agresiunea fizică, iar pe urmă trebuie să depună o cerere instanței. Pe lângă certificatul medico-legal, victima trebuie să adune alte tipuri de dovezi, precum dovada unei plângeri depuse anterior. În cazurile ce nu sunt urgente, ordinele de restricție pot fi emise chiar și peste mai bine de 60 de zile (Transcena, 2013b).

²⁰⁰ De exemplu, aceleași studii Transcena (2013a și 2013b) relevă faptul că uneori victimele își retrag cererea de a beneficia de protecție sau refuză să acceseze serviciile specializate de teama agresorului sau pentru că nu doresc să fie stigmatizate ca victime. Personalul serviciilor ce asistă victimele violenței în familie se simte expus, la rândul său, riscului unor acte de violență din partea agresorilor împotriva cărora nu beneficiază de niciun fel de protecție. În plus, adesea poliției îi este greu și uneori imposibil să aplice ordinul de restricție care conține prevederi contradictorii.

servicii de informare) care să ofere victimelor violenței în familie informații cu privire la drepturile lor și la modul de folosire și aplicare a ordinelor de restricție; (ii) creșterea competențelor de utilizare a acestui tip de ordine în cazul angajaților ce trebuie să le emită, prin formare, modificarea /îmbunătățirea normelor metodologice pentru aplicarea Legii 25/2012 de modificare și completare a Legii nr. 217/2003 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie; (iii) reducerea stigmatizării sociale ce este adesea întâlnită în cazul victimelor violenței domestice, prin introducerea unor campanii de informare și sensibilizare și a unor programe educative în școli.

Trebuie dezvoltată capacitatea guvernului de a monitoriza și a evalua nevoile la nivel central. Măsurile cheie din sfera politicilor de prevenire și combatere a violenței domestice în România sunt incluse în Strategia națională pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie 2013-2017, HG 1156/2012.²⁰¹ Această strategie a fost concepută grație unui efort intersectorial coordonat de MMFPSPV, în parteneriat cu Ministerul de Interne, Ministerul Sănătății și Ministerul Justiției. Cu toate acestea, nu există studii care să evalueze rezultatele și impactul măsurilor implementate în cadrul strategiei. Nu există nici un mecanism pentru evaluarea impactului și rezultatelor serviciilor și campaniilor care vizează prevenirea și combaterea violenței în familie. Mai exact, guvernul nu deține un *feedback* care să stea la baza programării pe viitor a unor aspecte importante, precum impactul campaniilor de prevenție asupra grupurilor țintă, măsura și modul în care serviciile acordate în adăposturi sau centre de recuperare contribuie la creșterea calității vieții beneficiarilor sau cost eficiența serviciilor adresate femeilor, copiilor și agresorilor.

Legea 292/2011 prevede acordarea serviciilor sociale victimelor violenței domestice în cadrul unui sistem integrat, care ține cont de toate aspectele problemei, respectiv medicale, psihologice, sociale și juridice. Ar trebui adoptată o abordare integrată pentru stabilirea standardelor de cost aferente acestor servicii, însă deocamdată nu se întâmplă acest lucru. De exemplu, stabilirea costurilor pentru centrele de tip rezidențial nu ia în calcul costurile dobândirii certificatelor medico-legale sau ale acordării de produse igienico-sanitare beneficiarilor.²⁰² De asemenea, servicii similare pot avea costuri standard diferite. De exemplu, centrele de recuperare au costuri pe beneficiar mai mari decât centrele de primire în regim de urgență, deși ambele tipuri de unități oferă servicii asemănătoare.²⁰³ Așadar, costurile standard ale serviciilor adresate victimelor violenței domestice trebuie revizuite pentru a crește calitatea, accesibilitatea financiară și eficiența serviciilor.

²⁰¹ Această Strategie are următoarele priorități: (i) stabilirea unui cadru legislativ coerent și funcțional; (ii) promovarea unor practici profesionale armonizate în rândul serviciilor sociale oferite victimelor violenței; (iii) dezvoltarea serviciilor prin extinderea gradului lor de acoperire și a numărului și a calificării specialiștilor lor; (iv) promovarea unei culturi a non-violenței.

²⁰² Transcena (2013a).

²⁰³ MMFPSPV (2012).

2.4. Educatie

Guvernul ar trebui să se concentreze pe asigurarea unor oportunități egale de acces la educație de calitate pentru toți copiii. O atenție specială ar trebui acordată calității educației și formării și relevanței lor pentru nevoile pieței muncii și ale indivizilor.

Obiective principale	Pagina
2.4.1. Îmbunătățirea sistemului de îngrijirea și educație timpurie a copilului	168
2.4.2. Creșterea participării și îmbunătățirea rezultatelor tuturor copiilor la nivelul învățământului primar și secundar	172
2.4.3. Promovarea unui acces mai mare la învățământul terțiar în cazul categoriilor subreprezentate	182
2.4.4. Îmbunătățirea accesului la învățare și formare pe tot parcursul vieții pentru tinerii dezavantajați și populația în vârstă de muncă	183
2.4.5. Creșterea accesului la educație de calitate pentru copiii din categoriile vulnerabile	183
2.4.6. Creșterea eficacității programelor de protecție socială la nivelul educației	202



2.4. Educație

Discuțiile din acest capitol sunt structurate pe niveluri de învățământ, cu accent special pe creșterea accesului copiilor aflați în situații vulnerabile la o educație de calitate.

Conținutul capitolului de față se află în concordanță cu raportul OCDE din 2012 *Echitatea și calitatea în educație* și cu proiectul de Cadru strategic pentru reducerea părăsirii timpurii a școlii (PTS) în România elaborat de Banca Mondială (Banca Mondială, 2014). (Proiectul de Cadru strategic pentru reducerea părăsirii timpurii a școlii (PTS) în România va fi numit în continuare, în acest capitol, Cadru strategic PTS.) Raportul OCDE a prezentat date la nivel mondial, potrivit cărora sprijinirea elevilor și a școlilor dezavantajate duce la dezvoltarea capacității indivizilor și a societății de a răspunde la recesiune și contribuie la creșterea economică și bunăstarea socială. Cadru strategic PTS al Băncii Mondiale a stabilit principalele direcții strategice pentru atingerea țintei prevăzute în strategia Europa 2020 a Uniunii Europene, și anume reducerea ratei de părăsire timpurie a școlii²⁰⁴ de la 17,3% în 2013 la 11,3% până în 2020.

Caseta 27: Îmbunătățirea echității și calității în educație

În 2012, OCDE a realizat un raport denumit *Echitatea și calitatea în educație*, care a demonstrat beneficiile demersurilor de îmbunătățire a echității și de reducere a ratei de eșec școlar, în condițiile în care educația reprezintă un motor al creșterii economice. Una dintre cele mai eficiente strategii educaționale disponibile guvernelor este investirea în toate nivelurile de învățământ, de la cel preșcolar la învățământul secundar superior, astfel încât să se asigure că toți elevii au acces la o educație de calitate pe parcursul ciclului, rămân în sistem până cel puțin la finele învățământului secundar superior și dobândesc competențele și cunoștințele necesare pentru a participa în cadrul societății și pe piața muncii. Guvernele pot preveni eșecul școlar și reduce abandonul prin două abordări paralele: eliminarea practicilor de la nivelul sistemului care împiedică realizarea echității și acordarea de sprijin școlilor dezavantajate cu performanțe slabe. Elevii din familiile sărace sunt, probabil, cei mai dezavantajați. Potrivit rezultatelor obținute la evaluarea PISA din 2012, atât la citire, cât și la matematică, se remarcă o diferență de aproximativ 100 de puncte între elevii de 15 ani care se încadrează, în baza statutului socio-economic, în primii 20% și cei încadrați în ultimii 20%, echivalentul unui decalaj școlar de aproximativ 2,5 ani.

Raportul OCDE a formulat cinci recomandări ce vizează prevenirea eșecului și promovarea absolvirii învățământului secundar superior: (1) eliminarea repetenției; (2) evitarea orientării precoce spre anumite filiere educaționale și amânarea procesului de selecție a elevilor pentru nivelul secundar superior; (3) gestionarea procesului de alegere a școlii pentru a evita segregarea și creșterea inechităților; (4) elaborarea unor strategii de finanțare care răspund nevoilor de incluziune ale elevilor și școlilor; (5) stabilirea unor parcursuri școlare alternative și echivalente la nivelul învățământului secundar superior pentru a asigura absolvirea acestuia.

Raportul a conturat alte cinci recomandări referitoare la sprijinirea dezvoltării școlilor dezavantajate (cu un procent mai ridicat de elevi dezavantajați). Acestea sunt: (6) întărirea și sprijinirea conducerii școlii; (7) stimularea unei atmosfere școlare favorabile și a unui mediu propice învățării; (8) atragerea, sprijinirea și păstrarea profesorilor de

²⁰⁴ Părăsirea timpurie a școlii (PTS) este definită în România ca procentul tinerilor de 18-24 de ani care au absolvit cel mult ciclul gimnazial (echivalentul a 8 clase) și nu urmează nicio formă de învățământ /instruire. Cei care au absolvit învățământul obligatoriu, respectiv 10 clase conform legislației române, nu sunt incluși în definiția PTS chiar dacă nu au absolvit învățământul secundar superior (12 clase).

calitate; (9) utilizarea unor strategii eficace de învățare în clasă; (10) stabilirea legăturii dintre școli, pe de-o parte, și părinții și comunitățile locale, pe de alta.

În plus, politicile educaționale trebuie aliniate la alte politici guvernamentale, precum cele care vizează locuirea sau protecția socială, în vederea garantării succesului elevilor.

Sursa: OCDE (2012), 9-12

Aspectele cheie ale sectorului educației²⁰⁵ din România țin de calitatea educației și a formării, precum și de relevanța acestora în raport cu nevoile pieței muncii și cele individuale. Provocările ce necesită un răspuns sunt: (i) școlarizarea și frecventarea educației timpurii, (ii) participarea la învățământul terțiar și (iii) participarea la programe de învățare pe tot parcursul vieții.²⁰⁶ Responsabilii de politici din sectorul educației și al formării ar trebui să urmărească o creștere inteligentă și incluzivă pentru a preveni și a reduce fenomenul părăsirii timpurii a școlii, dar și pentru a asigura o mai bună participare la nivelul învățământului terțiar și al programelor de învățare pe tot parcursul vieții. Cadrul strategic PTS subliniază necesitatea prioritizării acordării de sprijin categoriilor ce prezintă risc de părăsire timpurie a școlii. Fără un astfel de sprijin, este posibil ca principalul obiectiv al Cadrului strategic PTS să nu fie atins sau, cel puțin, să fie compromis. Cadrul definește următoarele categorii ce prezintă risc de părăsire timpurie a școlii în România și care, implicit, sunt potențiale ținte ale intervențiilor propuse:

- Copiii și tinerii cu vârste cuprinse între 11 și 17 ani
- Copiii și tinerii din familii cu o situație socio-economică (SSE) precară
- Copiii și tinerii din mediul rural
- Romii și alte categorii marginalizate și subreprezentate.

Cadrul strategic PTS propune patru piloni și șase programe cheie menite să reducă părăsirea timpurie a școlii în România, în perioada 2014-2020, așa cum este prezentat în Tabel 32.

Tabel 32: Scurtă prezentare a pilonilor, programelor cheie și domeniilor tematice din Cadrul strategic PTS

	Domeniu tematic
Pilon 1: Asigurarea accesului la educație și o educație de calitate pentru toți copiii	
Program cheie 1.1: Creșterea accesului la îngrijirea și educația timpurie a copiilor	P
Program cheie 1.2: Asigurarea unui învățământ primar și gimnazial de calitate pentru toți copiii	P I
Pilon 2: Asigurarea finalizării învățământului obligatoriu de către toți copiii	
Program cheie 2.1: Dezvoltarea unor sisteme de avertizare timpurie și consolidarea programelor remediale și de sprijin adresate elevilor în situație de risc din învățământul obligatoriu	P I
Program cheie 2.2: Creșterea atractivității, incluziunii, calității și relevanței sistemului de învățământ profesional și tehnic (IPT)	I
Pilon 3: Reintegrarea în sistemul educațional a persoanelor care au părăsit timpuriu școala	

²⁰⁵ În România învățământul obligatoriu este de 11 ani, începând cu învățământul primar și cuprinzând învățământul secundar inferior și primii doi ani din învățământul secundar superior (clasele a IX-a și a X-a). Învățământul românesc preuniversitar cuprinde: (i) educația timpurie (0-6 ani); (ii) învățământul primar (clasele 0-IV); (iii) învățământul secundar inferior / gimnaziul (clasele V-VIII); și (iv) învățământul secundar superior (clasele IX-XII sau IX-XIV, în funcție de filieră: teoretică, vocațională sau tehnologică). Întreg ciclul învățământului secundar superior (asigurat în licee) este preconizat să devină obligatoriu până în anul 2020. Învățământul terțiar include învățământul universitar și non-universitar. Sistemul de evaluare a elevilor include două praguri care determină trecerea la nivelurile superioare: un examen național de finalizare a clasei a VIII-a și Bacalaureatul la absolvirea învățământului secundar superior, acesta fiind obligatoriu pentru admiterea la universitate, dar nu și pentru absolvirea învățământului secundar superior sau pentru admiterea în învățământul terțiar non-universitar.

²⁰⁶ Acordul de Parteneriat cu România pentru perioada de programare 2014-2020, Primul proiect, Ministerul Fondurilor Europene. Fiecare dintre cele trei provocări trebuie detaliată și programată prin strategii separate: Strategia de reducere a abandonului școlar, Strategia în domeniul învățământului terțiar, Strategia privind învățarea pe tot parcursul vieții și Strategia pentru dezvoltarea infrastructurii educaționale.

Program cheie 3.1: Asigurarea unei oferte corespunzătoare de programe educaționale de tipul „a doua șansă”, de calitate	C
Pilon 4: Acordarea de sprijin instituțional adecvat	
Program cheie 4.1: Consolidarea capacității guvernului de a implementa, monitoriza și evalua strategia de reducere a părăsirii timpurii a școlii	P

Sursa: Banca Mondială (2014: 9).

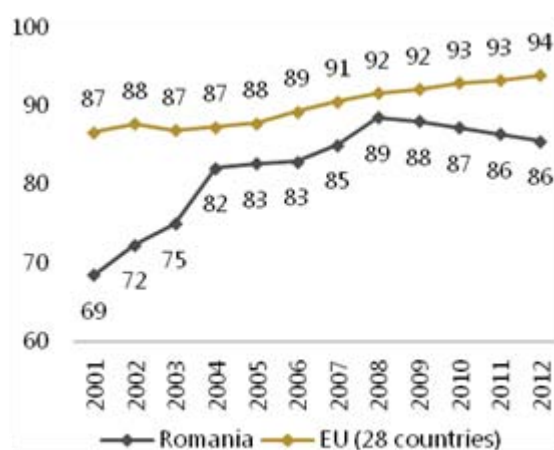
Notă: *P = Prevenție, I = Intervenție, C = Compensare.

În linie cu această abordare centrată pe categoriile de copii și tineri cu risc crescut și pe școlile dezavantajate, capitolul de față furnizează informații suplimentare ce vor putea fi folosite pentru elaborarea unor politici eficace prin care să se asigure că fiecare copil rămâne în sistemul de educație și formare cel puțin până la vârsta de 16 ani și termină minim zece clase.²⁰⁷ Capitolul este structurat pe niveluri de învățământ, cu accent special pe creșterea accesului la o educație de calitate pentru copiii aflați în situații vulnerabile.

2.4.1. Îmbunătățirea sistemului de îngrijirea și educație timpurie a copilului

Îngrijirea și educația timpurie ajută copiii să își atingă potențialul maxim, fiind un factor cheie determinant pentru parcursul lor ulterior atât în școală, cât și pe piața muncii. Literatura de specialitate din educație subliniază permanent importanța unei îngrijiri și educații timpurii a copilului (IETC) de bună calitate, care asigură copilului capacitatea de a se adapta la mediul școlar, de a dobândi competențe și de a obține performanțe bune în viitoare posturi ce îi oferă satisfacție. Datele arată și că accesul la IETC de calitate crește șansele obținerii unui nivel mai ridicat de educație și reduce riscul de părăsire timpurie a școlii. Potrivit ultimei evaluări PISA, „la nivelul statelor OCDE, elevii care au declarat că au frecventat unitățile de învățământ preșcolar mai bine de un an au obținut un punctaj mai mare cu 53 de puncte la matematică – echivalentul a peste un an de școală – față de elevii care nu au participat la educația preșcolară” (OCDE, 2013b: 14). Conform Checchi et al (2014), creșterea participării la nivelul educației preșcolare de la 0% la 100% poate duce la mărirea cu 6,6% a PIB-ului.

Figura 45: Procentul grupei de vârstă între 4 ani și vârsta de început a educației obligatorii



Sursa: Eurostat.

După tendința puternic ascendentă a ratei educației timpurii a copilului înregistrată în România până în 2008, nivelul de participare a început să scadă. În ultimul deceniu, s-au dezvoltat educația și îngrijirea timpurie a copiilor cu vârste cuprinse între 4 și 6 ani, rata brută de cuprindere crescând semnificativ din 2001-2002 până în 2008 și scăzând ușor până la 85,5% în 2012.²⁰⁸ Discrepanțele dintre mediul rural și cel urban sunt în continuare prezente, cu toate că s-au redus în fiecare an (Banca Mondială, 2013).

²⁰⁷ În România, învățământul obligatoriu este de zece clase.

²⁰⁸ În același timp, îngrijirea copiilor de 0-3 ani în cadrul unor centre este relativ rară, doar 2% dintre acești copii fiind înscriși în creșe. Creșterea disponibilității unor centre de zi sigure și fiabile ar permite mai multor copii să beneficieze de EITC, mai ales celor ale căror mame lucrează și nu au membri de familie la care să apeleze pentru a avea grijă de copil.

România are o situație mai bună decât unele dintre țările vecine de la sud și est, însă rata sa de cuprindere rămâne sub media UE-28 și are slabe șanse să atingă ținta UE de 95%. În procesul de elaborare a unor politici care să sporească accesul echitabil la IETC, va trebui ca responsabilii de politici să țină seama de două aspecte cheie: abordarea problemei (i) celor 15 procente de copii de vârstă preșcolară (4-6 ani) *privați de educație timpurie* și (ii) a inegalitățile privind *calitatea educației timpurii a copilului* înregistrate în rândul celor care au acces la ea.

La nivelul ofertei, reducerea numărului de grădinițe, în urma raționalizării de către guvern a costurilor din învățământ, a afectat în mod inegal copiii din mediul rural și din cel urban. Odată cu mutarea grădinițelor mici în centrul comunelor pentru a reduce costurile, satele mai mici și cătunele cu un număr mai redus de copii de vârstă preșcolară au rămas fără nicio unitate de învățământ preșcolar. Această situație face ca mulți copii din aceste localități să nu beneficieze de educație timpurie, nu doar din cauza costurilor implicate, ci și a distanțelor mari. Cadrul strategic PTS evidențiază importanța creșterii accesului la serviciile EITC. Măsurile propuse în raportul respectiv vizează consolidarea demersurilor realizate de Guvernul României în două domenii cheie: 1) extinderea cadrului instituțional astfel încât să cuprindă copiii de 0-6 ani și 2) formarea cadrelor didactice și a inspectorilor în vederea aplicării noului curriculum și a metodologiilor de predare incluzivă la nivelul IETC. Mai mult, Cadrul strategic PTS propune crearea unui program cheie care să introducă un mix de scheme de mobilitate și stimulente financiare, menite să încurajeze profesorii tineri să se ofere voluntar pentru posturile din învățământul preșcolar disponibile în zonele izolate, rurale și dezavantajate.

La nivelul cererii, rata reală de frecvență a grădiniței în mediile dezavantajate pare a fi mai mică decât cea din datele oficiale. Deși în România, rata de participare la educația timpurie a copilului este încurajatoare față de situația din alte state UE, evidențele empirice obținute prin intermediul interviurilor realizate cu experții din domeniu²⁰⁹ indică faptul că rata reală de frecvență a grădiniței, în special în zonele rurale și marginalizate, este semnificativ mai redusă decât se arată în datele oficiale. Aceasta înseamnă că acei copii ce aparțin categoriilor celor mai vulnerabile – din mediul rural, de etnie romă, cu dizabilități și cei din comunitățile marginalizate – sunt mai puțin pregătiți pentru școală și mai puțin capabili să se adapteze la cerințele învățământului primar. Părinții din gospodăriile marginalizate și cu venituri mici au, de obicei, un nivel scăzut de educație, prin urmare nu își pot ajuta în mod eficient copiii la teme. În plus, este posibil ca pentru ei educația să nu fie un lucru relevant în viață, acordând astfel o atenție redusă participării copiilor lor la activitățile educative. Aceasta pe lângă faptul că au la dispoziție puțini bani pe care să îi investească în educația copiilor lor. O altă măsură propusă de Cadrul strategic PTS vine în sprijinul eforturilor depuse în prezent de Guvernul României prin: (i) dezvoltarea unor scheme de sprijin adresate părinților din categoriile vulnerabile și comunitățile dezavantajate; (ii) desfășurarea unor campanii de conștientizare a importanței educației timpurii a copilului; (iii) dezvoltarea și extinderea educației parentale (prin mentorat și furnizarea de materiale didactice) în rândul categoriilor vulnerabile, inclusiv al romilor; (iv) acordarea de sprijin financiar părinților din categoriile vulnerabile sub forma unor tichete de creșă și a programelor de protecție socială existente, precum alocația familială complementară, venitul minim garantat pentru familiile sărace, „cornul și laptele” gratuit în școli și rechizite gratuite pentru elevii vulnerabili. Grădinițele sunt stimulate să înscrie acești copii, dar nu pot controla prezența acestora.

Cu toate că grădinițele de stat ar trebui să fie gratuite deoarece sunt subvenționate integral de către stat, accesul la educația timpurie a copilului la nivelul preșcolar este împiedicat de taxele percepute părinților de către aceste unități pentru a funcționa. Aceste taxe constituie, adesea, o povară pentru familiile sărace și vulnerabile, care nu își permit să își înscrie copiii în instituțiile de educație timpurie. Acest lucru limitează capacitatea copiilor respectivi de a se adapta la cerințele învățământului primar și îi împinge spre un risc crescut de eșec școlar pe viitor.

²⁰⁹ Interviurile cu reprezentanții Ministerului Educației, cu directorii de școli și profesorii din județele Botoșani și Arad au fost realizate în aprilie-august 2014, în cadrul SIPRS RAS.

Practica anumitor grădinițe de a selecta „cei mai buni copii” reprezintă o altă cauză a accesului inegal la educația timpurie a copilului. Deși nu s-a efectuat până acum o analiză sistematică a acestui fenomen, evidențe empirice arată că unii directori de grădiniță refuză să accepte copii din familii sărace și vulnerabile, percepend taxe suplimentare sau manipulând în mod arbitrar numărul de locuri disponibile. Acest fenomen este întâlnit, se pare, mai des în marile orașe, care se confruntă anual cu o lipsă acută de locuri în grădinițe. Combinate, restricționarea opțiunilor pe care la au la dispoziție părinții și selectarea copiilor de către unitate pot duce la apariția unor grădinițe segregate din punct de vedere social.

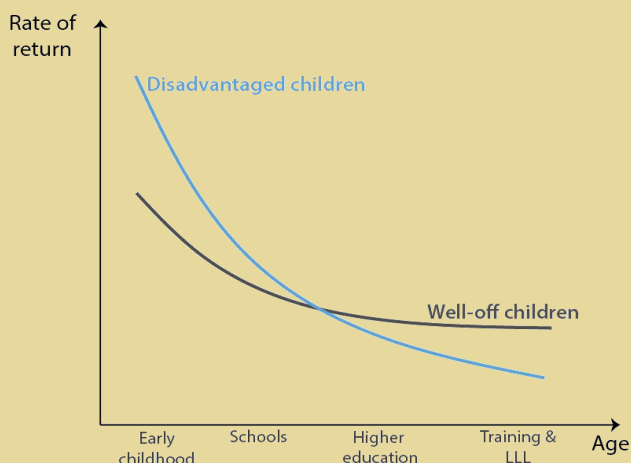
În România, s-au implementat mai multe proiecte în domeniul educației timpurii incluzive, eforturi ce trebuie consolidate și continuate. Două exemple extrem de vizibile ar fi următoarele:

- Din 2007, Ministerul Educației implementează Programul de Educație Timpurie Incluzivă 210, finanțat de Banca Mondială (6,1 milioane de EUR) și Guvernul României (1,7 milioane de EUR), în cadrul Programului de Incluziune Socială I. Acest program se adresează copiilor cu vârste între 3 și 6 ani de etnie romă și din alte categorii dezavantajate. În 2013, programul a vizat 5.000 de copii, beneficiind de 4 milioane de RON.
- Proiectul „Grădinițe incluzive” a fost implementat de către Asociația RENINCO România (Rețeaua Națională de Informare și Cooperare pentru Integrarea în Comunitate a Copiilor și Tinerilor cu Cerințe Educative Speciale), cu sprijinul UNICEF, în perioada 2009-2011, și a vizat cu precădere copii cu dizabilități (Vrasmas, 2012 și Vrasmas et al, 2012).

Caseta 28: Eficiența și echitatea investițiilor timpurii în educație

Figura de alături prezintă diferitele rate ale rentabilității unei investiții constante la toate nivelurile de învățământ. Investiția în educația și îngrijirea timpurie a copilului are o rentabilitate ridicată, mai ales în cazul copiilor dezavantajați, în timp ce investiția în formare și învățare pe tot parcursul vieții prezintă o rentabilitate pozitivă, dar mai redusă decât în cazul nivelurilor de învățământ inferioare. Elevii dezavantajați beneficiază mai mult de pe urma investițiilor educaționale timpurii, pe când copiii înstăriți beneficiază mai mult de pe urma celor ulterioare.

Surse: OCDE (2012: 27) în baza datelor oferite de Cunha și Heckman (2007 și 2008) pentru SUA și de Woessmann (2008) pentru Europa.



Prioritățile responsabililor de politici din domeniul educației în viitorul apropiat sunt îmbunătățirea calității sistemului IETC și dezvoltarea unei abordări centrate pe egalitate, în vederea asigurării participării universale. Pentru a atinge aceste obiective, aceștia pot avea în vedere următoarele acțiuni:

- Introducerea unor tichete pentru familiile dezavantajate. Fiecare tichet ar trebui să acopere taxa medie lunară sau anuală percepută de grădinițe. Aceste tichete ar trebui să fie nominale și netransferabile. Beneficiarii ar trebui să fie copiii din familiile vizate de venitul minim garantat. Folosirea tichetelor ar trebui să fie strict condiționată de frecvența efectivă a grădiniței de către copii.
- Identificarea unor modalități de evaluare corectă a ratei de frecvență a grădiniței și stabilirea unor măsuri pentru creșterea numărului de zile/ore petrecute de copii în aceste unități.

²¹⁰ <http://proiecte.pmu.ro/web/guest/peti>

- Formarea sistematică a educatorilor și îngrijitorilor cu privire la acordarea serviciilor de IETC copiilor din familii sărace și vulnerabile și implementarea unor riguroase politici anti-discriminare la nivel preșcolar.
- Extinderea proiectului de microbuze școlare (sau a valorii cheltuielilor de transport decontate) pentru a acoperi transportul copiilor preșcolari la grădinițe.

Caseta 29: Folosirea bonurilor de masă pentru încurajarea copiilor dezavantajați să frecventeze grădinița

Programul Fiecare copil în grădiniță (FCG), implementat de asociația OvidiuRo, asigură bonuri de masă copiilor dezavantajați din localități rurale selecționate, condiționând frecventarea regulată a grădiniței. Acest program este finanțat de investitori privați majori și prin Schema de granturi EEA (2009-2014), în timp ce autoritățile locale din localitățile selecționate sunt solicitate să asigure sume mici pentru plata de haine și încălzări pentru elevi. Autoritățile locale pot aplica pentru program fie pentru întreaga comună, fie doar pentru unul sau mai multe din satele componente. Pentru a fi eligibili, autoritățile locale trebuie: (i) să estimeze numărul copiilor dezavantajați care nu frecventează grădinița; (ii) să dovedească faptul că există capacitatea locală și dorința de a implementa programul (actorii cheie sunt considerați primarul și directorul școlii, dar existența unor mediatori școlari, asistenți sociali, profesori, mediatori sanitari sau inspecți școlari județeni care să susțină proiectul este considerată de asemenea relevantă) și (iii) să se angajeze că vor derula un proces temeinic de recrutare din ușă în ușă. Decizia finală de selecție a unei localități se face după vizita la fața locului a echipei OvidiuRo. Un grup de acțiune local este format în satul sau comuna selectate pentru implementarea programului, iar mediatorul școlar și asistentul social fac un recensământ al gospodăriilor pentru a determina dimensiunea reală a nevoilor locale și pentru a stabili o listă provizorie a beneficiarilor. Echipa OvidiuRo face apoi o a doua vizită la fața locului pentru a stabili lista finală a beneficiarilor.

Copiii și familiile sunt eligibili pentru program dacă: (i) nivelul venitului per capita din gospodărie este sub 150 RON; (ii) condițiile de locuire sunt sub standard (așa cum sunt definite în prevederile Legii asistenței sociale referitoare la Legea locuirii 114/1996) și (iii) părinții au un nivel de educație scăzut. Conform reprezentărilor OvidiuRo, marea majoritate a beneficiarilor trăiesc în condiții caracterizate de sărăcie intergenerațională extremă, condiții precare de locuire și gospodării extinse suprapopulate. Le lipsește accesul la apă potabilă sau canalizare și trăiesc în case cu sisteme improvizate de încălzire, adesea situate la marginile localității, cu un risc crescut de tuberculoză și mortalitate sub vârsta de 5 ani. Beneficiul este un bon lunar în valoare de 50 RON acordat familiei pentru fiecare copil care frecventează grădinița. Principala condiție pentru obținerea beneficiului este cerința ca prezența la grădiniță să rămână aproape de 100%, singurele absențe admise fiind cele pentru care există un certificat eliberat de medicul de familie. În lunile în care această cerință nu este respectată, beneficiul este suspendat. Beneficiul este acordat individual, ceea ce înseamnă că acesta nu se pierde în cazul în care fratele sau sora copilului îl pierde din cauza absențelor de la grădiniță. Prin aceasta programul diferă de designul programelor publice de asistență socială cum ar fi Alocația pentru familii. Programul le mai solicită părinților să participe la Ziua părinților (o activitate specială lunară care implică părinți și copii) și la activitățile de zi cu zi de la grădiniță, ca asistenți de educatori, 5 zile pe an.

Pe lângă bonurile de masă, programul mai oferă în fiecare an și alte tipuri de ajutor financiar. OvidiuRo alocă 15 euro pentru fiecare copil, pentru materiale școlare, iar consiliul local trebuie să asigure fiecărui copil încălțăminte și îmbrăcăminte în valoare de 35 de euro. O serie de activități interconectate facilitează implementarea programului. Instruirea este asigurată la fața locului pentru echipele de implementare și pentru personalul didactic, iar pentru copii selecționați și pentru elevi din ciclurile primar și gimnazial sunt organizate școli de vară.

Începând cu anul 2012, o componentă de sănătate a fost inclusă în program, constând în activități preventive cum ar fi vaccinări, teste medicale complexe, mâncare sănătoasă (fructe) și suplimente alimentare cu vitamine, lecții de igienă și ajutor pentru accesarea serviciilor de sănătate (de exemplu, acoperirea costurilor medicației, transport până la facilitățile medicale și chiar tratament pentru copiii bolnavi).

Programul FCG s-a extins semnificativ în ultimii ani. În anul 2014, a fost implementat în de patru ori mai multe sate decât în 2010 (84 de sate din 43 de localități). În jur de 2400 de copii din 89 de grădinițe sunt cuprinși în program în anul școlar 2014/2015. Mai mult, rata de rămânere în program s-a îmbunătățit. Dacă după primul an de implementare șase din cele 21 de sate implicate au ieșit din program, în 2014 aceasta s-a întâmplat cu un singur sat. Modificările în designul programului sunt în mod constant ținute spre atingerea unor rezultate mai bune.

Sistemul bonurilor de masă este în prezent destul de răspândit în mediul comercial din România. Reprezentanții OvidiuRo raportează că de regulă sunt câteva magazine în fiecare localitate, unde beneficiarii pot cheltui bonurile

de masă. Managerii programului își amintesc o singură situație în istoria programului, când beneficiarii unui sat erau nevoiți să meargă în localitatea învecinată pentru a-și cheltui bonurile. Există mențiuni chiar și despre mici magazine care nu sunt înscrise în sistemul bonurilor de masă, dar care le acceptă pentru că le pot folosi în achiziționarea de produse de la furnizorii importanți. Cu toate acestea, există o problemă de implementare care afectează sustenabilitatea programului, legată de absența legislației care să reglementeze dreptul autorităților publice de a folosi bonuri de masă. Managementul public local al programului diferă de la un județ la altul. De exemplu, în Cluj Consiliul județean a acceptat să preia managementul programului și bonurile de masă sunt folosite, pe când alte autorități publice locale le folosesc pentru diverse programe sociale (cum ar fi ajutoare alimentare pentru cei săraci și ajutor pentru vârstnici).

Supervizarea programului la nivel local și central de OvidiuRo pare a fi esențială pentru succesul funcționării FCG. Dacă se pune problema extinderii programului, este posibil să fie nevoie de elaborarea de reguli mai stricte și mai standardizate, și ar putea fi necesară o supervizare locală a calității, asigurată extern.

O evaluare de impact a unei intervenții similare, bazate pe FCG cu adaptare locală este făcută în prezent în Bulgaria cu participarea OvidiuRo, a Băncii Mondiale, a Ministerului bulgar al educației, a Trust for Social Achievement Bulgaria și a diverse instituții academice. Această evaluare investighează impactul beneficiilor și al condițiilor legate de prezența la grădiniță asupra dezvoltării eficiente de aptitudini care țin de educația timpurie. Grupul de control selectat aleatoriu va include aproximativ 200 de comunități rurale și 2000 de copii, iar rezultatele evaluării sunt așteptate să fie disponibile în 2016.

2.4.2. Creșterea participării și îmbunătățirea rezultatelor tuturor copiilor la nivelul învățământului primar și secundar

Ratele de participare în învățământul primar și în cel secundar inferior sunt, în continuare, reduse în România comparativ cu media europeană, în ciuda unor îmbunătățiri înregistrate în ultimii ani. În 2012, rata de participare în învățământul primar a coborât până la 90,6% de la un maxim de peste 100%²¹¹ în 2005-2006, observându-se o disparitate constantă între ratele de cuprindere din mediul rural și cel urban. După o scurtă perioadă în care rata abandonului școlar a scăzut, criza economică a schimbat tendința, iar în 2010 și 2011, rata abandonului a crescut din nou până la 6% în învățământul primar și până la 8,9% în cel secundar.

Aproximativ 69.800 de copii cu vârste între 7 și 14 ani au fost înregistrați ca aflându-se în afara sistemului de educație cu ocazia recensământului din 2011, din care 48.400 erau analfabeți (definiți ca persoanele fără o educație formală). Aproape 99% dintre ei locuiau cu familia și doar 1% trăiau fie în instituții, fie pe străzi. Cu toate acestea, rata copiilor de vârsta ciclului primar (7-9 ani) aflați în afara sistemului de educație era de 6% în rândul copiilor din familie și peste 16% în cazul celor din instituții sau care trăiau pe străzi.²¹² Ratele echivalente ale adolescenților de vârsta ciclului gimnazial (10-14 ani) aflați în afara sistemului de educație erau de 3% și de 11%.²¹³ În cazul copiilor ce trăiesc în familie, rata neșcolarizării era ceva mai ridicată în mediul rural (4,3%) decât în mediul urban (3,7%), în timp ce pentru copiii ce

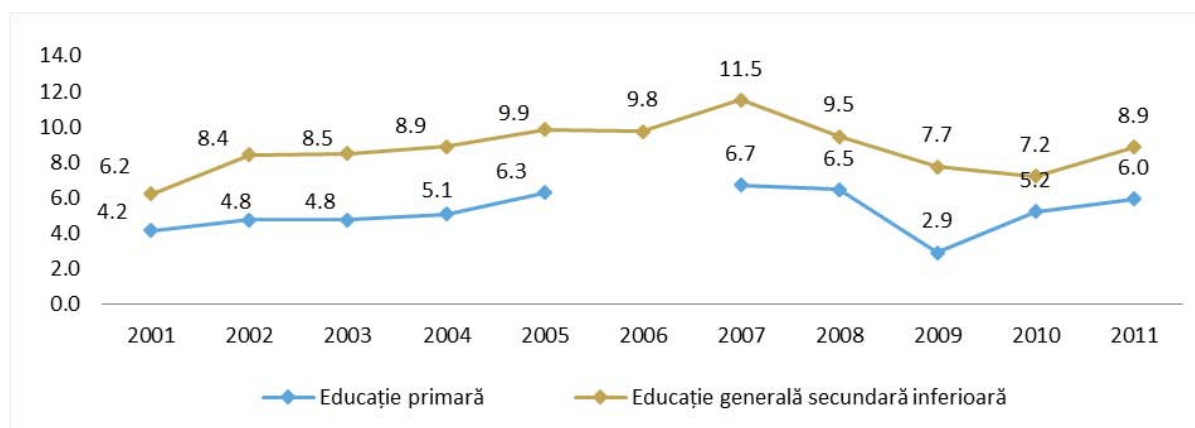
²¹¹ "În anul școlar 2003/2004, rata brută a cuprinderii școlare pentru învățământul primar și secundar a crescut considerabil, până la aproape 100%, datorită aplicării prevederilor care stipulează începerea școlii la 6 ani (determinând admiterea concomitentă a celor de 6 și 7 ani în clasa întâi, în acest an școlar). Ulterior acest indicator a scăzut gradual de la an la an." (MEN, 2014:49) - <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002303/230309e.pdf>.

²¹² Institutul de Statistică al Unesco raportează că 6,3% dintre copiii de vârsta ciclului primar (7-10 ani) nu erau cuprinși în sistemul de educație în 2009 (<http://data.uis.unesco.org>).

²¹³ Institutul de Statistică al Unesco raportează că 6,9% dintre copiii de vârsta ciclului gimnazial (11-14 ani) nu erau cuprinși în sistemul de educație în 2009 (<http://data.uis.unesco.org>).

trăiesc în afara familiilor lor riscul neșcolarizării este de aproape cinci ori mai mare în mediul urban decât în cel rural, mai ales în orașele mijlocii și mari.

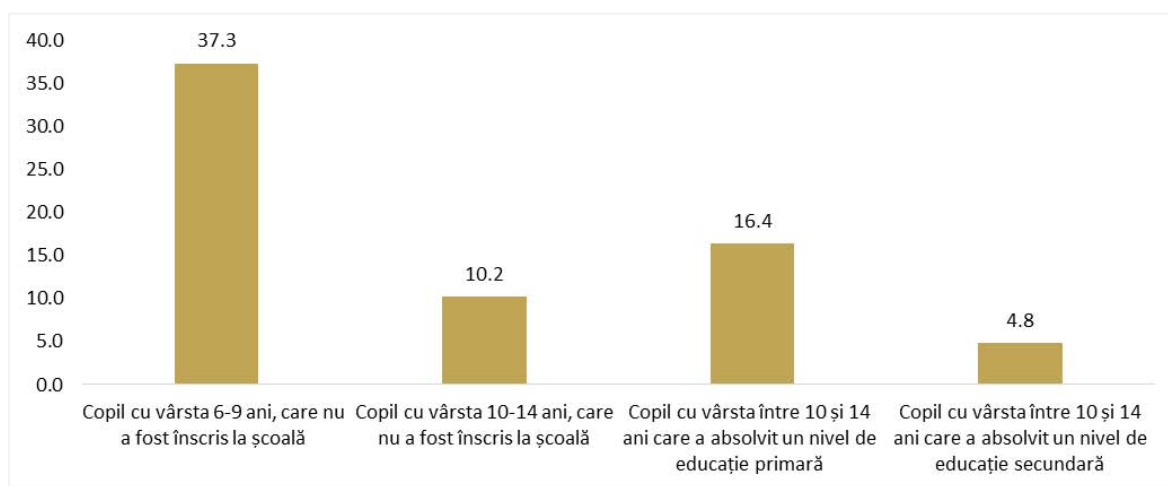
Figura 46: Rata cumulată a abandonului școlar până la ultima clasă în învățământul primar și cel secundar, România (%)



Sursa: Institutul de Statistică al Unesco, <http://data.uis.unesco.org>.

Notă: Definiție = proporția elevilor dintr-o cohortă cuprinși într-o anumită clasă într-un anumit an școlar care nu mai sunt cuprinși în următorul an școlar.

Figura 47: Numărul copiilor de 7-14 ani aflați în afara sistemului de educație, România



Sursa: Recensământul populației și al locuințelor 2011, calcule ale BM.

Notă: Definiție = copii ce se încadrează în vârsta școlară oficială a ciclului primar care nu sunt cuprinși nici în școlile primare, nici în cele secundare.

În rândul copiilor de 7-14 ani ce trăiesc în familie, copiii cu dizabilități, copiii romi și cei săraci se confruntă cu un risc al neșcolarizării extrem de ridicat. Categoriile de copii cu cel mai mare risc de a nu participa sau absolvi învățământul obligatoriu sunt:²¹⁴

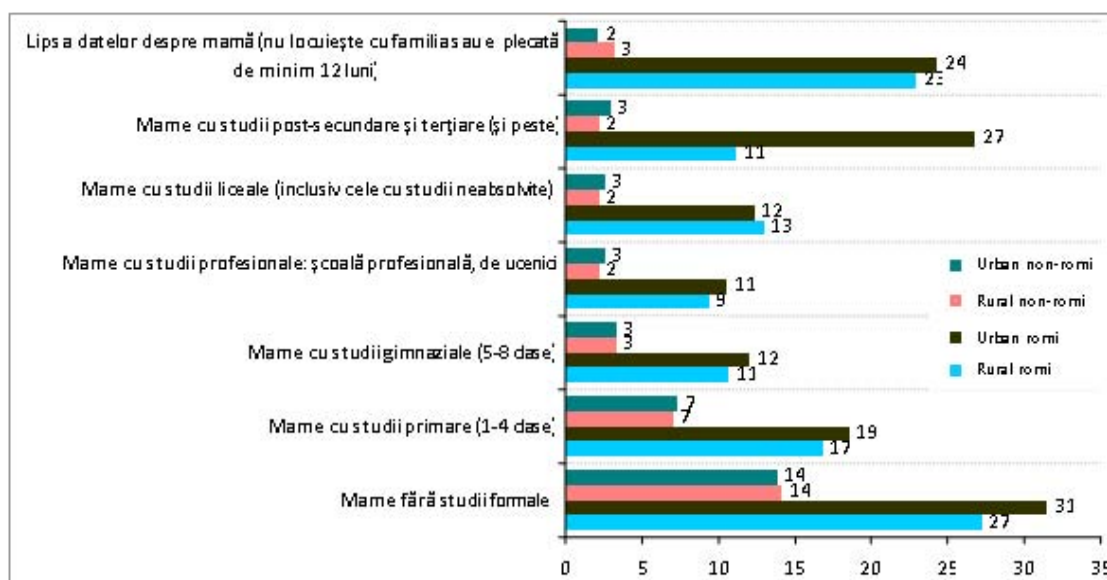
- Copiii cu cel puțin o incapacitate completamente invalidantă (55,4%) și cei cu cel puțin o incapacitate semnificativă (20,4%)
- Copiii ale căror mame nu dețin o educație formală (22,7%) sau au terminat doar ciclul primar (10,6%)
- Copiii romi (18,7%). Deși nivelul de educație al mamei este un predictor relevant al participării școlare, diferența dintre romi și non-romi este mare, chiar și atunci când se păstrează constant

²¹⁴ Rata totală a copiilor de 7-14 ani aflați în afara sistemului de educație, ce trăiesc în familie, a fost de 4%.

nivelul de educație al mamei. Discrepanța dintre copiii romi și cei non-romi este semnificativă și atunci când nivelul de educație al părinților este același și când aceștia provin din aceeași zonă geografică.

- Copiii cu mulți frați, din familii cu trei sau mai mulți copii (6,8%).
- Copiii lipsiți de ocrotire părintească, altfel spus cu părinți absenți (5,4%).

Figura 48: Rata copiilor romi și a celor non-romi de 7-14 ani aflați în afara sistemului de educație, în funcție de mediul de rezidență și nivelul de educație al mamei



Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza datelor Recensământului Populației și al Locuințelor din 2011.
Notă: Se iau în calcul doar copiii ce trăiesc în familie.

Copiii care au abandonat școala și cei din afara educației sunt, în general, concentrați în anumite zone, mai ales în mediul rural sau în comunitățile urbane marginalizate ce includ, uneori, un procent ridicat de romi. Pe lângă faptul că părăsirea timpurie a școlii sau neșcolarizarea afectează în mod disproporționat categoriile dezavantajate în ceea ce privește șansele în viață, din cauza segregării aceste două fenomene tind să acapareze anumite zone și, în consecință, anumite școli, adesea în localitățile rurale cu mulți romi. În județele Bihor și Caraș-Severin, 50% dintre elevii ce au abandonat studiile în școala generală (clasele I-VIII) proveneau din doar 5% dintre școli (Hatos, 2011).²¹⁵

Un studiu recent realizat în mai multe școli²¹⁶ cu un procent ridicat de elevi dezavantajați a identificat o incidență foarte mare a eșecului și abandonului școlar în ciclul primar (peste 25%) și o incidență și mai mare în ciclul gimnazial (aproape 50%) (Jigău et al, 2012). În baza unei analize a situațiilor școlare, același studiu arată că 10% dintre elevii din ciclul primar și 37% dintre cei din ciclul gimnazial se încadrează în categoria celor ce abandonează școala. Statistic vorbind, aceasta înseamnă că doar aproximativ 50% dintre elevii înscriși în clasa I în școlile cu o proporție ridicată de copii dezavantajați termină opt clase. O situație similară îngrijorătoare a fost semnalată în Atlasul zonelor urbane marginalizate din România

²¹⁵ Această concentrare se poate observa mai degrabă la nivel local sau inferior (sate sau mici zone marginalizate) decât la cel județean. Potrivit datelor recensământului din 2011, copiii de 7-14 ani aflați în afara educației se regăsesc la nivelul tuturor județelor, cu procente ce variază de la minim 1% în Giurgiu la maxim 7,1% în Mureș (cu o medie națională de 4%). În șapte județe, rata copiilor de 7-14 ani aflați în afara sistemului de educație depășește 5 procente, mai precis în Arad, Bihor, Brașov, Cluj, Ialomița, Mureș și Timiș. Totuși, aceste șapte județe înregistrează doar 27% din totalul copiilor de 7-14 ani aflați în afara educației, ceea ce denotă o concentrare limitată a fenomenului în anumite județe.

²¹⁶ Așa-numitele zone de educație prioritară, identificate în cadrul unui proiect implementat de UNICEF și Institutul de Științe ale Educației.

(Banca Mondială, 2014) (vezi mai multe în capitolul Politici zonale, secțiunea despre zone urbane marginalizate). În zonele urbane marginalizate, proporția copiilor cuprinși în sistemul de învățământ este mai mică decât în altele, mai ales în cazul celor mai mari de 14 ani și al copiilor de etnie romă (Tabel 33).

Tabel 33: Cuprinderea în sistemul de învățământ a copiilor din zonele urbane marginalizate ale României (%)

Legea prevede gratuitatea învățământului obligatoriu pentru toți copiii, însă mecanismele de aplicare a

	Grupa de vârstă	România, urban		Zone urbane marginalizate	
		Total	Romi	Total	Romi
Populația (% populația totală /romi)	0-5 ani	6	13,2	11,1	15,4
	6-10 an	4,6	10,8	8,9	12,5
	11-14 ani	3,7	7,9	6,8	8,9
	15-19 ani	4,8	8,5	7,2	8,7
Cuprinși în educație (% grupa de vârstă)	6-10 ani	78,1	68,9	75,9	69,2
	11-14 ani	97,7	77,3	90,8	77,4
	15-19 ani	86,7	46,3	67,1	43,3

Sursa: Banca Mondială (2014: 18), pe baza datelor Recensământului Populației și al Locuințelor din 2011.

legii sunt ineficiente la nivelul punerii în practică a prevederilor relevante. În ciuda prevederilor legale existente, diverse studii privind copiii arată că învățământul obligatoriu gratuit implică o serie de costuri ascunse, inclusiv taxe precum fondul școlii și cel al clasei, care sunt sancționate de lege (Salvați Copiii România și INTUITEXT, 2010 și Stănculescu și Marin, 2011). Majoritatea familiilor cu copii alocă lunar, în medie, 30 de EUR²¹⁷ pe copil pentru cheltuieli școlare, inclusiv rechizite, manuale/caiete, uniformă și echipament sportiv, fondul școlii/fondul clasei, evenimente organizate, transport la/de la școală, meditații și alte contribuții plătite școlii. Trebuie menționat faptul că se cheltuie mult mai puțin pe educație în gospodăriile în care există șomeri, lucrători informali, lucrători informali romi și/sau doi sau mai mulți copii. Acestea cheltuie mai puțin și pe copil. De exemplu, suma medie alocată lunar de către gospodăriile lucrătorilor informali romi este sub 3 EUR pe copil. La polul opus, gospodăriile lucrătorilor formali scot din buzunar, în medie, 56 EUR pe copil, în fiecare lună. Tocmai din cauza costurilor ridicate ale educației, părinții din gospodăriile sărace și vulnerabile declară, adesea, că se confruntă cu mari dificultăți în ceea ce privește înscrierea copiilor lor la școală, precum și continuarea și/sau terminarea studiilor.

În consecință, deși educația este obligatorie, problema copiilor din afara sistemului de învățământ persistă. Însă, aceasta nu a fost atacată de niciun program sau instituție. Cercetarea calitativă întreprinsă în scopul prezentei strategii a evidențiat faptul că, chiar și atunci când anumite cadre didactice și/sau lucrători comunitari iau inițiativa și identifică în comunitate copii de vârstă școlară ce nu sunt cuprinși în educație, nu îi pot obliga să se înscrie sau să meargă la școală. Pentru a realiza în mod eficient dreptul copilului la educație, așa cum este prevăzut în Convenția cu privire la Drepturile Copilului (art. 28), trebuie conceput și implementat un program național care să vizeze copiii de vârstă învățământului obligatoriu ce sunt în afara sistemului de educație, cu beneficii pentru toți copiii din România.

În România, este necesară îmbunătățirea calității educației atât la nivelul învățământului primar, cât și al celui secundar, în vederea promovării incluziunii sociale. O educație a cărei calitate este suficient de bună pentru pregătirea unei forțe de lucru calificate prezintă avantaje atât pentru indivizi, cât și pentru societate. Datele recente referitoare la evaluarea competențelor în România au produs rezultate

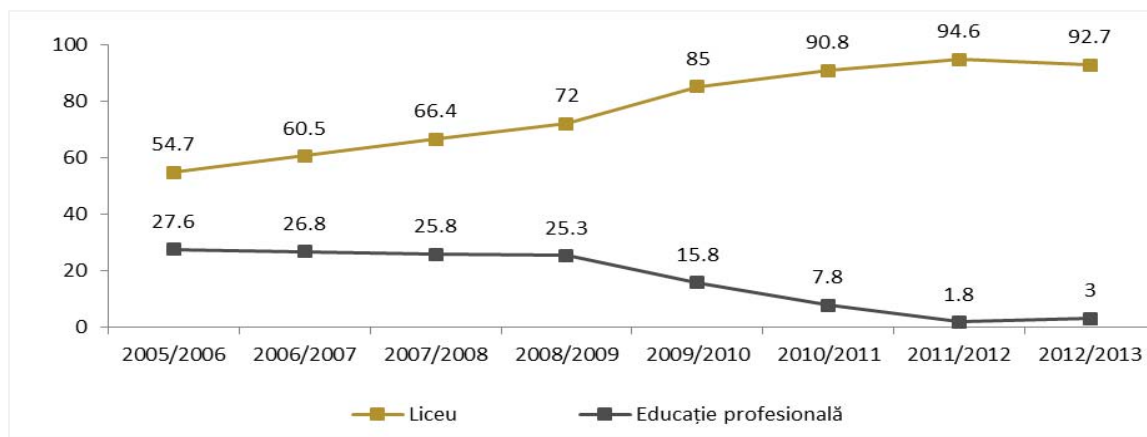
²¹⁷ Aceasta înseamnă în jur de 125 lei pe lună, cu o medie anuală de 1.500 lei.

inconsistente. Punctajele obținute de România la testul PISA denotă evidente îmbunătățiri în ultimele trei runde de evaluare, însă România rămâne una dintre țările cu cele mai proaste performanțe din UE. În 2012, s-a constatat faptul că 41% dintre elevii români nu dețin competențe funcționale de aritmetică și 37% se confruntă cu analfabetism funcțional. Rezultatele obținute de elevii de clasa a VIII-a la matematică în cadrul evaluărilor TIMSS și PIRLS s-au încadrat într-o tendință negativă. Rezultatele elevilor români la științe au rămas în mare parte aceleași în ultimele cinci runde de evaluare, asemenea celor obținute la citire în ultimele trei runde.²¹⁸ Variațiile înregistrate la nivelul statutului socio-economic al elevilor pot oferi o explicație parțială pentru diferențele de la nivelul rezultatele testelor.²¹⁹ Sistemele cu școli segregate – în special cele mai exclusive, în care elevii provenind din medii socio-economice similare sunt adunați în aceleași școli sau clase – obțin performanțe mai slabe decât cele mai incluzive.

Prin urmare, responsabilii de politici din domeniul educației naționale trebuie să restrângă influența factorilor socio-economici pe cât posibil, astfel încât să reducă inegalitatea și să minimizeze riscul eșecului și al excluziunii. Orientarea spre filiere educaționale în baza abilităților ar trebui realizată abia în etapele avansate ale educației (cum ar fi cu ocazia admiterii în învățământul superior) și ar trebui să se pună un puternic accent pe asigurarea disponibilității unei educații profesionale extensive și dezvoltate la nivelul învățământului secundar superior și post-secundar.

În România, învățământul obligatoriu cuprinde zece clase. Cu toate acestea, învățământul secundar superior include clasele IX-XII²²⁰ și cuprindea în trecut patru filiere. Trei dintre acestea sunt afiliate liceului: (i) filiera teoretică (cu două profiluri, uman și real); (ii) filiera vocațională (profil pedagogic, artistic, sportiv, militar și teologic); (iii) filiera tehnologică (agricultură și servicii). A patra filieră era învățământul profesional și tehnic (IPT). În 2009, când guvernul a dispus închiderea școlilor de arte și meserii, copiii care au ales sistemul IPT (școlile profesionale) au fost integrați în filiera tehnologică. În consecință, în timp ce rata brută de cuprindere în liceu a crescut de la 72% în 2008-2009 la 92,7% în 2012-2013, rata brută de cuprindere în IPT a scăzut semnificativ de la 25,3% la 3% în aceeași perioadă (**Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Distribuția elevilor pe sexe este una echilibrată la toate nivelurile, cu excepția IPT, ce are mai mare succes în rândul băieților, care au reprezentat 76% din totalul elevilor IPT în 2012-2013, (INS, 2013).

Figura 49: Rata brută de cuprindere în liceu și IPT (%)



Sursa: Banca Mondială (2014) folosind date de la Ministerul Educației.

Datele arată un declin major al participării școlare între finalul ciclului gimnazial și începutul învățământului secundar superior (cu alte cuvinte, între clasa a VIII-a și a IX-a), mai ales în cazul celor din decila cea mai săracă. Se remarcă o scădere și mai consistentă a participării la nivelul claselor din

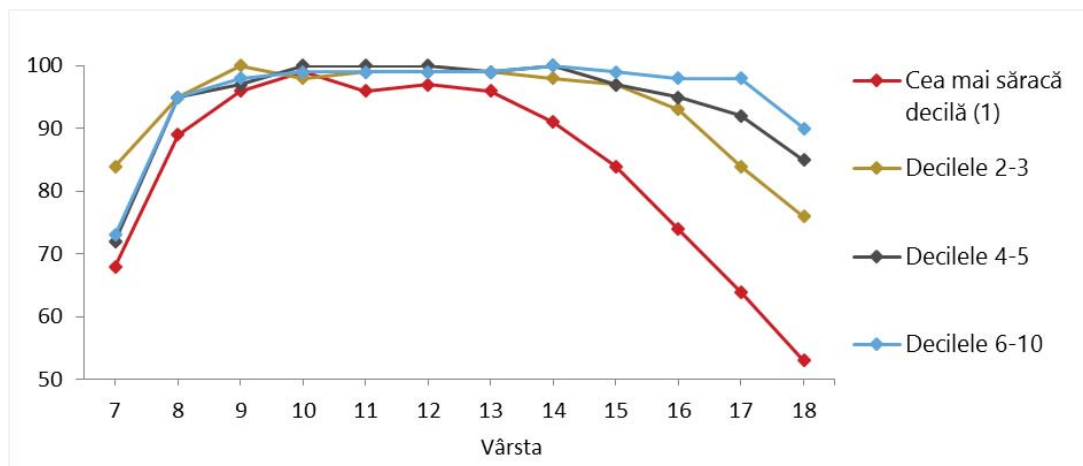
²¹⁸ Toate datele TIMSS și PIRLS au fost accesate la adresa <http://timssandpirls.bc.edu/> la 26 august 2014.

²¹⁹ De exemplu, 19,3% din variația înregistrată în rândul elevilor români la nivelul performanțelor la matematică în cadrul testului PISA este explicată de statutul socio-economic al elevului, peste media OCDE de 14,8%, fără a fi însă semnificativă.

²²⁰ La finalul clasei a XII-a, elevii susțin un examen de bacalaureat, ce poate fi repetat, dacă este cazul.

învățământul secundar superior odată ce acestea nu mai fac parte din învățământul obligatoriu (mai precis, între clasele a X-a și a IX-a) în rândul celor mai sărace patru decile (Figura 50).²²¹

Figura 50: Rata de cuprindere școlară a copiilor din cele mai sărace patru decile în România



Sursa: Banca Mondială (2014) folosind date din ABF 2012-2013

Notă: Chintile ale venitului total pe adult echivalent (folosind scala OECD de echivalență, modificată)

Elevii români abandonează liceul din diverse motive,²²² principalul fiind însă lipsa mijloacelor financiare, în special în cazul copiilor din mediul rural. Motivele pentru care elevii abandonează liceul se încadrează în trei mari categorii: (i) pedagogice, (ii) financiare și (iii) personale. Motivele de ordin pedagogic țin de calitatea slabă a educației în licee, unde actul didactic este nesatisfăcător, conducând astfel elevii spre eșec și abandon școlar. Alte motive pedagogice sunt așteptările scăzute ale părinților în ceea ce privește randamentul educației, precum și costurile de oportunitate mai ridicate ale participării. Cauzele financiare se referă la costurile mari ale participării, altele decât taxele de școlarizare, inclusiv costul cărților, al rechizitelor și al transportului. Un studiu din 2014 (Bădescu și Petre, 2014:27) arată că 47,3% dintre părinții elevilor ce trăiesc în mediul rural au invocat lipsa resurselor financiare ca principalul motiv pentru care copiii lor nu își continuă studiile în învățământul secundar superior. Această constatare este în concordanță cu un studiu din 2011 (Pricopie et al, 2011) privind accesul și egalitatea la nivelul educației superioare, potrivit căruia 38,3% dintre elevii care au abandonat școala au declarat că principalul motiv l-au reprezentat constrângerile financiare pe care le implică frecventarea unui liceu. Motivele personale includ lipsa motivației elevilor de a continua să studieze, evenimentele din viața lor, precum migrația părinților, sarcinile precoc sau căsătoria, intimidarea sau prejudecățile din mediul școlar și/sau preferințele limitate ale elevilor (de exemplu, preferă să se bucure de diverse plăceri sau consum acum decât să amâne aceste lucruri pe mai târziu și să dobândească mai multe competențe între timp).

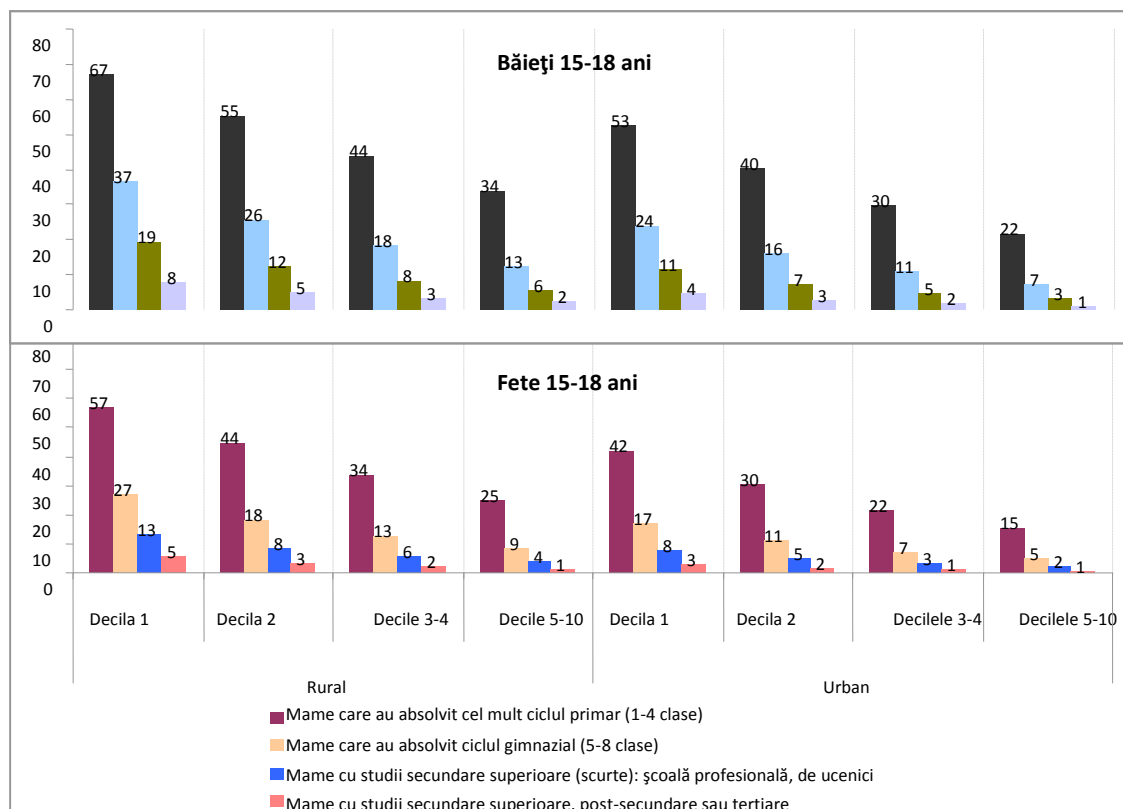
La nivel național, proporția adolescenților de 15-18 ani necuprinși într-o formă de învățământ sau formare a fost de 11% în perioada 2009-2012, constatându-se o discrepanță substanțială între mediul urban (6%) și cel rural (17%). Pe lângă mediul de rezidență, factori precum venitul și educația mamei influențează major rata de părăsire timpurie a școlii. De exemplu, în cazul adolescentelor din localitățile rurale ale căror mame au cel mult studii primare, rata de părăsire timpurie a școlii este de 57% în gospodăriile cele mai sărace, de peste două ori mai ridicată decât cea înregistrată în gospodăriile cu venituri peste medie (25%). Pe de altă parte, dacă situația financiară a elevilor se păstrează constantă, atunci educația mamei are un puternic impact asupra riscului copilului de a părăsi timpuriu școala. Elevii

²²¹ În liceele române, rata medie a abandonului școlar a crescut de la 2,2% la 3,8% între 2009 și 2011, fiind chiar mai ridicată la nivelul liceelor tehnologice (5,3% în 2011) și în cele din mediul rural (în jur de 7% în clasa a IX-a în 2012).

²²² O analiză a factorilor determinanți ai părăsirii timpurii a școlii, la nivelul cererii și ofertei, este prezentată în studiul Băncii Mondiale cu privire la părăsirea timpurie a școlii, 2014: 26-28.

ale căror mame au cel mult patru clase prezintă un risc de 25% de a renunța la școală față de doar 2% în cazul elevilor ale căror mame au terminat liceul sau au studii superioare. O regresie multiplă (Tabel A 31) indică faptul că mediul de rezidență, venitul și nivelul de educație al mamei reprezintă factori semnificativi în ceea ce privește părăsirea timpurie a școlii, însă nivelul de educație obținut de mamă este determinantul care influențează cel mai mult participarea copiilor la învățământul secundar superior. Cu alte cuvinte, dacă un copil termină învățământul obligatoriu, acest lucru se datorează mai mult educației mamei sale (prin prisma sprijinului acordat și a valorii atașate educației) decât banilor sau zonei geografice.

Figura 51: Proporția adolescenților de 15-18 ani necuprinși într-o formă de învățământ sau formare, în funcție de sex, mediu de rezidență, nivelul de educație al mamei și decila de venit (%)



Sursa: Calcule ale Băncii Mondiale în baza Anchetei bugetelor de familie 2009-2012 (date compilate).

Note: Prima decilă cuprinde 10% din populație cu veniturile cele mai reduse de la nivelul țării. Decilele 5 până la 10 cuprind jumătate din populație cu venituri medii spre mari.

Există numeroase evidențe empirice potrivit cărora dobândirea unor competențe este benefică pentru individ și duce la numeroase realizări pe parcursul vieții sale. De exemplu, Studiul privind competențele adulților realizat de OCDE arată că adulții foarte calificați au de două ori mai multe șanse să fie angajați și aproape de trei ori mai multe șanse să câștige peste salariul median decât adulții slab calificați (OCDE, 2013a). În mod special:

- S-a constatat că inegalitatea de la nivelul competențelor poate fi redusă prin existența unui puternic sistem profesional, mai ales în învățământul secundar superior (Checchi et al, 2014). Aceasta se datorează faptului că cei care dețin competențe inferioare obțin performanțe mai bune în cadrul acestor sisteme. Cu alte cuvinte, învățământul profesional poate promova incluziunea.
- Pe de altă parte, s-a constatat că orientarea timpurie spre un anumit profil sau filieră educațională mărește inegalitatea la nivelul competențelor, fără a prezenta avantajul eficacității educaționale (Checchi et al, 2014).

Rata abandonului școlar în învățământul profesional și tehnic constituie o preocupare aparte pentru responsabili de politici din România și a inspirat unele modificări la nivel de politici. În 2009-2010,

guvernul a decis închiderea școlilor de arte și meserii din sistemul profesional și tehnic, în principal din cauza slabei lor calități și structuri. Aceasta a avut un impact semnificativ în următorul an școlar, când s-a înregistrat o rată a abandonului aproape dublă în rândul elevilor ÎPTI, de la 8,6% în 2009-2010 la 19,8% în 2010-2011. Se poate ca acest impact să fi afectat și elevii din ciclul gimnazial cu puține șanse de succes în filiera teoretică /academică și care e posibil să nu mai fi simțit niciun motiv pentru a rămâne în școală până la finalul ciclului gimnazial odată ce nu au mai avut la dispoziție alternativa oferită de ÎPT. În decembrie 2013, guvernul a modificat sistemul ÎPTI printr-o ordonanță și a oferit elevilor noi oportunități de a se înscrie în programe profesionale (școli profesionale) imediat după terminarea clasei a VIII-a, la finalizarea ciclului gimnazial. Conform noilor norme, elevii nu mai trebuie să ajungă în învățământul secundar superior înainte de a avea acces la sistemul ÎPTI (Banca Mondială, 2014: 26).

Nivelul de participare la învățământul profesional și tehnic inițial (ÎPTI – nivelurile educaționale ISCED 3c) este încă foarte scăzut, deși în creștere. Pe de o parte, a fost creat Programul de burse profesionale cu scopul de a crește cererea la nivelul ÎPTI. Programul oferă 200 RON lunar oricărui elev care se înscrie în învățământul profesional și tehnic. Pe de altă parte, se remarcă câteva contrastimulente care împiedică elevii să se înscrie în filierele academice ale învățământului secundar superior, cum ar fi cerințele foarte mari ale examenului de bacalaureat și nerevizuirea pragului veniturilor în cadrul programului de burse „Bani de liceu”. Prin urmare, un număr tot mai mare de absolvenți ai clasei a VIII-a au ales școlile profesionale, mai ales cei din medii sărace și dezavantajate, deoarece învățământul profesional permite elevilor să dobândească rapid competențe și să acceadă mai repede la piața muncii.

Creșterea atractivității ÎPTI ar putea mări nivelul de cuprindere a elevilor. Adesea, elevii din ciclul gimnazial defavorizați din punct de vedere socio-economic nu sunt informați corespunzător despre oportunitățile economice pe care le au la dispoziție absolvenții de școli profesionale, despre diferitele școli existente și specializările acestora. Aceasta este într-o oarecare măsură explicația pentru faptul că nu doar oferta este relativ limitată în domeniul formării profesionale și tehnice, ci și cererea. Pentru a crește cererea la nivelul ÎPTI, măsurile propuse în Cadrul strategic PTS includ servicii de consiliere profesională în școli și o promovare mai viguroasă a ÎPTI în cadrul și în afara școlilor (de către profesori, consilieri școlari, mediatori școlari sau mass-media), cu accent pe oportunitățile profesionale și creșterea flexibilității educației.

În paralel cu aceste acțiuni menite să crească cererea, responsabilii de politici trebuie să întreprindă o serie de demersuri pentru a spori oferta și relevanța ÎPTI. Multe din școlile profesionale existente oferă calificări și competențe ce nu răspund nevoilor pieței muncii. Acesta este un alt motiv pentru care absolvenții clasei a VIII-a din categoriile defavorizate nu aleg filiera profesională în învățământul secundar superior. De exemplu, școlile agricole din mediul rural se axează, în continuare, pe metodele de organizare și tehnologiile agricole ce se pliază pe cerințele marilor întreprinderi, deși fermele din România sunt, în prezent, relativ mici. Acest lucru se datorează dependențelor istorice (dependențe de cale) și constrângerilor materiale din cauza cărora școlile nu își permit să își modernizeze infrastructura sau să își diversifice oferta. Cu toate acestea, s-a înregistrat un oarecare progres în ceea ce privește creșterea ofertei, în ultimii ani. Printr-o serie de ordine, guvernul a crescut numărul de locuri disponibile în școlile ÎPT pentru cei ce termină clasa a VIII-a și a IX-a, de la 20.000 în 2012 la 26.000 în 2013 și la 51.000 în 2014-2015 (numărul stagiilor de practică a crescut la rândul său, până la 5.000 în anul școlar 2014-2015). La ora actuală, în momentul în care creează cursuri ÎPTI, școlile trebuie să prezinte un acord semnat de elevi și familiile lor, de școală și una sau mai multe companii ce vor oferi stagii elevilor. Fără acest acord, Ministerul Educației nu acordă școlii aprobarea oficială pentru a crea cursul respectiv. Din acest motiv, oferta și calitatea cursurilor ÎPTI depind puternic de interesul și angajamentul companiilor față de formarea elevilor din acest sistem.

Câteva acțiuni utile pe care ar trebui să le aibă în vedere responsabilii de politici în acest domeniu sunt:

- Crearea unor programe de ucenicie în cadrul cursurilor ÎPTI
- Restructurarea curriculumului ÎPTI astfel încât să pună accent pe câteva sectoare industriale cheie în fiecare regiune

- Dezvoltarea unor programe naționale de sponsorizare împreună cu marile companii și încurajarea parteneriatelor cu companiile private locale.

Caseta 30: Bună practică: Școala profesională Kronstadt

Cercetarea calitativă întreprinsă pentru a sprijini elaborarea Strategiei a dezvăluit două aspecte contradictorii. Pe de o parte, există o cerere crescută de muncitori calificați în toate județele și localitățile unde au fost efectuate interviuri. Pe de altă parte, școlile tehnice și profesionale din acele zone folosesc curricule depășite, iar cursurile de practică cu angajatori sunt insuficiente și parțial irelevante, din moment ce elevii nu dobândesc deprinderile necesare cu calificarea pentru care se pregătesc.

În acest context, Școala profesională Kronstadt din România este un exemplu bun de program profesional care poate instrui cu succes profesioniști de top, îmbunătățindu-le perspectivele de angajare. Școala are un procent apropiat de 100% rată de angajare după absolvire. Comitetul director al școlii este alcătuit din reprezentanții a 12 mari antreprenori activi pe piața locală (majoritatea angajatorilor operează în zona Brașov), Principalele activități legate de școală sunt prevăzute într-un acord de parteneriat, care cuprinde selecția și instruirea personalului didactic, procesul de examinare, dezvoltarea curriculei și predarea cursurilor atât teoretice, cât și practice. În faza de admitere, studenții sunt solicitați să aleagă tipul de calificare de care sunt interesați, precum și potențialul angajator.

Școala Kronstadt funcționează acolo unde era vechea școală profesională, Grupul Școlar Industrial afiliat fabricii Rulmentul din Brașov până în 1997, când fabrica a fost declarată falimentară. O mare parte din fostul personal Rulmentul a fost angajată începând din 2005 de nou înființata întreprindere Schaeffler, satisfăcând astfel în parte cererea companiei internaționale pentru o forță de muncă calificată. Cu toate acestea, personalul existent trebuia instruit pentru tehnicile de producție moderne, chiar dacă mulți dintre ei se apropiau de vâsta de pensionare, iar proaspeții absolvenți ai sistemului educațional existent nu aveau calificări relevante. Un studiu local elaborat pentru managementul Schaeffler, înainte de existența proiectului școlii profesionale, a constatat faptul că curricula nu reflecta tehnicile moderne de producție, iar practica în laborator era insuficientă. Pentru a compensa lipsa de angajați instruiți, a fost fondată Școala Kronstadt. Schaeffler angajează în jur de jumătate din absolvenții școlii, chiar dacă nu este cea mai mare companie implicată.

Școala a început să funcționeze în 2012 când noua clădire a fost construită de primărie, iar companiile au dotat sălile de clasă. În prezent, consiliul local renovează atelierul școlii, în timp ce firmele participante for asigură furnizarea de echipament tehnic. Principalele aspecte caracteristice ale Școlii Kronstadt includ: (i) standarde pedagogice și tehnice înalte în educație și practică; (ii) instruire practică făcută atât de instructori ai angajatorilor, cât și de personalul școlii în facilitățile angajatorilor, folosind echipamente performante; (iii) un certificat de calificare recunoscut internațional; (iv) transport la locurile de muncă, împreună cu mese și un regim de internat pentru copiii care vin din alte zone sprijinite de angajatori; (v) o alocație de 200 de lei pe lună plătită de angajatori pe durata studiilor, în plus față de alocația de 200 de lei plătită din fonduri publice și (vi) o rată de angajare după absolvire de aproape 100%, după cum se vede din rata de angajare de 93,7% a primei generații de absolvenți, din 2014.

Pentru a asigura o bază cât mai largă pentru selecția elevilor, angajatorii desfășoară activități de promovare și recrutare în școli generale și prin campanii publicitare publice. Școala organizează o manifestare stradală promoțională în județele în care angajatorii au sediile. Mulți elevi află de școală din gură în gură, foștii angajați Rulmentul și actualii angajați Schaeffler răspândind informația în nord-estul țării și alte zone mai îndepărtate, de unde sunt originari. Perspectivele promițătoare, educaționale și de angajare ale școlii atrag un mare număr de aplicații în fiecare an – de șase ori mai multe decât numărul de 375 de locuri alocate pentru anul școlar 2014-2015, cu 60% din elevi fiind din alte județe decât Brașov, cum ar fi Iași, Maramureș, Buzău și Vaslui. Testul de admitere combină întrebări de cultură generală în diverse domenii (cum ar fi logica și matematica) și evaluări ale unor aptitudini considerate relevante pentru aspectele tehnice/practice ale meseriei (cum ar fi concentrarea, coordonarea și dexteritatea). Elevii sunt instruiți în programe de doi ani (începând cu clasa a zecea) sau trei ani (începând cu clasa a noua), cu opțiunea de a alege între specializări ca operator la mașini unelte cu comandă numerică (profilul cel mai răspândit), electromecanic mașini unelte și operator instalații industriale, sculer matrițier sau confecționar articole din piele. Ocazional, școala oferă cursuri de instruire de șase luni pentru adulți, iar perspectiva unei angajări preferențiale atrage și absolvenți de studii superioare.

Fiecare elev al Școlii Kronstadt trebuie să semneze un contract care, printre alte condiții obligatorii, impune o rată a prezenței de 95%. Curricula sunt strâns adaptate la standardele și cerințele mediului economic, reflectând caracteristicile tehnologice ale procesului de producție. Practica profesională este coordonată de angajatori, cu un raport de un instructor și un profesor la 12 elevi. Proportia instruirii practice din curriculum crește treptat și ajunge în anii finali să fie mai mare decât cea a predării de cunoștințe teoretice. De exemplu, practica ocupă 25% din timp

în clasa a IX-a, ajungând până la 75% în clasa a XI-a în programul de trei ani. Prevederile contractului nu obligă absolvenții să accepte oferte de muncă de la companiile alese la început, dar nivelul salarial ridicat și pachetele extra-salariale existente tind să facă ca acest lucru să se întâmple. În prima generație de elevi nu au existat cazuri de abandon, deși șase elevi s-au transferat la alte școli. Printr-un acord între școală și o rețea privată de sănătate, rețeaua asigură îngrijirea medicală, sanitară și activități de planificare familială, precum și asistență psihologică și profesională.

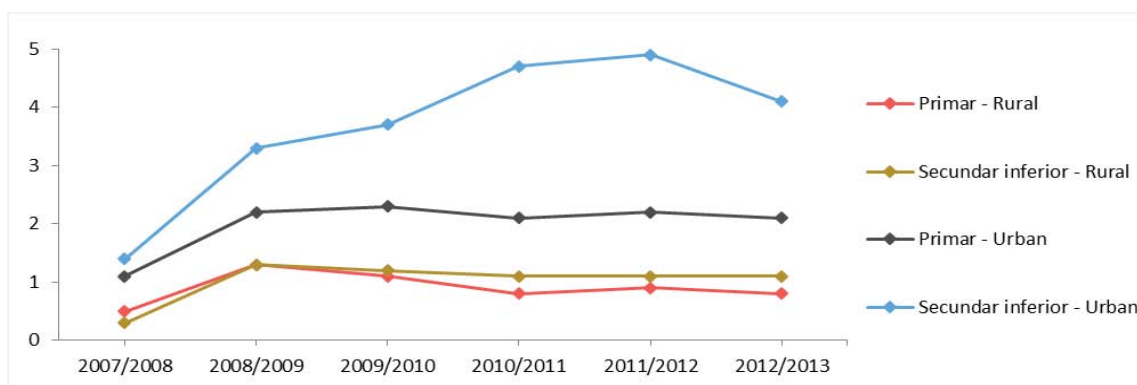
În cazul Școlii Kronstadt, implicarea unor mari investitori a fost un ajutor însemnat în avansarea cu aranjamentele instituționale și prin oferirea constantă de sprijin financiar și tehnic. În același timp, Primăria Brașovului, unul din cele mai dezvoltate orașe din țară din punct de vedere economic, a asigurat 10 din cele 16 miliarde de lei ale investiției inițiale. Pentru a înființa școli similare în alte zone urbane și rurale care sunt mai puțin dezvoltate, va fi nevoie de sprijinul autorităților locale și de punerea la punct a unei strategii puternice de recrutare a antreprenorilor, împreună cu strategii clare legate atât de sistemul educațional, cât și de serviciile pieței muncii.

Îmbunătățirea calității ÎPTI constituie o prioritate cheie pentru creșterea caracterului incluziv al acesteia. Rata abandonului în ÎPTI este cea mai mare dintre toate nivelurile de învățământ. Bursa profesională, recent introdusă, se așteaptă să acopere o parte din costurile directe și indirecte ale participării la învățământul profesional în cazul elevilor săraci și familiilor lor, dar sunt slabe șanse să acopere aceste costuri la un nivel care ar permite reducerea semnificativă a abandonului, mai ales în rândul elevilor care au terminat cele zece clase ale învățământului obligatoriu. Mai mult, rata ridicată a abandonului în școlile profesionale indică lipsa de implicare școlară a elevilor, care denotă la rândul-i probleme legate de calitatea actului didactic, gradul de adaptare școlară și socială și așteptările elevilor. Absența unor programe profesionale adaptate la nevoile tinerilor deja activi pe piața muncii (cum ar fi învățământul seral și programe de ucenicie) constituie o altă cauză a participării atât de reduse.

Câteva acțiuni pe care ar trebui să le aibă în vedere responsabilii de politici pentru a îmbunătăți calitatea ÎPTI sunt:

- Restructurarea programelor ÎPTI ținând cont de elevii cu risc crescut de abandon.
- Monitorizarea prezenței și performanțelor școlare ale elevilor în situație de risc.

Figura 52: Cuprinderea în programe de educație de tipul „A doua șansă” (2007-2008-2012-2013)



Sursa: Banca Mondială (2014) în baza datelor furnizate de Ministerul Educației.

În România, este în curs de desfășurare o reformă a sistemului de învățământ profesional și tehnic (ÎPT), dar aceasta necesită analize suplimentare și mai mult sprijin. Potrivit Cadrului strategic PTS²²³ (Banca Mondială, 2014:60), reformele ÎPT au în față două provocări majore: (i) ÎPT nu oferă competențe tehnice de înaltă calitate care să îi ajute pe elevi să accedă la piața muncii și (ii) nu furnizează un nivel corespunzător de competențe generice care să ofere elevilor un punct de plecare solid pentru

²²³ Cadrul strategic PTS include două măsuri ce vizează creșterea atractivității și relevanței IFP. Acestea sunt: (i) restructurarea parcurșurilor IFP în sensul creșterii flexibilității și permeabilității și reformarea curriculumului și (ii) organizarea de cursuri de formare pentru profesori și management.

continuarea studiilor. În alte țări, ÎPT a devenit un mijloc eficient de reducere a părăsirii timpurii a școlii și de direcționare spre învățarea pe tot parcursul vieții (IPV). În România, s-au implementat câteva proiecte și programe²²⁴ ce au obținut unele rezultate încurajatoare. Cu toate acestea, majoritatea acestor proiecte au fost intervenții pilot la scară mică, fiind necesară o abordare mai completă pentru a asigura implementarea integrală a acestor reforme.

Educația de tipul „A doua șansă” reprezintă principala reformă implementată de Ministerul Educației.²²⁵ Din Figura 52 reiese că cele mai multe înscrieri la cursurile „A doua șansă” se înregistrează în mediul urban, numărul cel mai mare prezentându-l ciclul gimnazial. Alte măsuri includ introducerea cursurilor serale în învățământul secundar și a celor cu frecvență redusă în învățământul primar și secundar.

Având în vedere numărul actual al copiilor sub 18 ani ce nu merg la școală, este esențial să se găsească alternative adresate celor ce nu pot frecventa cursurile „A doua șansă” după ciclul gimnazial. ÎPT de tipul „A doua șansă” este singurul program de acest gen disponibil după nivelul gimnazial. Totuși, numărul mic al înscrierilor indică faptul că numeroși copii sub 20 de ani aflați în afara sistemului de învățământ nu beneficiază de astfel de cursuri. Din totalul de 8.143 de elevi înscriși în ÎPT de tipul „A doua șansă” în anul școlar 2012-2013,²²⁶ două treimi (5.372) aveau minim 20 de ani.

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

Principalele provocări întâmpinate de responsabilii de politici în domeniul învățământului terțiar constau în creșterea accesului, susținerea participării, îmbunătățirea calității și creșterea relevanței la nivelul acestui subsector. Înscrierea în educația terțiară a scăzut cu 35%, de la 716.464 (în 2005/2006) până la 464.592 (în 2012/2013). Conform INS, pentru studenții de 18 ani (vârsta de accesare la educație terțiară) rata de înscriere în educația terțiară a scăzut cu 50% din 2005/2006 până în 2012/2013. În plus, ca peste tot în lume, în România există o puternică legătură între statutul socio-economic și alegerea și absolvirea educației terțiare. În 2009, peste 50% dintre tinerii români din grupa de vârstă 25-29 ani ce fac parte din chintila cea mai înstărită dețineau o diplomă universitară, în timp ce la nivelul chintilei celei mai sărace rata de absolvire a învățământului terțiar, în aceeași grupă de vârstă, era de doar 5% (în 2009). Cu toate că situația a cunoscut o oarecare ameliorare în perioada 2002-2009, elevii din gospodăriile mai sărace (și rurale) continuă să rămână în ceea ce privește parcurgerea învățământului terțiar mult în urma colegilor lor mai înstăriți.

Câteva dintre acțiunile prioritare pe care ar trebui să le aibă în vedere responsabilii de politici sunt:

- Stabilirea unor parcursuri clare privind trecerea de la învățământul profesional sau alte tipuri de învățământ secundar la învățământul terțiar
- Înlocuirea derogărilor de la plata taxei de școlarizare acordate pe baza meritelor cu un set mai limitat de burse oferite în funcție de nevoi
- Lansarea unui program de împrumuturi pentru studenți cât mai repede cu putință
- Încurajarea instituțiilor de învățământ terțiar să asiste studenții din categoriile subreprezentate și studenții netradiționali, inclusiv adulții

²²⁴ În diverse domenii: pregătirea profesorilor, dezvoltare curriculară, conectarea IFP la nevoile pieței, deschiderea școlilor către comunitate și mediul de afaceri, elaborarea și monitorizarea planurilor de acțiune ale școlilor. De exemplu, vezi <http://www.tvet.ro/index.php/ro/proiecte-de-dezvoltare-a-invmantului-profesional-si-tehnic/88.html> sau <http://www.tvet.ro/index.php/ro/proiecte-de-dezvoltare-a-invmantului-profesional-si-tehnic/191.html>.

²²⁵ Educația de tipul „A doua șansă” a fost aplicată de către Ministerul Educației încă din 2001, cu accent pe tinerii cu vârstă între 14 și 24 de ani, cu scopul de a-i ajuta să termine studiile gimnaziale. Această abordare a fost ulterior extinsă pentru a cuprinde alte zone de educație. A fost conceput și implementat un nou curriculum pentru educația de tipul „A doua șansă” în învățământul primar și cel secundar. S-au implementat în fază pilot programe „A doua șansă” care vizează în principal categoriile cu risc, mai ales populația romă.

²²⁶ Cu o alocare de 18.326 milioane RON în 2013.

- Creșterea transparenței informațiilor legate de oportunitățile și rezultatele educaționale și acordarea de îndrumare adecvată studenților pentru a asigura alegerea informată a parcursului educațional și a reduce rata abandonului.

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

Participarea categoriilor dezavantajate la programe de învățare pe tot parcursul vieții (IPV) este deosebit de scăzută. Obiectivul pentru România, așa cum este prevăzut în țintele strategiei Europa 2020 a Uniunii Europene, este creșterea ratei de participare a adulților (cu vârste între 25 și 64 de ani) la IPV până la 10% în 2020. Între 2007 și 2013, România nu a înregistrat niciun progres semnificativ la acest capitol, rata crescând ușor de la 1,3% la doar 2%. Rata din 2012 (1,4%) s-a aflat mult sub media UE-27 de 8,9%. România prezintă una dintre cele mai mici creșteri medii din UE în acest domeniu și nu reușește să realizeze progresele minime cerute de Comisia Europeană. Lipsa resurselor financiare împiedică participarea la programele IPV, în special în cazul categoriilor dezavantajate. Într-un studiu realizat de Banca Mondială în 2014, 22,8% dintre cei aproape 400 de actori implicați în învățarea pe tot parcursul vieții în România au declarat că un obstacol pentru creșterea participării este costul educației și al formării. Acesta reprezintă un factor foarte important la nivelul politicii de incluziune socială deoarece IPV este esențială pentru abilitarea celor ce se confruntă cu riscul excluziunii.

Cadrul strategic pentru învățarea pe tot parcursul vieții din România (2014) include anumite inițiative și măsuri menite să crească nivelul de participare la IPV. Cadrul recomandă dezvoltarea serviciilor de consiliere cu privire la educație și formare adresate elevilor din învățământul secundar superior și cel terțiar, adulților care au ieșit din sistemul de educație formală, solicitanților de locuri de muncă și categoriilor subreprezentate. Mai recomandă acordarea unor tichete și burse șomerilor pentru a-i ajuta să își continue studiile. Combinația de burse, tichete și consiliere intensivă cu scopul de a-i ajuta pe potențialii cursanți să facă alegeri corecte ar trebui să ducă la creșterea cererii de servicii IPV.

2.4.5. Creșterea accesului la educație de calitate pentru copiii din categoriile vulnerabile

Această secțiune vizează copiii cu cerințe educaționale speciale, copiii cu dizabilități, copiii romi și copiii ce trăiesc în zonele rurale izolate.

Copiii cu cerințe educaționale speciale și copiii cu dizabilități

În România, persoanele cu dizabilități sunt prinse într-un cerc vicios al accesului limitat la educație, discriminării, oportunităților reduse de angajare și sărăciei (Guttman, 2011). Mai multe studii publicate în ultimii ani (Preda, 2009; Szekely, 2012; Tudorache et al, 2013) arată că diferitele programe finanțate de guvern și/sau UE cu scopul de a crește participarea persoanelor cu dizabilități la educație și piața muncii au ameliorat prea puțin situația acestora. Aceasta din cauza lipsei de sprijin din partea profesorilor, a părinților și a angajatorilor, precum și a lipsei entuziasmului autorităților locale și centrale în ceea ce privește realizarea unor acțiuni decisive.

Sunt necesare o metodologie standardizată pentru statisticile anuale și un mecanism dedicat de monitorizare permanentă și fiabilă astfel încât să se poată documenta accesul la educație al copiilor cu cerințe educaționale speciale (CES) și/sau dizabilități. Statisticile oficiale sunt realizate fragmentar de către numeroase departamente și ministere, fiind colectate și raportate sistematic doar de Direcția pentru Protecția Persoanelor cu Handicap (DPH) și de Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor

Copilului și Adoptie (ANPDCA), ambele subordonate Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV). Totuși, aceste două seturi de statistici nu sunt comparabile fiindcă ANPDCA include și copiii din instituții, în timp ce DPH nu are acces la astfel de date. Așadar, la finalul lui 2013, DPH a raportat un număr de 60.993 de copii cu dizabilități în România, în timp ce ANDPCA a declarat un număr de 70.647.²²⁷ Datele ANPDCA referitoare la participarea la educație a copiilor cu dizabilități sunt furnizate de către Direcțiile Județene de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC). Ocazional, Ministerul Educației publice, la rândul său, date legate de numărul copiilor cu dizabilități din școli, așa cum a făcut-o de exemplu în cadrul răspunsului Guvernului României la chestionarul Biroului Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OHCHR) în legătură cu dreptul la educație al persoanelor cu dizabilități²²⁸, din decembrie 2013. Din nou, au existat diferențe între datele oficiale furnizate de ANDPCA și cele publicate de Ministerul Educației. În plus, o serie de studii au furnizat alte statistici (Vrasmas et al, 2010). În ceea ce privește copiii cu cerințe educaționale speciale (CES), nu există niciun sistem de monitorizare și nicio agenție guvernamentală nu publică rapoarte periodice cu privire la situația acestora. Unii copii cu CES prezintă și dizabilități, însă majoritatea sunt copii superdotați sau, mai frecvent, copii cu tulburări de comportament sau întârzieri de dezvoltare asociate traiului în familii extrem de sărace. Și opusul este valabil, și anume unii copii cu dizabilități prezintă și cerințe educaționale speciale, dar nu toți (cu alte cuvinte, majoritatea acestor copii au un handicap fizic, nu și unul mental sau intelectual). Din cauza lipsei unor date consistente, este imposibil de analizat relația dintre aceste două categorii de copii (cu CES și/sau dizabilități) sau de cuantificat nivelul actual al participării lor la educație. Ponderea persoanelor cu dizabilități în populația totală a României este estimată undeva la 3,5%. Dintre aceste persoane, sub 10% sunt copii, ceea ce înseamnă că incidența dizabilității în rândul copiilor din România pare a fi mult mai scăzută decât nivelul mondial de aproximativ 10%. Este posibil ca acest lucru să se datoreze problemelor întâmpinate de autoritățile române în încercarea lor de a identifica toate cazurile de dizabilitate (Hatos, 2010 și Preda, 2009). Aceste probleme sunt, în mare parte, cauzate de eforturile eșuate ale guvernului însoțite de stigmatul atașat dizabilității, ceea ce face ca persoanele în cauză să nu-și dorească să admită că au o dizabilitate (UNICEF, 2007). Așa cum subliniază adesea literatura de specialitate din domeniul dizabilității, subraportarea incidenței dizabilității și a cerințelor educaționale speciale indică faptul că mulți copii cu nevoi nu beneficiază de îngrijire și educație corespunzătoare.

În vederea creșterii participării la educație a copiilor cu dizabilități, evaluarea cerințelor educaționale speciale ar trebui îmbunătățită și corelată mai eficient cu evaluarea și confirmarea anuală a dizabilităților copiilor de către DGASPC. În sectorul educației, Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE) răspund de integrarea în sistemul de învățământ a copiilor cu nevoi speciale. CJRAE au de asemenea sarcina de a oferi școlilor, părinților și profesorilor sprijin și asistență profesionistă în ideea de a asigura o educație incluzivă (Legea 1/2011, art. 99 (6)). În domeniul protecției copilului, serviciul de evaluare complexă din cadrul DGASPC confirmă diagnosticul copiilor cu dizabilități anual și formulează propuneri pentru includerea lor în sistemul de învățământ, cu un plan special de recuperare. În ceea ce privește școlarizarea copiilor cu dizabilități, CJRAE și DGASPC cooperează cu comisiile de orientare școlară, organizate diferit în funcție de județ. Această comisie decide parcursul școlar al fiecărui copil cu dizabilități și CES în învățământul preșcolar, primar și secundar și eliberează un certificat prin care recomandă tipul de școală pentru fiecare ciclu de patru ani (ciclul primar, secundar inferior și superior), precum și recomandări pentru un plan de servicii pentru fiecare copil.

²²⁷ În decembrie 2013, DPH a raportat 60.993 de copii cu dizabilități, din care 31.740 copii cu dizabilități grave, 11.922 cu dizabilități accentuate, 16.494 cu dizabilități medii și 837 cu dizabilități ușoare (MMFPSPV, Buletin statistic, decembrie 2013 http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/dizabilitati_anul_2013.pdf). Pentru aceeași perioadă, ANPDCA a raportat 70.647 de copii cu dizabilități, din care 34.905 copii cu dizabilități grave, 13.861 cu dizabilități accentuate, 20.121 cu dizabilități medii și 1.760 cu dizabilități ușoare (MMFPSPV, Buletin trimestrial privind copiii cu dizabilități, decembrie 2013 http://www.copii.ro/alte_categorii.html).

²²⁸ <http://www.crj.ro/userfiles/editor/files/Response%20by%20the%20Government%20of%20Romania.doc>.

Potrivit legislației naționale, copiii și tinerii cu dizabilități pot beneficia de educație în școlile de masă, în școlile speciale sau în clase speciale integrate în școlile de masă. În teorie, opțiunea cea mai potrivită pentru fiecare copil este aleasă de familia acestuia, care se consultă cu comisia de orientare școlară de la nivel județean. În temeiul legislației române, gradul și tipul de handicap al copilului ar trebui să determine parcursul școlar ales. Cu toate acestea, în timpul studiului calitativ realizat în cadrul acestui proiect, au fost evidențiate diverse probleme de către profesioniștii din domeniul educației, educației speciale și protecției copilului, de către ONG-uri și familiile copiilor cu CES și/sau dizabilități:

- Serviciul de evaluare complexă al DGASPC informează copiii cu dizabilități și familiile lor despre existența comisiei de orientare școlară, însă lasă la latitudinea familiei decizia de a se prezenta sau nu în fața comisiei. Totodată, nu există un mecanism oficial prin care serviciul de evaluare complexă să transmită comisiilor de orientare școlară lista completă a copiilor cu dizabilități, deși acest lucru ar facilita monitorizarea acestor copii și a participării lor la educație. Aceasta înseamnă că deciziile legate de participarea școlară a unui copil cu dizabilități revin exclusiv părinților, fără niciun sprijin sau îndrumare. În consecință, un număr mare de copii cu dizabilități sunt neșcolarizați.
- Chiar dacă părinții se prezintă la comisia de orientare, adesea aceasta nu ține cont de părerile exprimate de copiii cu dizabilități și familiile lor, ci tinde să îi direcționeze spre școlile speciale. Cu toate acestea, legea educației prevede educarea copiilor cu dizabilități, în principal, în școlile de masă (Legea 1/2011, Capitolul 2, art. 50).
- Potrivit legislației, un copil nu trebuie să posede un certificat de încadrare în grad de handicap pentru a fi evaluat în vederea acordării de sprijin specific în școli (fie de masă, fie speciale). Identificarea copiilor cu CES se face prin intermediul unui serviciu de evaluare specială ce funcționează în cadrul CJRAE. Includerea copiilor cu CES în școlile de masă sau speciale se decide de către comisiile de orientare școlară. Părinții, educatorii (din creșe sau grădinițe), profesorii, psihologii școlari și/sau alți profesioniști ce lucrează cu copilul într-o anumită etapă a dezvoltării sale sunt cei care solicită evaluarea copilului de către CJRAE. Evaluarea și orientarea copiilor cu CES (mai ales a celor fără dizabilități) sunt denaturate de următoarele practici:
 - Adesea, părinții se simt „rușinați” de faptul că au un copil cu cerințe educaționale speciale, așadar nu contactează comisia de orientare școlară, chiar dacă semnele sunt evidente (UNICEF, 2012: 42).
 - Părinții cu un nivel scăzut de educație nu sunt întotdeauna în măsură să recunoască semnele CES și preferă să spună că respectivului copil „nu îi place școala”, lăsându-l mai degrabă să renunțe la școală decât să caute o soluție alternativă care să fie în interesul superior al copilului.
 - Uneori, părinții din gospodăriile extrem de sărace află că în școlile speciale se acordă elevilor diverse prestații în natură și servicii de sprijin (precum alimente, îmbrăcăminte și rechizite) ce nu sunt disponibile în școlile de masă. În încercarea de a obține aceste beneficii, contactează comisia de orientare școlară. În multe cazuri, copiii lor sunt acceptați pentru că prezintă o întârziere de dezvoltare de doi ani ca urmare a traiului în sărăcie extremă, fără sprijin și îngrijire corespunzătoare, într-un mediu ostil și nestimulator.
 - Unii profesori, mai ales cei din școlile și clasele de vârf, care pot fi în situația de a se concentra excesiv pe performanțele școlare, tind să îndrume spre comisia de orientare școlară orice copil din familiile cu venituri mici sau cu probleme care este repartizat clasei lor, adesea cu sprijinul familiilor celorlalți elevi.
 - Sunt profesori care îndrumă spre comisia de orientare școlară unii dintre elevii lor cu rezultate slabe, în condițiile în care profesorii pot primi bonusuri anuale de performanță pentru identificarea copiilor cu CES și integrarea acestora în clasele lor.
 - Profesorii tind să îndrume către comisia de orientare școlară elevii adolescenți cu rezultate școlare slabe, în special pe cei ce provin dintr-un mediu familial defavorizat sau cei cu tulburări de comportament, în principal pentru că nu sunt pregătiți să facă față acestor cazuri dificile, iar școlile nu au consilieri sau psihologi care să ofere sprijin efectiv acestor copii.
 - Sarcina monitorizării situației copilului pe parcursul întregii sale educații ar trebui atribuită în mod clar uneia sau mai multor agenții relevante, cum ar fi CJRAE, școlile sau inspectoratele

școlare. Situația trebuie (re)evaluată constant și orice măsuri de sprijin trebuie ajustate periodic la nevoile în schimbare ale copilului.

- Mulți copii cu dizabilități complexe termină învățământul obligatoriu, dar nu reușesc să treacă examenele necesare pentru a accede la nivelul secundar superior sau examenul de bacalaureat, în principal din cauza lipsei unor servicii de sprijin (cum ar fi consilierii) și a neadaptării curriculumului și a planurilor de intervenție personalizate la nevoile lor. Astfel, una dintre cele mai serioase probleme cu care se confruntă persoanele cu dizabilități este trecerea de la un ciclu de învățământ la altul. În aceste etape, este necesar un plus de coordonare între diferitele organisme implicate, inclusiv serviciul de evaluare complexă și comisia de orientare școlară. În mod similar, comisia de orientare școlară trebuie să ia în calcul programele de formare profesională sau cursurile oferite de școlile profesionale.

Dezvoltarea unei culturi incluzive în școli și comunități este esențială pentru creșterea participării copiilor cu dizabilități la educație și încurajarea integrării lor în școlile de masă. Diferite cercetări, rapoarte și interviuri cu familiile copiilor cu dizabilități ilustrează problemele cheie cu care se confruntă familiile când copiii lor cu dizabilități intră în sistemul de învățământ (de exemplu, Chiriacescu, 2014; Sociometrics, 2013; Centrul European pentru Drepturile Copiilor cu Dizabilități, 2013). S-a dovedit că educarea copiilor cu dizabilități în școlile de masă nu este ușoară, mai ales pentru că mulți profesori și familiile copiilor fără dizabilități sunt împotriva prezenței lor în școli. Nu există o cultură a incluziunii în școli, nici respect pentru diferențe sau pentru maximizarea potențialului individual. Accentul, la nivelul învățământului românesc, pe competiție și cunoștințe, dublat de sistemul de notare, pune o mare presiune pe elevi, profesori și familii. Părinții copiilor cu dizabilități au invocat frecvent această atitudine ca principalul obstacol pentru accesul la educație al copiilor lor. Aceasta înseamnă că preferă, de multe ori, să își trimită copiii la școli speciale atâta timp cât găsesc un parcurs educațional adecvat pentru copilul lor în acest sector. Pentru a promova o cultură mai incluzivă la nivelul școlilor, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni:

- Crearea unor noi programe de formare a părinților, îndrumătorilor și personalului didactic cu privire la interacțiunea și asistarea copiilor cu CES și/sau dizabilități, eventual prin utilizarea fondurilor din cadrul Programului Operațional Capital Uman (POCU).
- Includerea temei referitoare la toleranța față de persoanele cu dizabilități și la diversitate în curriculumul școlar pentru a reduce stigmatul și respingerea ce însoțesc dizabilitatea și CES.

Colaborarea dintre profesori și familii trebuie întărită. În momentul de față, nu există un cadru pentru un parteneriat efectiv și constructiv între profesori și părinții elevilor lor, ceea ce înseamnă că așteptările de ambele părți sunt deseori nerealiste și influențate de concepții greșite și prejudecăți. Ar fi indicat ca responsabilii de politici să ia în considerare posibilitatea mandatării sarcinii creării unor mecanisme instituționale solide în școli (cum ar fi asociații ale părinților /profesorilor), care ar facilita stabilirea unei relații de încredere, cooperare și dialog între profesori și părinți.

Guvernul ar trebui să scrie și să adopte o lege privind educația incluzivă, conform recomandării Biroului Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (Caseta 31). Cadrul legislativ ce reglementează accesul la educație al persoanelor cu dizabilități este vast și acoperă toate aspectele educației, de la nivelul preșcolar până la învățământul terțiar și formarea profesională (vezi Anexe: Cadrul legislativ și educațional pentru persoane cu dizabilități) Anexe: . România a ratificat Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (CDPD) în decembrie 2010, însă nu a transmis încă Comitetului ONU pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități un raport național oficial referitor la implementarea Convenției (așa cum ar fi trebuit să facă în 2013). Dreptul persoanelor cu dizabilități la educație în școlile de masă este prevăzut în art. 24, alin. 2 lit. (a) al CDPD, potrivit căruia niciunui elev nu i se poate refuza accesul la învățământul general din cauza dizabilității. Ca o măsură anti-discriminare, această „clauză de ne-respingere” produce efecte imediate. Responsabilii de politici ar trebui să asigure adoptarea unei noi legi a educației care să cuprindă, în mod explicit, o „clauză de ne-respingere” ce interzice neacceptarea în școlile de masă a elevilor cu dizabilități și garantează continuitatea educației acestora. Ar trebui să se elimine evaluările centrate pe deficiențe realizate actualmente pentru repartizarea

elevilor în școli și, în schimb, ar trebui evaluați elevii cu dizabilități pentru a le identifica nevoile de sprijin în scopul participării lor efective la școlile de masă. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice este în curs de elaborare a unei Strategii privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități (2015-2020).

Caseta 31: Oportunitatea introducerii unei legi privind educația incluzivă

În 2013, Biroul Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului a realizat un *Studiu tematic privind dreptul la educație al persoanelor cu dizabilități*. Citatul de mai jos este preluat din secțiunea de concluzii și recomandări a raportului respectiv.

„Statele ar trebui să înființeze, prin legi privind educația incluzivă, un sistem de educație incluzivă sub egida ministerelor educației, care să interzică neacceptarea în școlile de masă pe criterii de dizabilitate și să prevadă adaptarea rezonabilă a condițiilor. În baza unui plan de transformare, ar trebui să se stabilească cadrul de implementare a unui sistem de educație incluzivă, cu obiective măsurabile. Statele ar trebui să creeze programe de pregătire a profesorilor, să înființeze fonduri pentru realizarea adaptării rezonabile, să pună la dispoziție materiale accesibile, să promoveze medii incluzive, să perfecțeze metodele de testare, să promoveze transferul din școlile speciale în școlile de masă, să promoveze monitorizarea cu ajutorul unor indicatori ai educației incluzive, să acorde sprijin adecvat elevilor și să utilizeze mijloacele de comunicare și formatele corespunzătoare. Școlile trebuie finanțate adecvat, în timp ce disponibilitatea resurselor nu ar trebui să stea la baza refuzului accesului la dreptul la educație pentru un elev cu dizabilitate.”

Sursa: OHCHR (2013).

Copiii cu cerințe educaționale speciale (CES) și copiii cu dizabilități se numără printre categoriile cu cel mai mare risc de neșcolarizare, mai ales în mediul rural. Așa cum indică și recensământul din 2011, unul din trei copii de 7-14 ani cu o incapacitate invalidantă (totală sau parțială) fie nu a fost niciodată înscris la școală, fie a abandonat studiile. Potrivit datelor oficiale, proporția totală a copiilor cu dizabilități ce nu frecventează niciun tip de școală (de masă sau specială) variază între 24% și 40%, în funcție de sursa datelor.²²⁹ De asemenea, 5.191 de copii nu beneficiază de servicii de sprijin educațional, deși au fost identificați ca având CES de către serviciul de evaluare al CJRAE. În plus, diverse studii arată că majoritatea copiilor cu dizabilități care nu merg la școală provin din mediul rural (UNICEF, 2012; vezi Tabel 34). Din aceste date reiese clar că numeroși copii cu dizabilități rămân în afara sistemului de învățământ în România. Familiile și ONG-urile trag un semnal de alarmă cu privire la metodele necorespunzătoare folosite actualmente de multe școli (de masă și speciale) pentru a cuprinde:

- ☐ Copiii cu tulburări din spectrul autismului
- ☐ Copiii cu probleme de comportament
- ☐ Copiii cu ADHD
- ☐ Copiii cu HIV/SIDA și boli rare
- ☐ Copiii cu dizabilități intelectuale grave
- ☐ Copiii cu dizabilități complexe (cum ar fi deficiențe asociate sau limitări funcționale și dependențe complexe).

Tabel 34: Numărul copiilor români cu dizabilități neșcolarizați, în funcție de gradul de handicap, grupa de vârstă și mediul de rezidență, 2011

Grad de handicap	3-6 ani	7-10 ani	11-14 ani	Rural	Urban	Total
Handicap ușor	364	23	33	236	184	420
Handicap mediu	1,490	364	393	1,081	1,166	2,247
Handicap accentuat	1,211	479	521	1,266	945	2,211
Handicap sever	3,805	2,454	2,369	4,867	3,761	8,628

²²⁹ Aceste date au fost furnizate de Ministerul Educației în cadrul răspunsului Guvernului României la chestionarul OHCHR în legătură cu dreptul la educație al persoanelor cu dizabilități, decembrie 2013.

Total	6,870	3,320	3,316	7,450	6,056	13,506
-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

Sursa: UNICEF (2012: 25).

Notă: Numărul total al copiilor cu dizabilități la acea vreme era de 60.269, potrivit statisticilor oficiale ale DPH.

Creșterea numărului programelor de formare profesională adresate adolescenților cu dizabilități în funcție de capacitățile lor și de oportunitățile existente pe piața muncii a devenit o necesitate. Un studiu de cercetare realizat de Fundația Motivation și de Societatea Academică din România în 2009 arată că procentul persoanelor cu dizabilități cu vârste cuprinse între 18 și 55 de ani, fără o educație formală, era de șapte ori mai mare decât în rândul populației totale, iar rata abandonului după ciclul primar era de două ori mai ridicată. Studiul a constatat, de asemenea, că doar 17,5% dintre persoanele cu dizabilități din această grupă de vârstă a terminat liceul și doar 8,3% au urmat studii superioare. În același studiu se afirmă că un învățământ profesional și vocațional special mai accesibil persoanelor cu dizabilități ar crește oportunitățile de angajare ale acestora, având în vedere că multe dintre ele urmează în prezent acest parcurs educațional. Cu toate acestea, în practică, rata ocupării forței de muncă nu este mai mare în rândul persoanelor cu dizabilități ce termină o școală profesională, în principal pentru că învățământul profesional nu este adaptat și nu ține cont de capacitățile persoanelor sau de cerințele pieței. Actualul sistem de formare profesională adresat persoanelor cu dizabilități le califică în profesii sau activități ce nu mai au căutare pe piața muncii sau în ocupații pe care persoanele cu dizabilități nu le pot realiza în mod corespunzător. Prin urmare, majoritatea dintre puținii tineri cu dizabilități care reușesc să obțină o calificare se confruntă cu provocări majore în găsirea unui loc de muncă. În concluzie, responsabilii de politici ar trebui să se gândească la crearea și implementarea unor noi filiere profesionale în învățământul secundar superior, eventual cu finanțare europeană, în cadrul cărora să se ofere persoanelor cu dizabilități calificări adecvate și căutate de proiectele de economie socială.

Creșterea incluziunii persoanelor cu dizabilități pe piața muncii va presupune o mai bună participare a acestora la educație, lărgind spectrul programelor de învățare pe tot parcursul vieții și flexibilizând sistemele de calificare. În prezent, persoanele cu dizabilități au foarte puține oportunități de învățare pe tot parcursul vieții și de educație continuă. Doar 1,5% dintre adulții cu dizabilități erau implicați într-un program de formare continuă în 2008, o proporție egală cu cea înregistrată la nivelul populației totale în România, dar mult mai scăzută decât media UE-28 de 9,3% (Eurostat, indicator tsdsc440).

Caseta 32: Rețeaua educațională disponibilă la ora actuală copiilor și tinerilor cu dizabilități din România

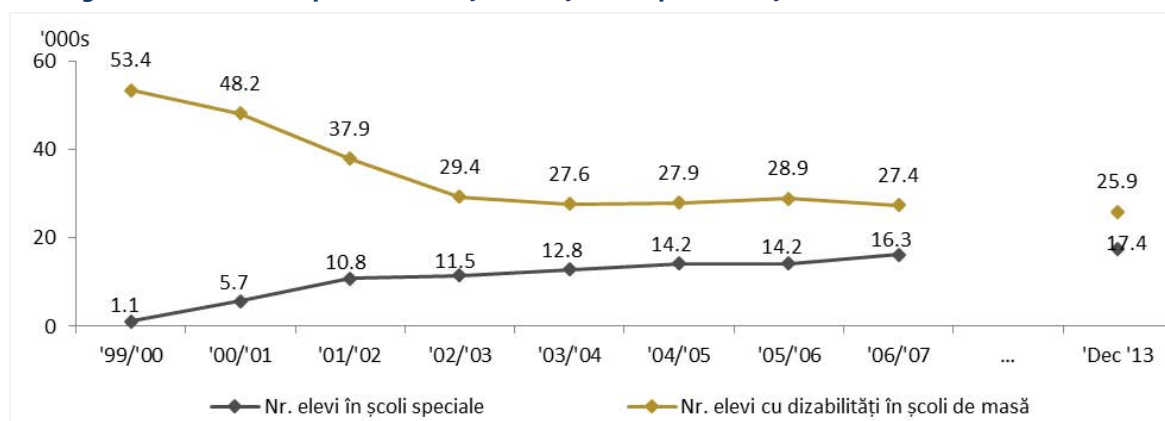
În prezent, copiii și tinerii cu dizabilități au la dispoziție următoarele unități de învățământ:

- ☐ Grădinițe, școli, licee, școli postliceale de masă (cu sau fără cadre didactice de sprijin sau itinerante)
- ☐ Grădinițe, școli, licee, școli postliceale speciale
- ☐ Centre de zi (cu o componentă educațională)
- ☐ Educație specială integrată, ce constă în: (i) clase speciale integrate în grădinițele, școlile și liceele de masă sau (ii) integrarea individuală a copiilor cu CES în clasele de masă
- ☐ Școli alternative create de ONG-uri sau instituții publice (de exemplu, Freinet, Montessori, pedagogia curativă, Planul Jena, Step by Step și Waldorf) ce aplică curriculumul existent acreditat pentru aceste metode educative alternative în România. Comisia națională pentru alternative educaționale reglementează aceste școli alternative.
- ☐ Școli profesionale (școli vocaționale)
- ☐ Școli profesionale speciale
- ☐ Licee tehnologice speciale
- ☐ Centre de educație incluzivă.

În cazul unor nevoi mai specifice, persoanele cu dizabilități pot beneficia de educație de masă sau specială fie la domiciliu, fie în grupe sau clase organizate în spitale și centre de reabilitare (pentru copiii ce suferă de boli cronice sau cei care au nevoie de o perioadă de reabilitare /spitalizare de maxim patru săptămâni).

Sursa: Legea educației nr.1/2011 și Ordinul 3283/2012 al Ministerului Educației.

Figura 53: Numărul copiilor cu cerințe educaționale speciale în școlile din România, 1999-2013



Sursa: Vrasmas et al (2010: 70) completat pentru decembrie 2013 cu date furnizate de Ministerul Educației în cadrul răspunsului Guvernului României la chestionarul OHCHR în legătură cu dreptul la educație al persoanelor cu dizabilități.

S-a înregistrat un progres în tranziția copiilor cu CES și/sau dizabilități din școlile speciale în cele de masă, care ar trebui să continue și în următorii ani. Începând cu 1998, au fost luate câteva măsuri laudabile legate de transferarea mai multor elevi cu dizabilități în clase normale. Reforma consistentă de la nivelul politicilor din anul 2000 a conferit Ministerului Educației rolul de a asigura incluziunea copiilor cu CES în școlile de masă. Patru ani mai târziu, Ministerul a emis un ordin menit să încurajeze școlile să înscrie copiii cu CES (Ordinul nr. 5379/25.11.2004). Prin urmare, numărul elevilor cu CES din școlile speciale s-a redus la jumătate (de la 53.000 în 2000 la sub 26.000 în 2013), în timp ce numărul elevilor cu CES înscriși în școli normale a depășit 17.000 la finalul lui 2013. Actualele prevederi legislative (Legea 1/2011, Capitolul 2, art. 50) recomandă ca majoritatea copiilor cu dizabilități să fie educați în școlile de masă. În plus, potrivit datelor oficiale, 5.191 de elevi identificați ca având nevoie de sprijin educațional special nu primesc acest suport educativ individualizat (probabil din cauza numărului insuficient al profesorilor de sprijin) și 1.137 de elevi sunt școliți acasă. Este important de evidențiat faptul că închiderea școlilor de arte și meserii a dus la scăderea numărului de elevi cu CES înscriși în învățământul profesional special, de la 12.468 în 2000 la 2.094 în 2012, continuând să scadă până la 1.628 în 2012-2013 (INS, 2012-2013).

Investirea în Centrele Județene de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE) astfel încât acestea să devină adevărate centre de resurse pentru educația incluzivă ar constitui o realizare majoră în domeniul educației copiilor cu dizabilități. CJRAE, finanțate corespunzător și dotate cu personal profesionist și servicii de sprijin disponibile tuturor școlilor și familiilor din județ, ar putea contribui enorm la promovarea și dezvoltarea educației incluzive. De exemplu, CJRAE pun deja la dispoziție centre logopedice interșcolare, precum și centre de asistență psihopedagogică, care oferă servicii de consiliere profesorilor, elevilor și familiilor. În 2013, bugetul alocat CJRAE a fost de 460.372 milioane de RON pentru sprijinirea a 16.609 de copii cu CES.

Guvernul ar trebui să sprijine transformarea școlilor speciale în centre de resurse în scopul incluziunii, care să ofere asistență pedagogică școlilor de masă. Acestea ar urma să apeleze la expertiza profesorilor din școlile speciale ca o modalitate mai degrabă de susținere a educației copiilor cu dizabilități în cadrul școlilor de masă decât de menținere a segregării. Cu toate că reforma demarată în anul 2000 a vizat modernizarea sectorului educației speciale, procesul nu a fost finalizat, iar școlile speciale au în momentul de față mai puține resurse, angajați și oportunități de modernizare decât în primii ani ai reformei. Anii de austeritate economică (2008-2013), alături de blocarea posturilor în sistemul public, au contribuit semnificativ la apariția acestei situații dificile. Numărul școlilor speciale a fost de asemenea redus treptat, de la 180 în 2006 la 167 în 2013. Aceste școli sunt, în general, situate în principalele orașe

ale fiecărui județ și administrează structuri rezidențiale pentru găzduirea copiilor din localitățile învecinate. Având în vedere numărul mare de copii cu dizabilități grave și accentuate (aproape 44.000 de copii ce trăiau în familie la finalul lui 2013), este evident că aceste școli speciale sunt insuficiente și, în consecință, un număr mare de copii cu dizabilități complexe rămân la ora actuală în afara sistemului de învățământ.

Este absolut necesar să se extindă și să se adapteze sistemele de transport disponibile copiilor cu dizabilități. Transportul adaptat nu este disponibil pe întreg teritoriul țării și, astfel, mulți copii cu dizabilități neuromotorii sau asociate nu pot merge la școală, cu excepția cazurilor în care părinții lor sau un ONG găsesc un mijloc de transport adecvat. În orașele mai mici (cum este Roman în județul Neamț), unde nu există transport public de niciun fel, persoanele cu dizabilități fizice sunt practic izolate în casă. În mediul rural, transportul școlar prezintă o acoperire inegală. De autobuzele școlare oferite inițial de către Ministerul Educației răspund în prezent consiliile locale și, prin urmare, întreținerea lor variază. Iarna, mulți copii din zonele rurale sau izolate, chiar și fără dizabilități, sunt izolați în casă din cauza lipsei opțiunilor de transport.

Este necesar un program de investiții în infrastructura de bază pentru a asigura accesul elevilor la toate unitățile publice de învățământ, de la orice nivel. Aceste investiții ar putea fi acoperite de fondurile structurale și de coeziune. Responsabilii de politici de la nivel național și local ar putea ajuta prin reglementări care să ceară tuturor instituțiilor de învățământ și îngrijire să devină complet accesibile persoanelor cu dizabilități fizice. Accesul la școlile de masă și speciale, dar și la materialele didactice este în continuare inegal. În timp ce școlile speciale au început să investească în infrastructura din sfera accesibilității încă din 2004-2005, școlile de masă sunt, în general, inaccesibile persoanelor în scaune cu rotile și celor cu dizabilități senzoriale sau asociate. Și copiii cu dizabilități motorii întâmpină dificultăți, mai ales în învățământul secundar, atunci când clasele sau laboratoarele nu se află la parter și clădirea nu este dotată cu lifuri sau platforme electrice mobile.

Va fi de asemenea necesară adaptarea tehnologiei informației folosite de școlile actuale pentru a integra copiii cu CES și/sau dizabilități. Informațiile ușor de citit, pictogramele și spațiile de învățare speciale pentru copiii cu cerințe educaționale complexe sunt rare în școlile de masă. Mai mult, nu există dispozitive sau tehnologii asistive,²³⁰ cu excepția școlilor care integrează deja copii cu dizabilități senzoriale. În plus, școlile de masă nu beneficiază de interpreți de limbaj mimico-gestual și, prin urmare, copiilor cu deficiențe de auz sau dizabilități senzoriale asociate le este foarte greu să funcționeze într-o astfel de școală. Un program național de introducere a tehnologiilor asistive în școli ar aduce serioase avantaje copiilor cu CES și/sau dizabilități.

Școlile speciale acordă servicii sociale, medicale sau de reabilitare, spre deosebire de cele de masă unde acest lucru se întâmplă foarte rar. Aceasta reprezintă o importantă barieră pentru integrarea copiilor cu dizabilități în școlile de masă. Copiii înscriși în școlile speciale beneficiază de fizioterapie și logopedie în școală deoarece școlile speciale au dreptul să angajeze direct astfel de profesioniști. Cu toate acestea, copiii din școlile de masă care au nevoie de servicii de reabilitare, precum logopedie, fizioterapie, tratament medical intensiv și terapii cognitive sau comportamentale, sunt obligați să își adapteze programul zilnic astfel încât să includă aceste activități după (sau înaintea) orelor de școală. Astfel de servicii sunt rareori situate aproape de domiciliul elevului, ceea ce înseamnă că familiile trebuie să facă eforturi suplimentare pentru a încerca să găsească cea mai practică soluție în cazul acestor activități cotidiene. Pentru a avea un program flexibil, familiile sunt nevoite să facă apel la terapeuții din sectorul

²³⁰ Dispozitivele asistive includ orice dispozitiv pe care îl pot folosi copiii (sau adulții) cu dizabilități pentru a-i ajuta să învețe și să funcționeze mai eficient. Printre acestea se numără scaune cu rotile, aparate auditive și dispozitive de amplificare a sunetului, ecrane cu luminozitate redusă, dispozitive de mărire a imaginii, dispozitive de luare a notițelor în Braille și softuri și tehnologii de recunoaștere vocală ce permit elevilor cu dizabilități grave să își controleze calculatorul prin simpla urmărire vizuală a literelor și comenzilor de pe ecran. În România, procesul de dezvoltare a unor astfel de dispozitive asistive nu este foarte avansat. Producătorii au o oarecare rețineră în ceea ce privește intrarea pe piață pentru că marea majoritate a dispozitivelor nu sunt acoperite de asigurările de sănătate, ceea ce înseamnă că majoritatea potențialilor utilizatori nu își permit să le cumpere.

privat (în locul serviciilor acoperite de asigurarea de sănătate sau de instituțiile publice), ceea ce înseamnă o povară financiară în plus.

În prezent, se oferă sprijin pedagogic redus profesorilor din școlile de masă care au elevi cu dizabilități în clasă, în ciuda existenței unor proiecte de formare continuă inițiate de CJRAE în unele județe. Există o slabă cooperare între școlile de masă și cele speciale și, prin urmare, lipsește dialogul și schimbul de experiență între profesori cu privire la metodologiile și instrumentele pedagogice dedicate predării copiilor cu dizabilități. La nivel național, numărul consilierilor școlari și al mediatorilor școlari este foarte mic – 2.184, respectiv 232 la finalul lui 2013. Există, în medie, un psiholog școlar pentru minim 800 de elevi. În aceste condiții, incluziunea copiilor cu dizabilități depinde adesea mai degrabă de un profesor sau director motivat ori carismatic decât de legislație, drepturile omului sau normele profesionale în vigoare.

Copiii din zonele rurale sau izolate sunt cu precădere afectați negativ de lipsa serviciilor de sprijin. Echipele mobile (interdisciplinare) sunt aproape inexistente în multe județe. Acești copii sunt deseori diagnosticați târziu sau deloc, rămânând de multe ori complet în afara sistemului de învățământ și a protecției sociale.

Ministerul Educației a implementat o varietate de programe preventive și remediale, cum este „Școala după școală”, care oferă la finalul orelor sprijin remedial și activități extrașcolare elevilor ce au nevoie de ajutor suplimentar. Faza pilot a acestui program s-a desfășurat la începutul anului școlar 2012-2013, cu 5.500 de beneficiari și un buget de 61,395 milioane de RON în 2013. Înregistrând un oarecare succes, programul va fi extins treptat și va include o schemă de finanțare pentru promovarea inovării la nivelul școlilor. Totuși, până acum, finanțarea acestor măsuri preventive a fost insuficientă și ad-hoc. Ministerul a încurajat și introducerea serviciilor de consiliere, a mediatorilor școlari și a profesorilor de sprijin /itineranți (vezi mai jos).

Dezvoltarea educației incluzive nu va fi posibilă fără o selecție și formare adecvate, existența și finanțarea unei rețele vaste de profesori de sprijin sau itineranți în școlile de masă și zonele izolate. Serviciile educaționale sunt furnizate copiilor cu CES și/sau dizabilități, atât celor educați la domiciliu, cât și celor din învățământul de masă, de către un cadru didactic de sprijin sau itinerant. Numărul cadrelor didactice de sprijin este foarte mic, nefăcându-se noi angajări în acest sector în ultimii ani la niciun nivel – există în total doar 1.310 pentru aproximativ 20.000 de copii care sunt școliți la domiciliu sau integrați în învățământul de masă (în decembrie 2013).

Reglementările legate de programul săptămânal al cadrelor didactice de sprijin sau itinerante trebuie revizuite pentru a asigura că fiecare copil beneficiază de sprijin de calitate. Actuala normă prevede ca un cadru didactic de sprijin dintr-o școală de masă să ofere 16 ore de sprijin direct pe săptămână, fie pentru opt copii cu dizabilități ușoare sau medii, fie pentru patru până la șase copii cu dizabilități accentuate, grave sau asociate. Programul de lucru săptămânal al unui cadru didactic itinerant în cazul copiilor cu dizabilități grave sau accentuate școliți acasă este de 16 ore, împărțindu-se între patru până la șase copii. În realitate, un profesionist trebuie, uneori, să lucreze în mai multe școli sau să lucreze o parte din timp ca profesor de sprijin într-o școală de masă și restul timpului ca profesor itinerant pentru un număr mic de copii, aflați uneori în locuri diferite. Astfel, calitatea serviciului este afectată de volumul de muncă ridicat. Familiile elevilor deserviți de acești profesori se plâng de numărul de ore insuficient, mai ales atunci când copiii sprijiniți de un anumit profesor nu fac parte din aceeași școală sau clasă. Părinții și profesorii din școlile de masă sunt de părere că, pentru a oferi sprijin eficient unui copil fie la clasă, fie acasă, un profesor de sprijin nu poate lucra cu mai mult de un copil cu dizabilități (maxim doi) pe săptămână.

Evidențele din ultimii 20 de ani au demonstrat că resursele existente în sistemul de învățământ nu pot garanta calitate copiilor cu dificultăți comportamentale și dependențe complexe care sunt educați la domiciliu. În decembrie 2013, în România erau 1.137 de astfel de elevi școliți acasă, potrivit Ministerului Educației. Cadru didactic itinerant desemnat petrece câteva ore pe săptămână cu copilul, întreaga rețea socială a copilului fiind afectată de izolarea acestuia în casă. Cu toate că educația la domiciliu poate fi o

soluție bună pe perioade scurte (de exemplu, după o operație complexă sau în timpul unei reabilitări medicale intense), nu este recomandată pe termen lung.

Există o puternică nevoie de formare extensivă și continuă a profesorilor din acest sector, în școlile de masă și cele speciale, alături de modernizarea intervențiilor, instrumentelor și metodologiilor pedagogice. Se remarcă o lipsă acută de informații și cunoștințe la nivelul cadrelor didactice (atât în școlile de masă, cât și în cele speciale) cu privire la educarea copiilor cu CES, inclusiv a celor cu nevoi foarte complexe. Multor profesori din școlile de masă li se pare greu să adapteze curriculumul la nevoile copiilor cu dizabilități deoarece nu sunt familiarizați sau nu se simt confortabil cu aceștia. Chiar și profesorii mai experimentați întâmpină greutăți în ajustarea practicilor lor la nevoile copiilor cu tulburări din spectrul autismului, probleme de comportament, ADHD, dependență complexă, HIV/SIDA, boli rare, dizabilități intelectuale grave și alte afecțiuni considerate obstacole pentru învățare. Mai multe CJRAE (de exemplu, din Botoșani, Cluj, Neamț și Vâlcea) au folosit fonduri locale sau europene pentru a demara cursuri ori proiecte cu scopul de a dezvolta competențele și cunoștințele profesorilor și consilierilor în domeniul educației incluzive. Cu toate acestea, au rămas în picioare foarte puține din aceste inițiative. Pe viitor, formarea inițială s-ar putea realiza în cadrul departamentelor de pedagogie în învățământul preșcolar și primar (din cadrul facultăților de științe ale educației), precum și în universități. Formarea continuă se poate face în cadrul Casei Corpului Didactic sau al CJRAE. În plus, toți profesorii practicanți de la toate nivelurile ar trebui să urmeze un modul obligatoriu (de minim cinci zile lucrătoare, în medie), care să vizeze principiile și practicile implicate în educația incluzivă.

Slaba formare a profesorilor de la ora actuală se reflectă în lipsa unei adaptări și diferențieri a curriculumului. Copiii din școlile speciale beneficiază de un curriculum specializat la toate nivelurile de învățământ și au de asemenea dreptul să depășească vârsta școlară maximă cu doi ani, în medie. În școlile speciale pentru persoanele cu dizabilități senzoriale (deficiențe de auz și de vedere), copiii urmează curriculumul general, adaptat doar la nivelul metodologiilor de comunicare și al manualelor folosite. Copiilor cu dizabilități înscriși în școlile de masă trebuie să li se predea în baza unui curriculum adaptat la nevoile și provocările lor, în conformitate cu recomandările incluse în planul de intervenție personalizat.²³¹ Aceste adaptări sunt, teoretic, realizate de către profesori, cu ajutorul consilierilor sau al cadrelor didactice de sprijin. Cu toate acestea, adaptarea și diferențierea curriculumului nu constituie un demers simplu, mai ales că majoritatea profesorilor nu sunt familiarizați sau nu se simt confortabil cu acest proces, nefiind capabili să îl adapteze interesului superior al copilului cu dizabilități. Mai mult, generația mai tânără de educatori și învățători din învățământul preșcolar și primar, obligată să absolve un program de studii universitare specializate de trei ani începând cu 2011, a beneficiat în general de un număr foarte mic de ore de pregătire în domeniul educației incluzive și a psihopedagogiei speciale. Prin urmare, aceștia nu înțeleg cu adevărat nevoile și cerințele copiilor cu dizabilități atunci când intră în câmpul muncii.

Profesorii nu sunt pregătiți să utilizeze metodele de evaluare adaptate. În consecință, evaluarea progresului școlar al copiilor cu dizabilități nu este mereu adaptată la abilitățile și nevoile unice ale copilului, în ciuda cerințelor legislative. Adesea, copiii cu dizabilități complexe nu reușesc să treacă examenele anuale. Mulți termină învățământul obligatoriu, dar nu trec examenul de admitere în învățământul secundar superior sau bacalaureatul.

Mecanismul de finanțare a școlilor de masă care integrează copii cu CES și/sau dizabilități trebuie ajustat și ar trebui alocat un buget corespunzător pentru promovarea și dezvoltarea educației incluzive. Guvernul pune la dispoziție anumite prestații în bani și în natură, cum sunt alocația de hrană și bani pentru rechizite (Hotărârea Guvernului nr. 1251/2005), copiilor cu dizabilități ce frecventează școlile de masă sau speciale. La nivelul școlilor, școlile speciale primesc finanțare suplimentară, pe lângă finanțarea pe elev, și le oferă elevilor o serie de beneficii în natură și servicii, precum o masă caldă, rechizite școlare, spații igienico-sanitare (toaletă adaptate). Cu toate acestea, situația este diferită în cazul școlilor de

²³¹ Reglementările Ministerului Educației specifică modul în care se poate „adapta” curriculumul școlar sau „diferența în raport cu” nevoile fiecărui copil (HG 1251/2005).

masă care integrează copii cu CES și/sau dizabilități. Metodologia de stabilire a costurilor în cazul finanțării pe elev include factori de corecție atât pentru copiii cu CES, cât și pentru cei cu dizabilități. Însă, finanțarea suplimentară ce rezultă din aplicarea factorilor de corecție se acordă numai dacă școala creează programe speciale pentru acești copii. Aceste programe trebuie incluse în curriculumul școlar, după aprobarea lor de către consiliul de administrație al școlii și apoi de către consiliul local, consiliul județean, Ministerul Educației, ministerul responsabil de administrația publică (actualmente Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice sau MDRAP) și de Ministerul Finanțelor Publice. Din cauza acestui proces lung și complicat de solicitare a finanțării suplimentare, majoritatea școlilor de masă care au integrat copii cu CES și/sau dizabilități primesc doar finanțarea de bază pe elev. Interveniile realizate în cadrul SIPRS RAS au scos în evidență această situație ca o sursă de frustrare pentru școli, mai ales prin prisma faptului că formula finanțării pe elev pare să contrazică reglementările referitoare la numărul de copii într-o clasă, potrivit cărora un elev cu CES este contabilizat ca doi elevi normali. Astfel, în timp ce formula de stabilire a numărului de copii într-o clasă promovează clase mai restrânse, făcând mai ușoară adaptarea curriculumului și acordarea de atenție specială elevilor cu CES, sistemul de finanțare pe elev forțează școlile să formeze clase cu număr maxim de elevi pentru a accesa finanțarea maximă. Prin urmare, mecanismul de finanțare diminuează calitatea educației oferite copiilor cu CES și/sau dizabilități, oricum afectată de slaba dezvoltare a serviciilor de sprijin, așa cum s-a discutat anterior.

În plus, ar trebui puse la dispoziție fonduri publice prin care să se sprijine centrele educaționale create prin parteneriate public-private sau de către ONG-uri (inclusiv centrele specializate) acreditate de Ministerul Educației. Ar trebui acordat sprijin special acelor centre care acordă educație în comunitățile mai mici, aproape de domiciliul copiilor. Un exemplu ce ilustrează o astfel de inițiativă este prezentat în caseta de mai jos.

Caseta 33: Bune practici: Singura școală specială privată acreditată de Ministerul Educației pentru educația primară și secundară a copiilor cu dizabilități severe

Fundația creștină RCE Speranța Copiilor din județul Arad este o organizație non-guvernamentală și non-profit creată prin fuzionarea a două organizații non-guvernamentale, Asociația Creștină RCE Arad (fondată în 1992) și Asociația Creștină Speranța Copiilor Arad (fondată în 1994), ambele având același sponsor, Romanian Christian Enterprises SUA. Chiar dacă inițial era centrată pe sprijinirea micro-întreprinderilor prin training și asisurarea de împrumuturi fără dobândă, viziunea fundației a fost adaptată pentru a ține cont de nevoile și prioritățile locale. Programele fundației au fost redefinite pentru a reduce dependența de stat și pentru a răspunde unor nevoi umane de bază, în special nevoi ale copiilor vulnerabili. Așadar, RCE Speranța Copiilor este o entitate privată autorizată și acreditată ca atare, fără condiționări politice sau religioase, dezvoltând programe de protecție a copiilor, de asistență și sprijin pentru diverse categorii de oameni vulnerabili.

Scopul organizației este să faciliteze plasamentul sau adopția copiilor abandonați din România, să sprijine copiii abandonați în orfelinate și centre de îngrijire și copiii străzii, să îi ajute pe cei aflați în nevoie și care nu se pot ajuta singuri (copii, tineri, vârstnici, oameni cu dizabilități mentale sau psihice, orfani și alții cu nevoi speciale), să sprijine și să instruiască antreprenorii pentru dezvoltarea și extinderea organizațiilor lor, prin angajarea de tineri cu dizabilități și să sprijine educația în școli și centre de îngrijire pentru copii și vârstnici.

Misiunea organizației este asistența profesionistă acordată copiilor abandonați în instituții, familiilor și vârstnicilor aflați în nevoie. Obiectivele organizației sunt asigurarea incluziunii sociale și a serviciilor de reabilitare pentru copiii abandonați și copiii cu nevoi speciale, îmbunătățirea calității vieții pentru vârstnicii aflați în nevoie și organizarea de tabere educaționale.

În cadrul organizației RCE Speranța Copiilor funcționează școala Rază de Soare, un centru educațional care lucrează pentru integrarea copiilor cu dizabilități în sistemul educațional. Școala are șase clase, fiecare cu șase-șapte copii cu vârste cuprinse între 3 și 14 ani, care trăiesc fie cu familiile, fie în centre de plasament din Arad și împrejurimi. Fiecare clasă are un învățător și un asistent educațional.

Fiecare elev beneficiază de un plan educațional conceput astfel încât să îi întâmpine nevoile specifice, incluzând activități ca citire, matematică, scriere, motricitate fină și grosieră, limbaj și socializare.

În plus față de educația specială, elevii beneficiază de psihoterapie, logopedie și consiliere asigurate de personal specializat. Programele de socializare ale școlii au loc de două ori pe săptămână și includ mersul la teatru de păpuși,

în excursii, în parc, cu tramvaiul, vizitarea unei ferme, a unei brutării sau companie de transport. În timpul anului școlar se organizează sărbătorirea unor zile precum Crăciunul, 8 martie, Paștele și finalul anului școlar.

Centrul educațional are 29 de angajați, dintre care 21 sunt învățători. În 2009 Ministerul Educației a aprobat extinderea serviciilor educaționale ale școlii pentru a include un gimnaziu special și o grădiniță specială. În 2014, 60 de copii au fost admiși și șase copii erau pe liste de așteptare. Bugetul lunar al centrului este de 11.000 lei plus donații (de exemplu, pentru consumabile, hrană și îmbrăcăminte).

Activitățile extracurriculare includ un cor de clopote, cusut tapițerie, ore de informatică, muzică, mișcare, înot și mersul la cumpărături. Copiilor le sunt asigurate transportul la școală și două mese și o gustare zilnice, de luni până vineri.

Sursa: <http://www.rcesperantacopiilorarad.org/>

Copiii romi

În România, populația de etnie romă se confruntă cu formele cele mai răspândite și mai severe de deprivare, dintre acestea lipsa accesului la educație fiind de o relevanță și gravitate deosebite. Studiul recent al Băncii Mondiale²³² (Banca Mondială, 2014) privind creșterea incluziunii sociale a romilor în România a atras atenția asupra unor date alarmante legate de participarea la educație a copiilor romi. Rata de participare a acestor copii, la toate nivelurile de învățământ, este semnificativ mai mică decât în rândul copiilor non-romi, inegalitate ce crește considerabil la nivelul învățământului secundar superior.²³³

Puțini copii romi au acces la educație preșcolară de calitate. Doar 37% dintre copiii romi, cu vârste între 3 și 6 ani, sunt înscriși în unitățile preșcolare, față de 63% dintre vecinii lor non-romi. Această slabă cuprindere în învățământul preșcolar afectează negativ pregătirea pentru școală a copiilor romi, precum și șansele acestora de a urma studii superioare și de a dobândi calificări profesionale mai târziu în viață. Potrivit datelor internaționale, stimularea intelectuală precoce în familie sau în unitățile preșcolare favorizează dezvoltarea abilităților cognitive și socio-emoționale, îmbunătățind șansele socio-economice ale copilului ulterior în viață, mai ales în cazul categoriilor vulnerabile (Kendall et al, 2008). De exemplu, în timp ce doar 5% dintre copiii romi de 4-6 ani ce nu merg la grădiniță pot identifica cel puțin 10 litere din alfabet, procentul ajunge la 40% în aceeași grupă de vârstă în cazul celor ce frecventează grădinița (Banca Mondială, 2014). Costurile educației preșcolare contribuie la rata redusă de cuprindere a copiilor romi. Părinții copiilor romi din unitățile preșcolare raportează cheltuieli cu grădinița de 7,50 EUR pe lună, aproximativ 4% din venitul gospodăriei lor, copiii aducându-și prânzul de acasă în peste trei cincimi din cazuri. Cu toate că aceasta poate părea o sumă destul de mică, costurile sunt totuși invocate frecvent de către părinții romi ca un lucru ce îi împiedică să își trimită copiii la grădiniță. Numărul mic de locuri disponibile în grădinițele locale și calitatea, în general, redusă a educației timpurii din comunitățile rome limitează și mai mult accesul copiilor romi.

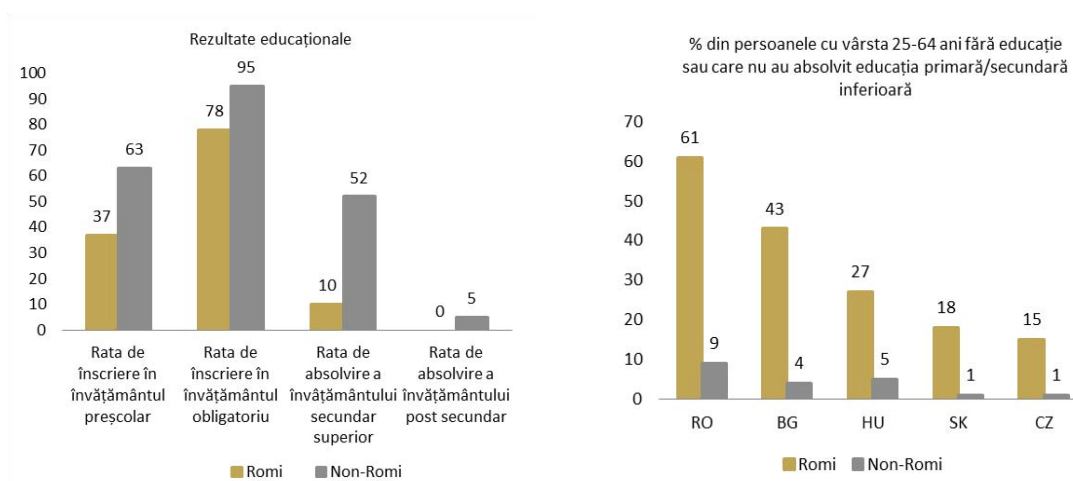
Rata de participare a copiilor romi la învățământul obligatoriu este scăzută. Rezultatele studiului referitor la romii din Europa centrală și de sud-est, realizat de UNDP, Banca Mondială și Comisia Europeană în 2011, arată că rata de cuprindere în învățământul obligatoriu este semnificativ mai redusă în cazul romilor decât în rândul non-romilor (78% comparativ cu 95%). În același studiu, se afirmă că principalele motive invocate de părinții copiilor romi pentru a explica de ce nu merg la școală copiii lor sunt „costurile prea mari,” sentimentul că aceștia sunt deja „suficient de educați” sau „trebuie să lucreze ca să câștige bani.” Creșterea participării copiilor romi la învățământul obligatoriu presupune ca responsabilii de politici să întreprindă acțiuni, precum:

²³² În baza datelor din studiul privind romii din Europa, realizat de UNDP, Banca Mondială și Comisia Europeană în 2011

²³³ Datele referitoare la romi trebuie interpretate cu precauție – fiecare din sursele de date are propriile lipsuri (studiul referitor la comunitățile rome nu estimează corect situația romilor dispersați, în timp ce recensământul subestimează numărul romilor și surprinde, cel mai probabil, doar romii cei mai defavorizați – ceilalți nedeclarându-și etnia).

- Dezvoltarea unui sistem de avertizare timpurie care să identifice elevii cu risc de abandon școlar și care ar permite școlilor să ia măsuri eficiente înainte ca elevii să se îndepărteze de școală, să absenteze sau chiar să renunțe la studii. Ministerul Educației ar putea contracta experți români sau internaționali să găsească instrumentele cele mai fiabile și mai eficace pentru identificarea copiilor dezavantajați în situație de risc, atât din comunitățile rome, cât și din cele non-rome.
- Extinderea și dezvoltarea activităților de mentorat și remediale pentru a ajuta elevii să depășească dificultățile școlare, sociale sau personale. Printr-o abordare unu la unu (mentorat) sau în grupuri mici (meditații), elevii ar beneficia de sprijin ținut din partea cadrelor didactice, a membrilor comunității și a colegilor lor.
- Alte politici ar putea include: (i) transformarea școlilor în unele mai incluzive, relevante și prietenoase pentru copiii rome; (ii) facilitarea implicării părinților în educație; (iii) investirea în transportul copiilor rome ce locuiesc departe de școli.

Figura 54: Discrepanța rezultatelor din domeniul educației între rome și non-rome



Sursa: Gatti and dePaz (2014).

Politicile din domeniul educației și al ocupării forței de muncă ar trebui să vizeze creșterea competențelor și a angajabilității copiilor rome, într-o manieră coordonată. Romii prezintă o rată redusă de absolvire a învățământului secundar. În România, acesta durează patru ani: clasele IX-X (învățământ secundar inferior) sunt obligatorii, în timp ce clasele XI-XII (învățământ secundar superior) nu sunt. Nu constituie o surpriză faptul că doar 10% dintre adulții de etnie romă (definiți ca persoanele cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani) au absolvit toate cele patru clase ale învățământului secundar, în puternic contrast cu cei 58% dintre vecinii lor non-rome și cu rata de absolvire chiar mai ridicată de la nivelul întregii populații. Rata de absolvire este deosebit de scăzută în rândul femeilor rome. Discrepanța între cuprinderea romilor și a non-romilor este mai mare la nivelul tinerilor de 16-19 ani. Doar 18% dintre femeile rome și 29% dintre bărbații rome din această grupă de vârstă sunt încă înscriși la școală, în timp ce doar 23% dintre tinerii rome urmează învățământul secundar superior (comparativ cu 83% dintre non-romi). Și alți indicatori punctează în aceeași direcție. Nivelul de cunoștințe de operare a calculatorului și rata de participare la formarea profesională sunt aproape cu jumătate mai mici în rândul romilor decât în cazul vecinilor lor non-romi. Din cauza discrepanțelor semnificative de la nivelul dezvoltării și educației timpurii a copilului, romii au mai puține șanse de angajare la maturitate decât non-romii. Acțiunile pe care responsabilii de politici ar trebui să le aibă în vedere pentru a elimina acest decalaj includ:

- Extinderea și eficientizarea programului de mediatori școlari rome
- Introducerea educației de tipul „A doua șansă” și a stagiilor profesionale, inclusiv a programelor de alfabetizare a adulților

- Crearea unor programe de practică, stagii și plasare în posturi administrative la nivel central, regional și local, mai ales pentru femeile române tinere.

Dezvoltarea capacității personalului didactic este esențială pentru acordarea eficientă a unei educații incluzive copiilor romi. Următoarele acțiuni ar putea fi avute în vedere:

- Dezvoltarea și introducerea modulelor de competență culturală în cadrul curriculumului obligatoriu pentru formarea inițială și continuă a funcționarilor publici
- Extinderea curriculumului universitar pentru formarea profesorilor, cu cursuri centrate pe predarea copiilor din categoriile dezavantajate (inclusiv a celor romi)
- Efectuarea de practică la clasele din școlile dezavantajate, care să însoțească măsurile de mai sus.

Pentru a asigura o incluziune amplă a populației române, combaterea stereotipurilor negative este crucială. Copiii romi sunt adesea excluși în școală din cauza etniei lor. Un studiu UNICEF (Stănculescu et al, 2012:63) arată că riscul de abandon școlar și cel de părăsire timpurie a școlii sunt corelate negativ cu nivelul de educație al părinților, venitul gospodăriei și cheltuielile pentru școală ale gospodăriei. De asemenea, sunt corelate pozitiv cu apartenența etnică (de exemplu, cea română), mediul rural, numărul mare de copii în gospodărie și rangul copilului în familie²³⁴. În familiile cu mulți copii, cei mai mici prezintă un risc mult mai ridicat de a părăsi școala timpuriu decât frații lor mai mari. Cu toate acestea, în modelele de regresie multiplă²³⁵, etnia a fost singurul determinant semnificativ al riscului de abandon școlar sau al celui de părăsire timpurie a școlii. Așadar, identificarea unui elev ca român de către un profesor crește considerabil riscul acestuia de a termina cel mult opt clase, toate celelalte aspecte fiind egale sau constante. Aceasta reflectă existența discriminării copiilor romi în școli, o constatare ce confirmă evidențele legate de atitudinea negativă față de romi, foarte des întâlnită în rândul părinților, al membrilor autorităților locale, profesorilor, directorilor de școală și chiar al copiilor non-romi. Cercetările întreprinse în unele dintre cele mai mari comunități române arată că românii se confruntă frecvent cu remarci discriminatorii în școli (ERRC, 2013: 10). Așa cum am prezentat în capitolul referitor la participarea socială, românii sunt în continuare afectați de discriminare și prejudecăți în România din cauza etniei lor, în ciuda eforturilor continue ale autorităților române, societății civile și donatorilor internaționali de a combate această problemă. Unele măsuri menite să elimine această problemă socială sunt sugerate în același capitol, la care se pot adăuga următoarele recomandări:

- Introducerea unui ombudsman terț care să monitorizeze respectarea principiilor nediscriminării de către furnizorii de servicii publice (de exemplu, asistență medicală, programe de asistență socială și școli)
- Aplicarea mai eficientă și mai consistentă a legislației împotriva discriminării prin modificarea legii și a cadrului instituțional al Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării

Pentru a asigura incluziunea eficientă a populației române, vor fi esențiale adoptarea riguroasă a politicilor anti-segregare și continuarea desegregării școlilor române. Discriminarea și prejudecățile duc la segregare, clase segregate și chiar școli segregate. Așa cum se arată într-un raport de cercetare recent, prejudecățile etnice ale profesorilor reprezintă unul dintre principalele obstacole ce împiedică desegregarea (Fox, 2012:2). În consecință, șansele copiilor romi de a-și dezvolta abilitățile sunt restricționate și mai mult de gradul ridicat al segregării elevilor de etnie română în clase. Aproape un sfert dintre copiii romi cuprinși în prezent în învățământul general se regăsesc în clase în care majoritatea elevilor sunt romi (Banca Mondială, 2014). Acesta este un lucru îngrijorător, în condițiile în care evidențele arată că segregarea școlară are puternice implicații negative la nivelul calității educației și dezvoltării abilităților elevilor romi. Rezultatele studiilor internaționale sugerează faptul că elevii din

²³⁴ În familiile cu mulți copii, cei mai mici prezintă un risc mult mai ridicat de a părăsi școala timpuriu decât frații lor mai mari.

²³⁵ Păstrând toate celelalte aspecte egale, apartenența la etnia română crește semnificativ probabilitatea unui copil de a abandona sau părăsi timpuriu școala, indiferent de vârsta, genul și starea sa de sănătate, nivelul de educație al mamei, numărul de copii în familie, numărul de părinți prezenți, situarea gospodăriei și cheltuielile gospodăriei legate de educație (sau venitul gospodăriei).

școlile integrate, atât romi, cât și non-romi, obțin performanțe mai bune la testele standardizate de înțelegere a unui text scris și în ceea ce privește dezvoltarea abilităților necognitive și a unei atitudini tolerante (Kezdi și Suranyi, 2009). Cadrul strategic PTS (Banca Mondială, 2014) recomandă guvernului să ajute comunitățile și școlile să realizeze un echilibru demografic reprezentativ la nivelul claselor. Cadrul sugerează un set de activități care ar putea deschide familiile, comunitățile și școlile către romi și alte grupuri culturale minoritare. Această inițiativă ar urma să fie însoțită de evenimente comunitare punctuale, în scopul diseminării informațiilor legate de incluziunea socială pentru a destrăma miturile create adesea în legătură cu minoritățile etnice. Propune de asemenea desemnarea mai multor mediatori care să ajute directorii școlilor să asigure un echilibru etnic în clase și să faciliteze dialogul cu părinții.

Investirea în mediatori școlari poate fi benefică în cazul romilor deoarece acești mediatori par a juca un rol pozitiv în creșterea nivelului de participare a copiilor romi la învățământul obligatoriu. Numărul mediatorilor școlari este mic și a scăzut în ultimii ani. Un studiu recent al ONG-ului Împreună arată că peste jumătate (55%) dintre școlile studiate nu au un mediator școlar, inclusiv școlile cu copii romi în proporție de peste 50%. Între 2003 și 2013, prin diverse programe, în România au fost formați în total 1.001 mediatori școlari, însă doar 232 erau angajați de către Ministerul Educației ca mediatori școlari la nivel național în decembrie 2013. Unii primari au direcționat resursele pentru programul de mediatori romi spre alte domenii, iar în alte cazuri, mediatorii romi au renunțat la post din cauza salariilor mici. Pe viitor, va fi vitală realizarea unei mai bune reglementări a rolului mediatorilor romi. De exemplu, în prezent, directorii cer mediatorilor să efectueze sarcini administrative sau chiar activități de curățenie. În alte cazuri, sunt solicitați să predea copiilor romi în timp ce profesorii predau exclusiv elevilor non-romi (Banca Mondială, 2014:19).

Copiii din mediul rural și zonele urbane marginalizate

Vor fi necesare investiții suplimentare în școlile rurale în vederea asigurării accesului egal la o educație de calitate copiilor din mediul rural defavorizat. Zonele rurale sunt dezavantajate față de orașe (vezi capitolul referitor la comunitățile rurale marginalizate), la fel și școlile rurale în comparație cu cele urbane, în ceea ce privește fondurile disponibile, resursele umane, infrastructura și accesibilitatea.

Deși metodologia de stabilire a costurilor pentru finanțarea pe elev folosește un factor de corecție în favoarea școlilor rurale, în numeroase cazuri nu reușește să compenseze aceste școli pentru numărul mic de elevi din clase. Prin urmare, școlile cu un număr mai mic de elevi beneficiază de un buget insuficient și sunt supuse periodic mecanismului de reechilibrare bugetară pentru a acoperi salariile și taxele. Bugetul pe care îl au la dispoziție pentru „cheltuieli materiale”²³⁶ este, de asemenea, foarte redus și nu le permite să se dezvolte sau să achiziționeze toate dotările necesare. Costul standard pe elev pentru achiziția de bunuri și servicii este de 296 RON în mediul rural, față de 347 RON în mediul urban.

În ciuda investițiilor constante, multe școli rurale, mai ales cele mai mici din satele izolate, dețin în continuare o infrastructură proastă și sunt slab dotate cu materiale didactice și echipament modern, precum TIC și conexiune la Internet. Multe dintre ele nu au primit autorizația sanitară din cauza lipsei toaletelor și sistemelor de canalizare corespunzătoare. Mai mult, numeroase școli rurale nu au sisteme de încălzire sigure și eficiente.

În mediul rural, există un număr mic de profesori calificați cu normă întreagă, prin urmare școlile a trebuit să angajeze, cu timp parțial, numeroși profesori slab calificați, care fac naveta. În consecință, se remarcă fluctuația ridicată a personalului în școlile rurale.

²³⁶ Acesta acoperă toate costurile legate de întreținerea și funcționarea unității de învățământ, inclusiv achiziția de bunuri, reparații, cărți și publicații pentru bibliotecă, cheltuieli efectuate pentru organizarea unor sesiuni de formare și alte costuri autorizate de prevederile statutare.

Nivelul limitat de infrastructură de calitate, directori și profesori se observă în mediul rural la toate nivelurile de învățământ, dar în special în sistemul de învățământ și formare profesională și tehnică. Profesionalizarea tot mai mare a agriculturii face necesară punerea la dispoziția elevilor din mediul rural a unor programe relevante de educație generală și tehnică. Cadrul strategic PTS (Banca Mondială, 2014) include recomandări ce reflectă prioritățile stabilite în Strategia națională pentru dezvoltarea sectorului agroalimentar²³⁷.

Este esențial să se facă investiții în infrastructura de transport și proiecte conexe pentru a asigura accesul la educație de calitate copiilor din comunitățile rurale izolate și prost conectate. Există două programe ce oferă sprijin majorității elevilor care fac naveta spre și dinspre școală, mai precis autobuzele școlare gratuite și decontarea transportului. În anul școlar 2012/2013, au funcționat 2.238 de autobuze școlare la nivelul țării, iar Ministerul Educației a raportat că s-a decontat transportul pentru un număr total de elevi cuprins între 150.000 și 170.000. În timp ce programul de transport școlar s-a implementat la o scară mult mai mare în 2013 și 2014, decontarea transportului a fost întârziată și redusă atât ca buget total, cât și ca metodă de evaluare, astfel încât suma medie decontată unui copil pentru aceeași distanță a fost aproape înjumătățită.²³⁸ Numărul copiilor din mediul rural al căror transport la și de la școală nu este decontat este încă ridicat.²³⁹ Această problemă afectează, în special, copiii preșcolari și elevii din învățământul primar și secundar ce trăiesc în zonele izolate lipsite de drumuri funcționale. Multe gospodării rurale ce trăiesc din agricultura de subsistență nu își permit cheltuielile de transport implicate de școlarizarea copiilor lor. De asemenea, nu este eficient din punct de vedere educațional ca elevii să locuiască departe de școală. Acest lucru se întâmplă însă în cazul câtorva școli profesionale mari ce oferă pregătire și educație multor adolescenți de la țară, pentru care programul de decontare a transportului este vital, mai ales pentru cei din familii cu venituri mici. Așadar, acest program extrem de popular trebuie, ca o prioritate, să revină la nivelul sprijinului inițial. Responsabilii de politici pot avea în vedere câteva alte acțiuni, inclusiv:

- Extinderea serviciului de transport școlar pentru a cuprinde și transportul copiilor preșcolari (și al părinților, acolo unde este vorba de distanțe mai lungi) din mediul rural, dacă nu există alte mijloace de transport.
- Revizuirea programului de transport școlar pentru a include criterii clare și explicite, precum numărul copiilor cu nevoi speciale ce frecventează o școală fără internat și care au nevoie de transport la și de la școală.
- Acordarea de sprijin financiar adecvat localităților în care sunt disponibile autobuze pentru a asigura sustenabilitatea programului. În prezent, combustibilul și salariile șoferilor sunt, de obicei, finanțate printr-o combinație de plăți directe efectuate de autoritățile județene și plăți din bugetul școlii.
- Crearea unei scheme de evaluare a nevoilor pentru copiii din familiile sărace și vulnerabile prin care să se acopere integral costul transportului în cazul în care actuala schemă de transport nu face acest lucru.
- Investirea în internate școlare.

²³⁷ Aceste recomandări includ măsuri privind: (i) „accelerarea tranziției structurale spre o agricultură viabilă economic în paralel cu alinierea la tendințele demografice și asigurarea unei reduceri echitabile a surplusului de forță de muncă din agricultură” și (ii) „redobândirea statutului de exportator agroalimentar net, în concordanță cu potențialul de producție sectorial și ca răspuns la cererea crescândă de alimente la nivel mondial.”

²³⁸ Potrivit unui raport de monitorizare al Ministerului Educației, în 2013, întârzierea de șase luni și restrângerea programului au fost consecința costurilor ridicate neprevăzute ale biletelor (ce trebuiau decontate). Valoarea biletelor a variat mult de la o localitate la alta, cea mai ridicată fiind de 10 ori mai mare decât prețul biletului cel mai ieftin pentru o călătorie pe aceeași distanță.

²³⁹ Un raport public a indicat faptul că nu există autobuze școlare sau o altă soluție sustenabilă pentru transportul local al copiilor spre și dinspre școală în mai multe județe – Argeș, Mehedinți, Vaslui și Suceava (Avocatul Poporului, 2013). În ceea ce privește decontarea transportului, numărul efectiv de elevi ce fac naveta pentru a ajunge la școală în alte județe este mai mare decât numărul celor ce solicită decontarea transportului pentru că unii elevi apelează la serviciile de transport ale furnizorilor privați care nu emit întotdeauna bilete de transport.

Sunt necesare și investiții sporite la nivelul școlilor dezavantajate din zonele urbane marginalizate. În mediul urban, există unele școli cu un număr mare de copii aparținând categoriilor vulnerabile, inclusiv copii cu cerințe educaționale speciale, copii cu dizabilități, copii romi sau copii din familii cu venituri mici ori foarte sărace. Unele dintre aceste școli urbane sunt și segregate, fie geografic, fie etnic, fie din ambele puncte de vedere, mai ales cele cu mulți copii din zonele marginalizate. Majoritatea școlilor urbane dezavantajate dețin o infrastructură similară cu cea a școlilor normale, însă unora (cu precădere cele segregate) le pot lipsi facilități sanitare și încălzire adecvată. În majoritatea acestor școli lipsesc materialele didactice și echipamentul modern și se observă o fluctuație ridicată de personal deoarece profesorii tineri, fără experiență, aleg să plece să lucreze altundeva cu prima ocazie. Acest lucru are un efect negativ asupra copiilor având în vedere că profesorii mai tineri dețin cunoștințe limitate pentru a lucra cu copiii vulnerabili (și familiile lor). Fluctuația ridicată a personalului duce la lipsa continuității îngrijirii și atenției acordate elevilor cu nevoi, iar legăturile și relația de încredere între profesori, pe de o parte, și elevi și familiile lor, pe de alta, devin mai fragile (Coleman, 1988). Statutul și reputația acestor școli sunt de asemenea scăzute, în consecință părinții mai înstăriți tind să le ocolească.

Programul de reabilitare a infrastructurii școlare,²⁴⁰ inițiat în 2004 și implementat până la data de 31 decembrie 2015, vizează reabilitarea, modernizarea și mobilarea școlilor din învățământul primar și secundar. Programul este gestionat de Ministerul Educației și finanțat printr-un împrumut de la Banca Europeană de Investiții și Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei. Principalul său obiectiv este reabilitarea, modernizarea și mobilarea a 1.336 de școli din învățământul primar și secundar din România și a 16 cămine, în ideea de a restabili siguranța clădirilor școlare și a îmbunătăți condițiile sanitare și de confort. În 2013, programul s-a desfășurat în 320 de localități din România, cu o alocare de 250 milioane de RON. Cu toate acestea, sunt necesare mai multe investiții în acest domeniu.

Mecanisme de finanțare care răspund nevoilor elevilor și ale școlilor

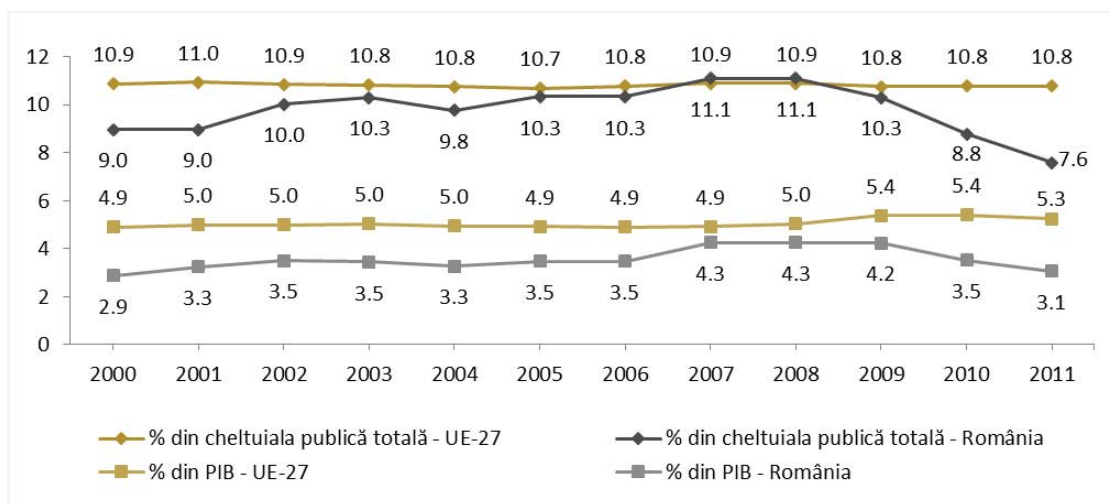
Înainte de toate, îmbunătățirea calității și a echității sistemului de învățământ din România va presupune mărirea finanțării totale acordate educației. În România, nivelul finanțării ce revine educației se numără printre cele mai mici din Europa și continuă să scadă. Cheltuielile totale cu educația ca procent din PIB s-au diminuat substanțial, de la 4,25% în 2007 la 3,1% în 2011 (Figura 55:). Suma pe care o cheltuie un guvern într-un anumit sector social depinde parțial de constrângerile sale fiscale generale, parțial de prioritatea dată acelui sector în momentul alocării resurselor publice.²⁴¹ Așadar, contextul fiscal al țării²⁴² reprezintă principalul determinant al cheltuielilor relativ scăzute din domeniul educației, România înregistrând un nivel al cheltuielilor publice totale de 39,4% din PIB (în 2011) față de media UE-27 de 47,9%. Cu toate acestea, cheltuielile publice cu educația reprezintă doar 7,8% din cheltuielile publice totale (în scădere de la 11,1% în 2007) comparativ cu valoarea constantă de 10,8% de la nivelul UE, ceea ce înseamnă că autoritățile centrale acordă o prioritate destul de redusă sectorului educației. În plus, cheltuielile private din învățământ au scăzut de asemenea în România, de la 0,5% din PIB în 2007 la 0,11% din PIB în 2011, nivelul fiind aproape de șapte ori mai mic decât media UE-27, și anume 0,74%.

Figura 55: Relația dintre cheltuielile cu educația, contextul fiscal și prioritatea acordată sectorului educației în România și în UE-27 în 2011 (%)

²⁴⁰ <http://www.schoolrehabilitation.ro/>.

²⁴¹ Această relație a fost demonstrată pentru sectorul sănătății de către Kutzin și Jakab (2010).

²⁴² Contextul fiscal se referă la capacitatea actuală și estimată de cheltuire a unui guvern. Țările mai bogate sunt în general mai eficiente în ceea ce privește colectarea veniturilor din taxe și, astfel, au un nivel mai ridicat de cheltuieli publice ca procent din PIB, în timp ce atunci când o țară are un spațiu fiscal mai limitat, rezultatul este de obicei un nivel mai redus al cheltuielilor publice, inclusiv pentru educație și sănătate.



Sursa: Eurostat.

Caseta 34: Îmbunătățirea echității și calității educației

Raportul OCDE din 2012, *Echitatea și calitatea în educație*, a prezentat strategiile de finanțare necesare pentru a îmbunătăți echitatea și calitatea educației, după cum urmează: „Resursele disponibile și modul în care sunt cheltuite acestea influențează oportunitățile de învățare ale elevilor. Pentru a asigura echitate și calitate în învățământ, strategiile de finanțare ar trebui: să garanteze accesul la educația și îngrijirea timpurie a copilului (ÎETC) de calitate, în special în cazul familiilor dezavantajate; utilizarea strategiilor de finanțare, precum formulele ponderate de finanțare, care țin seama de posibilele costuri educaționale mai ridicate în cazul elevilor dezavantajați. În plus, este important să se creeze un echilibru între descentralizare /autonomie locală și responsabilizare la nivelul resurselor pentru a asigura sprijin elevilor și școlilor celor mai dezavantajați.”

Sursa: OCDE (2012: 10-11).

Finanțarea pe elev a școlilor române are la bază o formulă ponderată care ține seama de posibilele costuri educaționale mai ridicate decât media în cazul elevilor dezavantajați.²⁴³ Aceste costuri pe elev se aplică doar finanțării de bază. Costurile asociate educării copiilor săraci și vulnerabili se încadrează în secțiunea bugetului referitoare la finanțarea complementară sau suplimentară. Finanțarea complementară acoperă cheltuielile aferente cantinelor, internatelor școlare, alocațiilor școlare și programelor naționale de sprijin (de exemplu, cele ce vizează costul rechizitelor și bursele pentru liceeni), și se acordă din bugetele autorităților locale, din deducerea TVA. Finanțarea suplimentară finanțează programe ce încurajează minoritățile etnice să se înscrie la școală, programe de prevenire a abandonului școlar și de sprijin pentru elevii cu probleme sociale sau dizabilități. Finanțarea suplimentară se acordă de la bugetul central și local. În ciuda acestor surse variate de finanțare, majoritatea directorilor de școală raportează faptul că bugetele lor abia reușesc să acopere cheltuielile de bază (în principal salariile) (Fartușnic et al, 2014).

Finanțarea pe elev a școlilor române nu pare să răspundă nevoilor actuale ale școlilor care deserveșc sau sunt situate în comunitățile dezavantajate, mai ales în mediul rural. În cadrul finanțării de bază, costurile unitare pe elev²⁴⁴ iau în calcul caracteristicile școlilor, inclusiv situarea lor (în mediul urban sau rural), nevoile acestora legate de utilități (pentru cele cu facturi mai ridicate la utilități pe timpul iernii), nivelul de învățământ (preșcolar, primar sau secundar), profilurile educaționale pe care le oferă (cu alte

²⁴³ Noul sistem de finanțare a fost introdus prin Legea educației naționale din 2011 și implementat mai târziu prin hotărâri de guvern care prevăd metodologia de stabilire a costurilor și de alocare (HG 1274/2011 și HG 1165/2013), precum și costurile standard propriu-zise. O prevedere legislativă ulterioară (HG 344/2013) permite redistribuirea fondurilor bugetare școlilor în cazul în care alocarea pe elev nu acoperă toate cheltuielile.

²⁴⁴ Costul unitar de referință este decis anual prin ordonanță de guvern și este estimat pentru un elev din ciclul gimnazial din mediul urban prin împărțirea valorii salariului mediu de profesor la numărul mediu de elevi pe profesor.

cuvinte, teoretic, profesional ș.a.m.d.), forma de învățământ (zi, cu frecvență redusă sau la distanță) și tipul (public sau privat). Finanțarea școlilor este descentralizată autorităților locale, deși statul stabilește formula pe elev pentru a se asigura că școlilor nu le lipsesc fondurile, indiferent de cât de limitate sunt posibilitățile locale de generare a veniturilor. Cu toate acestea, un studiu recent al UNICEF (Fartușnic et al, 2014) arată că multe unități școlare înregistrează sistematic un deficit bugetar, cu precădere următoarele categorii de școli:

- Școlile din satele mici cu un număr de elevi în scădere, care nu reușesc de obicei să atragă copiii din localitățile învecinate pentru a-și mări efectivul de elevi
- Școlile, de obicei din mediul rural, care și-au pierdut statutul oficial din cauza numărului de elevi sub minimul legal, devenind astfel parte a unei instituții mai mari a cărei conducere transferă doar suma minimă școlii
- Școli mari prestigioase cu personal extrem de calificat, din mediul urban (cu salarii ridicate)
- Școlile profesionale în care procesul pedagogic implică activități unu la unu
- Școlile de ucenici unde activitățile de învățare practică necesită materiale scumpe.

Așadar, multe școli rurale întâmpină serioase dificultăți financiare ce afectează negativ calitatea educației pe care o oferă. Acest lucru se întâmplă chiar dacă formula de finanțare este ponderată în favoarea școlilor rurale pentru a compensa efectivul redus de elevi al claselor. Intenția declarată a Ministerului Educației de a închide școlile nesustenabile din punct de vedere financiar din zonele izolate contravine nevoii de a asigura accesul tuturor copiilor la educație. Un sistem de finanțare mai echitabil, care să includă criterii sociale în calculul finanțării pe elev, ar permite unora dintre aceste școli să devină sustenabile și să rămână deschise.

În plus, finanțarea suplimentară, a avut o propunere de formulă ponderată pentru copiii aflați în situații vulnerabile care nu a fost aplicată și trebuie revizuită și acordată corespunzător tuturor școlilor de masă în care sunt înscriși astfel de copii. Finanțarea de bază include o serie de factori de corecție care acoperă costurile suplimentare ale școlilor ce predau copiilor în limbile minorităților. Categoriile vizate de propunerea pentru acești factori de corecție ai finanțării suplimentare sunt ilustrate în Tabel 35.

Tabel 35: Factori de corecție pentru finanțarea suplimentară

Categorii de elevi vulnerabili	Factori de corecție	Observații
Elevi de etnie romă	3,07%	Aplicat doar dacă există programe speciale pentru acești elevi la nivelul școlii.
Elevi cu dizabilități	2,59%	Aplicat dacă sunt copii cu dizabilități în școală.
Elevi din categoriile dezavantajate	6,31%	Aplicat doar dacă există programe speciale pentru acești elevi la nivelul școlii.
Elevi cu CES	0,68%	Aplicat doar dacă există programe speciale aprobate pentru acești elevi.
Elevi cu nevoi sociale speciale	zonă cu risc mare – 0,65%	Depinde de zona în care este situată școala, gradul de risc fiind determinat de Direcția Județeană de Statistică.
	zonă cu risc mediu – 0,43%	
	zonă cu risc redus – 0,21%	

Sursa: www.isj.dj.edu.ro.

Notă: Propunerea de factorii de corecție se aplică doar asupra costului unitar standard.

Finanțarea suplimentară este disponibilă școlilor de masă doar dacă elaborează programe speciale pentru acei copii. Așa cum am prezentat anterior, programele respective trebuie integrate în curriculumul școlii, după un lung și complicat proces de aprobare. În consecință, deși au o proporție de elevi dezavantajați peste medie, aceste școli dețin resurse limitate și, în general, nu reușesc să implementeze nicio activitate care să sprijine elevii cu risc de repetenție, absentism sau abandon școlar.

Responsabilii de politici ar trebui să ia în considerare posibilitatea acordării finanțării suplimentare prin contabilizarea tuturor copiilor din familiile foarte sărace, având în vedere riscul crescut al acestora de a abandona sau părăsi timpuriu școala. Un studiu recent al UNICEF (Fartușnic et al, 2014) a evaluat mai

multe măsuri alternative pentru creșterea egalității în învățământul românesc, concluzionând că măsura cea mai simplă și mai eficientă ar fi să se asigure că familiile acestor elevi beneficiază de venitul minim garantat (care se va numi în curând venitul minim de inserție - VMI). Avantajele aplicării acestei măsuri sunt următoarele: (i) este o prestație acordată la nivel național, în baza unor criterii standard; (ii) contribuie la identificarea familiilor cu cel mai mare risc de excluziune socială; (iii) anchetele sociale aferente sunt efectuate de direcția de asistență socială a autorității locale. Aceste venituri suplimentare ar putea fi folosite de către școală doar în cadrul său și doar pentru a acoperi costul serviciilor adresate copiilor eligibili, precum mese calde, programe *after-school*, programe speciale de sprijin și stimulente care să atragă profesorii să lucreze cu copiii din categoriile dezavantajate.

2.4.6. Creșterea eficacității programelor de protecție socială la nivelul educației

Guvernul României și autoritățile locale aplică numeroase scheme de ajutor financiar și în natură, menite să ajute familiile sărace și vulnerabile să depășească barierele financiare ce împiedică școlarizarea copiilor lor. Aceste scheme sunt prezentate pe scurt în Tabel 36. Însă, cu toate aceste programe financiare, elevii invocă barierele financiare ca principala cauză a neparticipării lor la învățământul secundar superior. Rata abandonului în licee este în creștere, observându-se o scădere a numărului solicitanților la nivelul majorității schemelor. Individual și colectiv, schemele nu au reușit să oprească declinul acut al participării la învățământul secundar superior în România.

Tabel 36: Sinteza schemelor de ajutor financiar și în natură menite să faciliteze accesul la educație al elevilor dezavantajați

Național	–	□	Programul „Bani de liceu” oferă lunar o bursă în bani consistentă (180 lei sau 51 USD) liceenilor din clasele IX-XII ce aparțin decilului celui mai sărac.
		□	Programul de burse profesionale oferă lunar o bursă în bani și mai consistentă (200 lei sau 57 USD) elevilor din filiera profesională, indiferent de venit, atât în școlile publice, cât și în cele private.
		□	Programul de decontare a transportului rambursează valoarea efectivă a transportului (până la 50 de kilometri) elevilor ce merg la școală în altă localitate.
Național	–	□	Programul de rechizite școlare oferă un pachet standard de bunuri cu o valoare foarte redusă (25-30 lei sau 7-8,5 USD) o dată pe an elevilor din clasele I-VIII ce aparțin decilului celui mai sărac.
		□	Programul Euro 200 oferă un bon valoric unic familiilor din decilul cel mai sărac pentru achiziționarea unui calculator.
		□	Autobuzele școlare au fost cumpărate în scopul eliminării barierelor legate de transport, mai ales în mediul rural.
		□	Programul „Cornul, laptele și mărul” oferă alimente de bază tuturor elevilor din clasele 0-VIII.
Local		□	Se acordă o serie de burse locale, în special burse de excelență (pentru note mari), burse de studiu (pentru elevii cu note bune ale căror familii câștigă sub venitul minim pe economie pe membru de familie) și burse sociale (pentru elevii ale căror familii câștigă mai puțin de jumătate din salariul pe țară, pe membru de familie). Sumele acordate, criteriile de eligibilitate și acordarea efectivă a acestor burse sunt foarte flexibile;
		□	Decontarea de către autoritățile locale a 50% din cheltuielile de transport ale copiilor dezavantajați din localitate.

Conform teoriei prestațiilor de asistență socială, acolo unde există deja o piață, transferul monetar este, de obicei, cel mai potrivit tip de prestație ce poate fi oferit pentru că permite familiilor să își optimizeze alegerile din sfera consumului, așa cum reiese și din evidențele disponibile. Efectuarea unui transfer monetar mamei dintr-o familie crește șansele ca banii să fie cheltuiți pe copii și în scopuri productive. În zonele în care există piețe financiare prospere, transferul de bani în contul bancar sau pe cardul de economii al familiei poate promova incluziunea financiară și poate stimula realizarea de economii.

Cuantumul prestației ar trebui să fie suficient de ridicat pentru a preveni apariția unor dificultăți serioase, dar suficient de redus pentru a nu descuraja munca. Adăugarea unor condiții pentru primirea acestor transferuri monetare (mai precis, condiția ca familia să asigure continuarea studiilor de către copii) este cea mai eficientă soluție acolo unde există servicii disponibile ce nu sunt accesate din cauza constrângerilor financiare ale potențialilor utilizatori.

În țările cu multiple scheme de asistență socială, depunerea dosarelor implică adesea cheltuieli ridicate pentru familii, iar costurile administrative ale acestor scheme pot fi de asemenea mari. Când aceste programe funcționează în baza unor sisteme de gestiune informatică conectate la alte baze de date (cum ar fi evidențele fiscale, cartea funciară sau evidența populației), se poate reduce volumul de sarcini administrative necesare procesării fiecărei cereri, realizându-se în același timp verificări pentru identificarea cererilor frauduloase. Armonizarea criteriilor de eligibilitate și a formularelor de cerere pentru multiplele prestații și/sau introducerea automată în sistem în cazul în care un solicitant este eligibil pentru o altă schemă pot reduce costurile individuale ale solicitanților.

Se pot face următoarele observații în legătură cu actualul sistem de protecție socială, care vizează elevii săraci și vulnerabili:

- Trei scheme (programul de rechizite școlare, Bani de liceu și Euro 200) folosesc un prag al eligibilității extrem de scăzut, respectiv un venit de 150 lei (43 USD sau aproximativ 1,5 USD pe zi) pe adult. Venitul gospodăriilor din decila cea mai săracă (care câștigă un venit pe adult echivalent între 0 și 187 lei) se încadrează în acest nivel. Pragul nu a fost modificat în ultimii 10 ani, cu excepția creșterii sale la 200 lei timp de un an în programul „Bani de liceu”, în 2008, lucru care a oprit temporar declinul ratei de cuprindere în schemă, care a crescut cu 10% în acel an.
- În cadrul fiecărei scheme, solicitanții trebuie să prezinte numeroase acte legalizate și să se deplaseze la primărie pentru a le fi verificate documentele. În cazul programului de rechizite școlare, costurile de depunere a cererii sunt, se pare, egale sau mai mari decât valoarea bunurilor oferite, iar în cazul schemei Euro 200, elevul trebuie să acopere suma din prețul calculatorului ce depășește valoarea bonului valoric oferit.
- Familiile cu mulți copii trebuie să depună o cerere pentru fiecare schemă separat și pentru fiecare copil în parte, anual, ceea ce înseamnă cheltuieli mai mari pentru ele.
- În programul „Bani de liceu”, copilul trebuie să frecventeze școala un număr minim de ore (85%), fără posibilitatea de a reintra în program dacă nu îndeplinește acest prag, chiar dacă în mediul rural copiii de liceu sunt adesea implicați în munci agricole săptămâni sau luni la rând.
- Schema de decontare a transportului a fost afectată atunci când companiile de transport și-au mărit prețurile, conștiente că se decontează întreaga sumă, ceea ce a dus la o întârziere de șase luni a plăților către elevi. Unii furnizori de transport privați nu emit facturi.
- În programul „Bani de liceu”, elevii solicită și primesc banii prin școală (cash sau card), creându-se astfel câteodată riscul comiterii unor fraude minore de către administratorii școlilor. De asemenea, poate atrage riscul stigmatizării elevilor, care sunt văzuți că solicită și primesc bani de la biroul directorului în fiecare lună.
- În programul „Bani de liceu”, suma de bani acordată elevului depășește venitul pe adult al gospodăriei lor, ceea ce ridică niște semne de întrebare legate de utilizarea optimă a fondurilor. Mai mult, suma nu este mai mare în cazul elevilor din clasele opționale (a IX-a și a XII-a) și în care nu se mai oferă gratuit rechizite.
- Se mai pot face câteva observații generale legate de gestionarea acestor scheme. Cei implicați în administrarea schemelor (inclusiv directorii de școli, personalul de la inspectoratele școlare și din minister) sunt de părere că acestea încurajează participarea la liceu a elevilor din familiile sărace și vulnerabile. Cu toate acestea, nu am reușit să obținem evidențe care să arate că vreuna din aceste scheme au fost evaluate din punctul de vedere al impactului sau cost eficienței lor și se pare că Ministerul Educației Naționale nu a realizat nicio revizuire strategică a compatibilității și concordanței dintre schemele naționale și locale sau dintre programele implementate de diverse ministere la nivel național.

În plus, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV) gestionează o serie de scheme monetare de asistență socială, inclusiv alocația familială (ce va fi în curând integrată în venitul minim de inserție și care se acordă doar în baza școlarizării copiilor). Pragul de eligibilitate al alocației familiale a crescut de două ori în ultimii ani, ajungând la 530 lei. Acesta este de trei ori și jumătate mai mare decât pragul de 150 lei din programul „Bani de liceu”, însă nivelul prestației este de patru ori și jumătate mai mic, mai precis 40 lei (urmând să crească curând la 74 lei) comparativ cu prestația de 180 lei plătită prin programul „Bani de liceu”. Există suprapuneri majore între scheme la nivelul obiectivelor, iar inspectoratele școlare trebuie să transmită liste separate de prezență Ministerului Educației Naționale pentru schema „Bani de liceu” și Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice pentru programul de alocație familială.

Există câteva recomandări formulate în baza acestor observații, unele minore, altele ambițioase:

- Printre modificările tehnice minore ce ar putea fi luate în calcul se numără: (i) fuzionarea programelor de rechizite școlare și „Bani de liceu” într-o singură bursă în bani pentru toți elevii, crescând pragul de eligibilitate pentru schemele de ajutor financiar, (ii) limitarea programului de burse profesionale la elevii din mediile mai sărace (iii) și/sau restrângerea condițiilor impuse pentru solicitarea de sprijin în cadrul unora sau al tuturor schemelor.
- acțiune ambițioasă, la un nivel moderat, ar putea fi armonizarea condițiilor de solicitare a ajutorului și a pragurilor de eligibilitate pentru toate programele, rezultând astfel un proces unic de aplicare, cu înscrierea automată a elevilor pe tot parcursul anilor școlari (dacă nu au fost suspendați din cauza absențelor) și cu însărcinarea solicitantului de a informa administratorii de orice schimbare pozitivă survenită în situația gospodăriei lor.
- Mai ambițios ar fi să se restructureze întregul set de programe de ajutor financiar, să se admită că acestea intră în realitate în sfera asistenței sociale și să se integreze programele naționale de ajutor financiar în programul de alocație familială (care va deveni în curând VMI) al MMFPSPV, ce prezintă costuri reduse de depunere a dosarelor și o bună capacitate de monitorizare și control.

Caseta 35: Mese pentru copiii vulnerabili în școlile dezavantajate din Arad

Două sute de copii vulnerabili din șase școli dezavantajate din Arad sunt beneficiarii unui program local care le asigură o masă caldă pe zi. Acești beneficiari sunt copii din familii cu venituri sub 470 de lei pe membru de familie, expuse unui risc social extrem (riscul de a fi separați de familiile lor sau de abandon școlar) și care frecventează școala primară în școli locale selecționate.

Biroul de asistență socială din Arad, adică Direcția de Dezvoltare și Asistență Comunitară – DDAC, finanțează, coordonează și monitorizează programul. Cantina socială, deținută și operată de DDAC asigură cateringul, care este livrat după orele de curs la sediile școlilor selectate. Programul DDAC este suplimentat de un centru de zi, Curcubeu, unde copiii din școala cea mai săracă din oraș (i.e. Școala Nr. 2), aflată în proximitatea centrului de zi, iau parte la activități after-school și beneficiază de o gamă largă de servicii, incluzând sprijin alimentar; acest centru de zi deservește un total de 127 de copii săraci, majoritatea fiind de la Școala Nr. 2.

Obiectivele declarate ale programului de sprijin alimentar sunt păstrarea, remedierea și dezvoltarea capacităților unor astfel de copii și ale părinților lor de a rezista condițiilor critice care ar putea duce la separarea de familie sau la abandon școlar și sprijinirea copiilor în obținerea unor rezultate școlare cât mai bune. Au fost stabilite trei grupuri țintă: (i) copiii cu risc de a fi separați de părinți; (ii) copiii reintegrați în familii după ce au beneficiat de o măsură specială de protecție (cei care ies din „sistemul special de protecție”) și (iii) copiii cu risc de abandon școlar.

Costul mesei calde, subvenționat de autoritățile locale, este de 8 lei pe copil și acoperă doar finanțarea meselor asigurate de cantina socială. Costul programului destinat copiilor vulnerabili din școli dezavantajate este comparabil cu costurile acoperite de părinți pentru programele after-school din școlile bune, acestea fiind estimate ca variind între 6 și 12 lei (meniul fiind la discreția părinților).

Cadrul instituțional pentru program este oficializat printr-un protocol de cooperare între DDAC și Inspectoratul Școlar Județean – ISJ. O decizie a Consiliului Local stabilește, printre alte aspecte, pragul de eligibilitate de 470 RON

venit pe membru de familie, un prag mult mai ridicat decât cel din vechea Lege a cantinei sociale 208/1997 (care folosea pragul pentru o persoană singură din legea venitului minim garantat).

DDAC a trimis o cerere oficială către ISJ, care a selectat cele mai dezavantajate școli. Cu toate acestea, criteriile de selecție folosite nu sunt complet transparente, neexistând (la nivel național sau județean) un sistem pentru stabilirea celor mai dezavantajate școli. În aceste școli, dirigenții stabilesc o listă provizorie de copii, bazându-se pe cunoștințele pe care le au despre starea economică și socială a fiecărui elev și a familiilor acestora. DDAC face o anchetă socială și un dosar este alcătuit, acesta incluzând formularul de aplicație, documente de identitate și alte documente de stare civilă, precum și acte care să dovedească veniturile (salarii, pensii și ajutoare sociale). Aproximativ 10% din propunerile școlilor sunt respinse în urma anchetei sociale a DDAC.

Aspectele critice ale programului par să fie: (i) asigurarea cooperării părinților în procesul de aplicare; (ii) condiția ca mâncarea să fie livrată în recipiente individuale, așa cum cer condițiile sanitare, pentru școlile care nu au cantină sau sală de mese (ceea ce duce la o ușoară creștere a costurilor); (iii) procesul de selecție, cu mecanisme neclare de selecție pentru școli și copii.

În general, satisfacția cu programul pare să fie ridicată atât în rândul managerilor (DDAC, ISJ și școli), cât și al beneficiarilor. Masa caldă completă (de trei feluri) este considerată o intervenție excelentă, care *"ar putea fi singura mâncare gătită pe care acești copii o primesc într-o zi"*, conform declarației reprezentantului administrației unei școli. Programul este deosebit de relevant în contextul dezbaterii publice în desfășurare despre reajustarea sprijinului alimentar oferit în școli, cu o definire a beneficiarilor programului și acordarea de mese calde în locul pachetului cu lapte, corn și un fruct, care se dă acum. Aceasta este una din cele mai frecvent menționate și disputate idei de reformă de program. Pe lângă componenta intrinsecă, beneficiul asigurării unei mese sănătoase și nutritive, programul pare a fi, în ochii celor care iau decizii, un important stimulent pentru asigurarea prezenței la școală și prevenirea abandonului școlar. Cu toate acestea, nu este clar dacă se obțin performanțe legate de îmbunătățirea performanțelor școlare, luând în calcul faptul că activitățile de asigurare de meditații și sprijin social au fost abandonate temporar.

Considerând potențiala redefinire a programului național de sprijin alimentar, cei care implementează programul de la Arad sugerează o serie de soluții disponibile pentru a nu limita accesul copiilor mai înstăriți. O idee simplă ar putea fi distribuirea meselor în acord cu pragurile de venit ale familiilor, i.e. gratuit pentru cei mai săraci copii și cu costuri progresive pentru familiile cu venituri, atâta timp cât acestea își doresc să beneficieze de acest serviciu. Păstrarea programului potențial deschis către toți copiii ar putea fi un aspect important, în special ținând cont de faptul că în România mai mult de o familie din cinci nu își permite o masă cu carne, pește sau un echivalent vegetarian la două zile, conform datelor Eurostat pentru 2013.

2.5. Sănătatea

„Dorim bunăstare și o sănătate mai bună pentru toți, ca drept egal al tuturor ființelor umane. Bani nu pot cumpăra o stare de sănătate mai bună. O șansă mai bună o au politicile publice care promovează echitatea. Trebuie să abordăm cauzele de bază (privind inegalitățile și starea de sănătate precară) prin prisma determinațiilor sociali a stării de sănătate, și care să angajeze întregul guvern și întreaga societate.” (Margaret Chan, Director General OMS)

Obiectivele principale

Pagina

2.5. Sănătatea

210

Sănătatea și sărăcia sunt puternic interconectate. Sărăcia are o contribuție directă la o stare de sănătate precară, în timp ce o stare de sănătate precară poate avea o contribuție majoră la sărăcie, reducând capacitatea de muncă a unei persoane și conducând la costuri ridicate cu tratamentul și îngrijirea. De exemplu, la nivelul UE, există diferențe semnificative statistic între persoane din grupuri de venit diferite în ceea ce privește starea de sănătate, limitarea activității personale din cauza bolii sau dizabilității, precum și a speranței de viață la naștere cu o diferență de până la 10 ani pentru bărbați și de până la 6 ani pentru femei între grupurile de populație cu nivel socioeconomic scăzut și ridicat. Speranța de viață sănătoasă în România - numărul mediu de ani în care sănătatea este bună - este mult sub media UE-15 de peste 70 de ani, la fel cum se întâmplă și în majoritatea celorlalte țări din Europa de Sud-Est. Evidențele arată că persoanele de etnie romă sunt afectate în mod special. Gradul ridicat al sărăciei, nivelul limitat al educației și rata scăzută de ocupare a forței de muncă în rândul populației romă contribuie la o stare de sănătate precară, care are ca rezultat o speranță de viață cu șase ani mai mică în medie decât a populației ne-romă (Banca Mondială, 2014).

Persoanele sărace și vulnerabile se îmbolnăvesc mai devreme și decedează mai repede decât populația generală. Sărăcia creează o stare de sănătate precară datorită condițiilor de trai inadecvate (absența unei locuințe decente, a apei potabile și/sau a unei salubrități adecvate). Sărăcia conduce la o nutriție deficitară și la un regim alimentar nesănătos, ceea ce face ca populația săracă să fie mai vulnerabilă la boli. Sărăcia creează de asemenea analfabetism, ceea ce face ca oamenii să fie mai puțin informați și educați în privința comportamentelor sănătoase și a riscurilor pentru sănătate. În final, dar desigur nu în ultimul rând, sărăcia face accesul la serviciile de sănătate și la medicamente mai deficil, atunci când este nevoie. Există dovezi științifice puternice care arată că starea de sănătate a persoanelor și comunităților se îmbunătățește treptat, pe măsură ce statutul socioeconomic al acestora se îmbunătățește (numit generic “gradientul social al stării de sănătate”). În consecință, prevenirea îmbolnăvirii și asigurarea accesului la servicii sociale de sănătate eficace și accesibile din punct de vedere al costului sunt modalități importante de a combate sărăcia.

Politicele intersectoriale care iau în considerare determinanții sociali ai stării de sănătate sunt cea mai eficientă modalitate de îmbunătățire a sănătății persoanelor sărace. Teoria determinanților sociali ai stării de sănătate (Figura 56:), care a fost dezvoltată cu câteva decenii în urmă, reprezintă în întreaga lume baza tuturor strategiilor și intervențiilor care

au drept scop reducerea decalajului în materie de sănătate dintre săraci și populația generală. După cum se arată în Figura 56., accesul la serviciile de sănătate este numai unul dintre factorii determinanți ai stării de sănătate, deci creșterea accesului la îngrijiri de sănătate, deși esențială, are o contribuție limitată la îmbunătățirea stării de sănătate în rândul persoanelor sărace. Numai o abordare integrată care include nu numai acces mai bun la serviciile sociale și de sănătate (cu accent pe prevenție), dar și îmbunătățirea educației, a alimentației și a condițiilor de locuit, inclusiv alimentare cu apă și salubritate, va conduce la o îmbunătățire semnificativă a stării de sănătate în rândul persoanelor sărace. Această abordare este recomandată de către raportul Biroului regional pentru Europa al OMS intitulat *“Sănătate 2020: un cadru european de politici”* (WHO-EURO, 2013) ca fiind esențială pentru realizarea obiectivelor strategice de îmbunătățire a sănătății pentru toți și de reducere a inegalităților în domeniul sănătății. În acest scop, statele membre au fost invitate să inițieze politici intersectoriale cuprinzătoare și durabile vizând reducerea decalajului din punct de vedere al stării de sănătate între populația săracă și populația generală. În plus, Platforma Europeană de Combatere a Sărăciei și a Excluziunii Sociale, una dintre cele șapte inițiative emblematice ale UE care susțin obiectivele sociale ale strategiei Europa 2020, subliniază nevoia urgentă ca politicile naționale în domeniul sănătății să fie eficiente, dar să asigure în același timp accesul universal la îngrijire medicală de calitate.

Figura 56: Factorii sociali determinanți ai sănătății

Sursa: OMS, 2014: 4.

Așa cum a recunoscut Comisia Europeană în iunie 2014, România a înregistrat unele progrese în reforma sistemului de sănătate, având drept scop creșterea eficienței și accesibilității și îmbunătățirea calității în conformitate cu recomandările specifice de țară ale Consiliului European 2013. Comisia a apreciat proiectul Strategiei Naționale de Sănătate a României 2014-2020 (MS, 2013) pentru faptul că urmărește un acces mai echitabil la servicii de sănătate de calitate, dar a considerat că prevalența plăților informale reprezintă un obstacol semnificativ în calea accesibilității, în special pentru persoanele cele mai vulnerabile. De aceea, reforma în sectorul sănătății rămâne una dintre cele opt recomandări specifice de țară ale Comisiei pentru România, după cum urmează: „Intensificarea reformelor în sectorul sănătății pentru a crește eficiența, calitatea și accesibilitatea acestui sector, inclusiv pentru persoanele dezavantajate și pentru comunitățile îndepărtate și izolate; Creșterea eforturilor pentru a limita plățile informale, inclusiv prin managementul corespunzător și prin sisteme de control” (COM, 2014, 424 final).

2.5.1. 2.5.1. Îmbunătățirea echității în materie de sănătate și protecție financiară

Asigurarea acoperirii cu asistență medicală adecvată pentru toate grupurile sociale este esențială pentru reducerea inegalităților în materie de asistență medicală. Există încă inegalități majore în ceea ce privește asigurarea de asistență medicală în România. O mare parte a lucrătorilor liber-profesioniști din agricultură și a populației rurale de etnie romă nu este acoperită de asigurările de sănătate. Procentul persoanelor înscrise la un medic de familie în cadrul Sistemului de Asigurări de Sănătate a crescut semnificativ de la 87,8 la sută în 2008 la 95,9 la sută în 2010 și apoi a scăzut la 85,3 la sută în 2012. Pe tot parcursul acestei perioade, a existat o diferență constantă considerabilă între acoperirea asigurărilor de sănătate în mediul rural și urban, acoperirea fiind cu până la 20 la sută mai mare în zonele urbane (în 2012 - 94,1 la sută acoperire în zonele urbane spre deosebire de 74,6 la sută în zonele rurale - Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2012). Cu excepția unor cazuri rare, persoanele neasigurate nu au dreptul la examinări medicale în ambulatoriu sau la medicamente recomandate sau prescrise de către medicul de familie, chiar dacă bugetul asigurărilor de sănătate pentru servicii ambulatorii și investigații paraclinice în ambulatoriu a fost dublat în 2014. În afară de urgențe, femeii gravide și anumite boli infecțioase, persoanele neasigurate sunt obligate să plătească pentru orice investigații și medicamente dacă nu sunt urgențe medicale. Acest lucru conduce la stări medicale agravate și/sau la o suprasolicitare a asistenței medicale de urgență prespitalicești și spitalicești (serviciul de ambulanță, Serviciul Mobil de Urgență pentru Reanimare și Descarcerare și unitățile de primiri urgențe din spitale) unde tratamentul și examinarea sunt furnizate gratuit. Combinația dintre sărăcie, analfabetism și incapacitatea sistemului de sănătate de a furniza servicii de prevenție sau acces la asistența medicală de bază conduce la o pondere crescută a stării de sănătate precare în rândul populației sărace, ca și la costurile mari necesare pentru tratarea persoanelor sărace cu afecțiuni severe sau care le pun viața în pericol în unități spitalicești. Guvernul trebuie să emită legi privind asigurările medicale private pentru cei care își pot permite această opțiune, micșorând presiunea pe bugetul public, care trebuie folosit pentru îmbunătățirea/sporirea serviciilor incluse în pachetul minim de servicii și/sau pentru programe țintite bazate pe dovezi, care să se adreseze populației celei mai vulnerabile.

214

2.5.2. Îmbunătățirea furnizării de servicii de sănătate în domenii de intervenție relevante pentru grupurile sărace și vulnerabile

2.5.3. Creșterea accesului grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate de calitate

226

2.5. Sănătatea

Sănătatea și sărăcia sunt puternic interconectate. Sărăcia are o contribuție directă la o stare de sănătate precară, în timp ce o stare de sănătate precară poate avea o contribuție majoră la sărăcie, reducând capacitatea de muncă a unei persoane și conducând la costuri ridicate cu tratamentul și îngrijirea. De exemplu, la nivelul UE, există diferențe semnificative statistice între persoane din grupuri de venit diferite în ceea ce privește starea de sănătate, limitarea activității personale din cauza bolii sau dizabilității, precum și a speranței de viață la naștere cu o diferență de până la 10 ani pentru bărbați și de până la 6 ani pentru femei între grupurile de populație cu nivel socioeconomic scăzut și ridicat.²⁴⁵



Speranța de viață sănătoasă în România - numărul mediu de ani în care sănătatea este bună - este mult sub media UE-15 de peste 70 de ani, la fel cum se întâmplă și în majoritatea celorlalte țări din Europa de Sud-Est.²⁴⁶ Evidențele arată că persoanele de etnie romă sunt afectate în mod special. Gradul ridicat al sărăciei, nivelul limitat al educației și rata scăzută de ocupare a forței de muncă în rândul populației romă contribuie la o stare de sănătate precară, care are ca rezultat o speranță de viață cu șase ani mai mică în medie decât a populației ne-romă (Banca Mondială, 2014).

Persoanele sărace și vulnerabile se îmbolnăvesc mai devreme și decedează mai repede decât populația generală. Sărăcia creează o stare de sănătate precară datorită condițiilor de trai inadecvate (absența unei locuințe decente, a apei potabile și/sau a unei salubrități adecvate). Sărăcia conduce la o nutriție deficitară și la un regim alimentar nesănătos, ceea ce face ca populația săracă să fie mai vulnerabilă la boli. Sărăcia creează de asemenea analfabetism, ceea ce face ca oamenii să fie mai puțin informați și educați în privința comportamentelor sănătoase și a riscurilor pentru sănătate. În final, dar desigur nu în ultimul rând, sărăcia face accesul la serviciile de sănătate și la medicamente mai deficil, atunci când este nevoie. Există dovezi științifice puternice care arată că starea de sănătate a persoanelor și comunităților se îmbunătățește treptat, pe măsură ce statutul socioeconomic al acestora se îmbunătățește (numit generic "gradientul social al stării de sănătate"). În consecință, prevenirea îmbolnăvirii și asigurarea accesului la servicii sociale de sănătate eficace și accesibile din punct de vedere al costului sunt modalități importante de a combate sărăcia.

Politicile intersectoriale care iau în considerare determinanții sociali ai stării de sănătate sunt cea mai eficientă modalitate de îmbunătățire a sănătății persoanelor sărace. Teoria determinanților sociali ai stării de sănătate (Figura 56:), care a fost dezvoltată cu câteva decenii în urmă, reprezintă în întreaga lume baza tuturor strategiilor și intervențiilor care au drept scop reducerea decalajului în materie de

²⁴⁵ COM (2010) 758 final: Comunicarea Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul European Economic și Social și Comitetul Regiunilor, 2010.

²⁴⁶ Cele mai recente estimări ale Organizației Mondiale a Sănătății privind speranța de viață ajustată în funcție de dizabilități (DALE) au indicat o speranță de viață sănătoasă de 65 de ani pentru români, în 2007. (<http://data.euro.who.int/hfadb/>, date descărcate la 20 noiembrie 2014.)

sănătate dintre săraci și populația generală. După cum se arată în Figura 56, accesul la serviciile de sănătate este numai unul dintre factorii determinanți ai stării de sănătate, deci creșterea accesului la îngrijiri de sănătate, deși esențială, are o contribuție limitată la îmbunătățirea stării de sănătate în rândul persoanelor sărace. Numai o abordare integrată care include nu numai acces mai bun la serviciile sociale și de sănătate (cu accent pe prevenție), dar și îmbunătățirea educației, a alimentației și a condițiilor de locuit, inclusiv alimentare cu apă și salubritate, va conduce la o îmbunătățire semnificativă a stării de sănătate în rândul persoanelor sărace. Această abordare este recomandată de către raportul Biroului regional pentru Europa al OMS intitulat *“Sănătate 2020: un cadru european de politici”* (WHO-EURO, 2013) ca fiind esențială pentru realizarea obiectivelor strategice de îmbunătățire a sănătății pentru toți și de reducere a inegalităților în domeniul sănătății. În acest scop, statele membre au fost invitate să inițieze politici intersectoriale cuprinzătoare și durabile vizând reducerea decalajului din punct de vedere al stării de sănătate între populația săracă și populația generală. În plus, Platforma Europeană de Combatere a Sărăciei și a Excluziunii Sociale, una dintre cele șapte inițiative emblematice ale UE care susțin obiectivele sociale ale strategiei Europa 2020, subliniază nevoia urgentă ca politicile naționale în domeniul sănătății să fie eficiente, dar să asigure în același timp accesul universal la îngrijire medicală de calitate.

Figura 56: Factorii sociali determinanți ai sănătății



Sursa: OMS, 2014: 4.

Așa cum a recunoscut Comisia Europeană în iunie 2014,²⁴⁷ România a înregistrat unele progrese²⁴⁸ în reforma sistemului de sănătate, având drept scop creșterea eficienței și accesibilității și îmbunătățirea calității în conformitate cu recomandările specifice de țară ale Consiliului European 2013. Comisia a apreciat proiectul Strategiei Naționale de Sănătate a României 2014-2020 (MS, 2013) pentru faptul că urmărește un acces mai echitabil la servicii de sănătate de calitate, dar a considerat că prevalența plăților informale²⁴⁹ reprezintă un obstacol semnificativ în calea accesibilității, în special pentru persoanele cele mai vulnerabile. De aceea, reforma în sectorul sănătății rămâne una dintre cele opt recomandări specifice de țară ale Comisiei pentru România, după cum urmează: „Intensificarea reformelor în sectorul sănătății pentru a crește eficiența, calitatea și accesibilitatea acestui sector, inclusiv pentru persoanele

²⁴⁷ COM (2014) 424 final. Recomandarea Consiliului privind programul național de reformă al României 2014 și opinia Consiliului cu privire la programul de convergență al României din 2014, Comisia Europeană, 2014.

²⁴⁸ Conform categoriilor standardizate utilizate de CE pentru a evalua progresul privind implementarea recomandărilor specifice de țară (RST) 2013: „Unele progrese înseamnă că statul membru a anunțat sau a adoptat măsuri pentru abordarea RST. Aceste măsuri sunt promițătoare, dar nu toate au fost implementate încă, iar implementarea nu este certă în toate cazurile.”

²⁴⁹ Plățile informale sunt definite drept o tranzacție monetară sau în natură dintre un pacient și un membru al personalului pentru servicii medicale care sunt, oficial, gratuite în sectorul public.

dezavantajate și pentru comunitățile îndepărtate și izolate; Creșterea eforturilor pentru a limita plățile informale, inclusiv prin managementul corespunzător și prin sisteme de control” (COM, 2014, 424 final).

2.5.1. Îmbunătățirea echității în materie de sănătate și protecție financiară

Guvernul a inițiat strategii și politici care vizează creșterea echității în domeniul sănătății, iar acest proces trebuie accelerat pe viitor, iar principala provocare este punerea în practică a reformelor promise.. Măsurile cheie luate de Guvern includ programul de compensare a 90 la sută din cheltuielile medicale ale pensionarilor care au venit mai mic de 700 de lei pe lună, cu peste 1.000.000 de beneficiari,²⁵⁰ și creșterea cu circa 34 la sută a bugetului asigurărilor de sănătate alocat serviciilor de îngrijire la domiciliu în 2014 comparativ cu anul anterior. Reformele promise în sistemul de sănătate includ: (i) un pachet minim de servicii de sănătate îmbunătățit, care să includă servicii preventive (evaluarea riscurilor pentru sănătate) și curative suplimentare pentru populația neasigurată, în plus față de serviciile de urgență și de îngrijire medicală la care aceasta are dreptul în prezent; (ii) pachetul de bază de servicii de sănătate acoperit de asigurarea socială de sănătate revizuit, cu mai multe resurse financiare alocate serviciilor de prevenție primară și secundară; (iii) o revizuire a programelor naționale de sănătate existente, cu un accent crescut pe prevenție și pe intervențiile țintite; (iv) creșterea ponderii serviciilor medicale ambulatorii și de asistență medicală primară; și (v) revizuirea listei medicamentelor compensate. Guvernul a aprobat în noiembrie 2014 Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, care a stabilit strategia de reducere a inegalităților în domeniul sănătății, dar nu există încă intervenții coerente de punere în practică a acestei strategii. De exemplu, reglementări simple și eficiente din punct de vedere al costurilor trebuie să întărească prescrierea medicamentelor generice, excluderea medicamentelor cu dovezi limitate privind eficacitatea, utilizarea anumitor medicamente pentru afecțiuni specifice, excluderea medicamentelor care nu sunt avantajoase din punct de vedere al costurilor sau a celor care au un echivalent generic disponibil.

Crearea unei finanțări care să răspundă nevoilor specifice ale grupurilor vulnerabile

Mai presus de toate, îmbunătățirea calității și echității în materie de servicii de sănătate în România va necesita o creștere a finanțării generale pentru sector. Cheltuielile pentru sănătate nu sunt numai un cost, dar și o investiție cu impact pe termen lung asupra dezvoltării socioeconomice a unei țări (CE, 2007). În România, nivelul cheltuielilor totale pentru sănătate este printre cel mai scăzut din Europa și scade în continuare. Cheltuielile totale cu sănătatea ca pondere din PIB au scăzut de la aproximativ 6 procente în 2010 la 5,1 procente în 2012, dar cifrele oficiale nu iau în calcul plățile informale larg răspândite. Bugetul pe care îl cheltuiește orice guvern într-un sector social dat depinde parțial de constrângerile fiscale generale și parțial de prioritatea pe care o acordă sectorului respectiv în ceea ce privește alocările sale pentru sectorul public (Kutzin și Jakab, 2010). De aceea, contextul fiscal al țării²⁵¹ este principalul factor care influențează cheltuielile mici pentru sănătate ale guvernului, deoarece România are un nivel general de cheltuieli guvernamentale de 35,2 la sută din PIB (în 2012) comparativ cu media UE-27 de 48 la sută. Totuși, cheltuielile publice pentru sănătate reprezintă numai 14,5 la sută din cheltuielile guvernamentale totale (scăzând de la 16,3 la sută în 2005) comparativ cu o medie constantă a UE de circa 20 la sută, ceea ce înseamnă că guvernul central dă o prioritate destul de mică²⁵² sectorului sănătății. În consecință, cheltuielile totale pe cap de locuitor ale României pentru sănătate

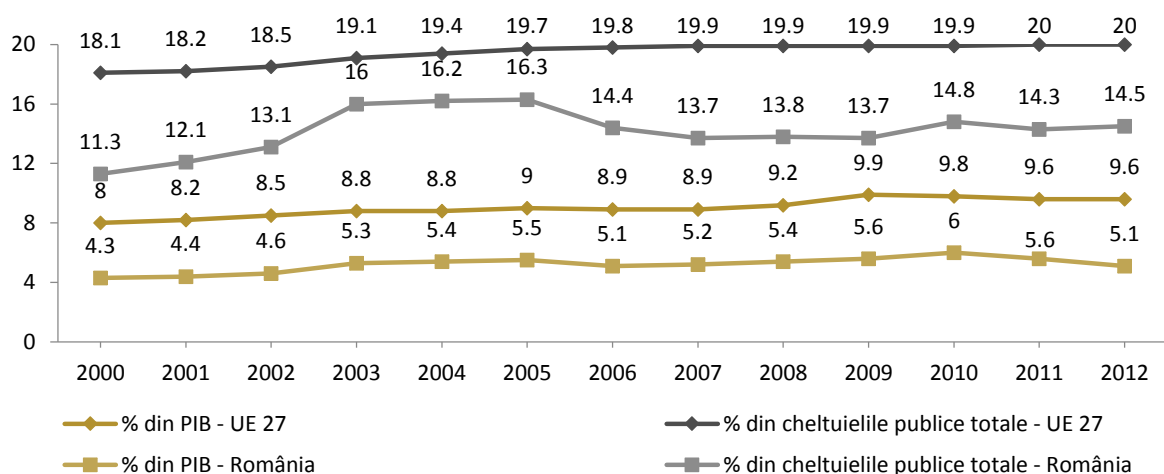
²⁵⁰ Programul Național de Reformă 2014, Guvernul României, aprilie 2014 (date cumulative începând din 2011; asigurații Casei de asigurări OPSNAJ nu sunt incluși)

²⁵¹ Contextul fiscal se referă la capacitatea prezentă și preconizată de cheltuieli a unui guvern. Țările mai bogate tind să fie mai eficiente în ceea ce privește mobilizarea veniturilor din taxe și astfel au niveluri mai mari ale cheltuielilor publice ca procent din PIB, în timp ce, atunci când o țară are constrângeri fiscale mai mari, acest lucru are de obicei ca rezultat cheltuieli guvernamentale mai mici, inclusiv pentru educație și îngrijirea sănătății.

²⁵² Totuși, prioritatea acordată atât de guvernul român, cât și de UE sectorului sănătății a fost mereu mai mare decât cea acordată sectorului educației.

sunt de aproape patru ori mai mici²⁵³ decât media UE27 - 873 \$ SUA (PPC) comparativ cu 3.346 \$ SUA (estimările OMS pentru 2012, <http://data.euro.who.int/hfadhb/>). Datele corespund raportului recent „Health at a Glance: Europe 2014” (Sănătatea dintr-o privire: Europa 2014) publicat de Comisia Europeană în decembrie 2014: România are cele mai mici cheltuieli pentru sănătate pe cap de locuitor (753 euro PPC) dintre statele membre și de 3 ori mai scăzute decât media UE-28. Între timp, dacă între 2009 și 2012, cheltuielile cu sănătatea în termeni reali (ajustate cu inflația) au scăzut în medie cu 0,6% (din cauza reducerii forței de muncă și a salariilor din domeniul medical, a reducerilor de taxe plătite furnizorilor de servicii medicale, a prețurilor farmaceutice mai mici și a creșterii co-plăților pacienților), în România rata medie de creștere anuală a cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor în termeni reali a fost de 0,4% (2009-2012), comparativ cu 9,1% în anii anteriori (2000-2009).²⁵⁴ În ciuda cifrelor generale, România a crescut constant cheltuielile publice pentru sănătate - având în vedere relația puternică dintre nivelul general al veniturilor unei țări și nivelul cheltuielilor acelei țări pentru sănătate. Cheltuielile publice pentru sănătate trebuie să continue să crească, cu aplicarea în același timp a unor politici transparente și cost-eficiente de alocare a resurselor.

Figura 57: Cheltuielile publice totale pentru sănătate ca procent din PIB/ Cheltuielile publice totale în România și în UE-27



Sursa: Calculele Băncii Mondiale folosind Baza de date Europeană HFA, OMS/Europa, noiembrie 2014.

Alocările bugetare pentru asistența medicală primară trebuie mărite și concomitent trebuie îmbunătățite măsurile de monitorizare a serviciilor furnizate de către medicii de familie. Deși toate guvernele succesive au declarat asistența medicală primară o prioritate, aceasta a avut întotdeauna alocări bugetare reduse. În 2008, MS a inițiat un exercițiu de screening populațional costisitor, dar îndoielnic, de evaluare a stării de sănătate a populației, ceea ce explică creșterea bruscă a bugetului pentru asistența medicală primară, care a scăzut în anii următori (**Error! Not a valid bookmark self-reference.**). Diferite organizații internaționale au încurajat România să crească bugetul alocat asistenței medicale primare la cel puțin 10 procente din bugetul alocat de către Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate. Creșterea disponibilității asistenței medicale primare este fără îndoială cea mai bună cale de a crește accesul grupurilor sărace și vulnerabile la asistență medicală de calitate, inclusiv promovarea sănătății, educație pentru sănătate și prevenirea îmbolnăvirilor. Bugetul unui cabinet medical de familie contractat de Casa de Asigurări de Sănătate este compus dintr-o combinație între o plată per capita (50 la sută) și o plată per serviciu (50 la sută), dar medicii de familie primesc plata pentru consultație ca plată per serviciu, chiar dacă aceasta ar trebui acoperită de plata per capita. Serviciile de asistență medicală primară ar trebui rambursate cu o plată per serviciu numai pentru servicii

²⁵³ Cu toate acestea, în ceea ce privește cheltuielile totale pentru sănătate în \$ PPC pe cap de locuitor, decalajul dintre România și UE-27 s-a micșorat continuu, de la mai puțin 1/8 din cheltuielile UE în 1990 la mai mult de 1/4 în 2012.

²⁵⁴ http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2014_en.htm

considerate priorități de sănătate publică²⁵⁵ sau, ca în alte țări, dacă medicii generalişti îndeplinesc un anumit obiectiv legat de o prioritate de sănătate publică (de exemplu, să atingă o rată de vaccinare de 90 la sută pentru toți copiii eligibili dintr-o anumită arie de acoperire, cum ar fi un sat, indiferent dacă acești copii sunt incluși sau nu pe lista de finanțare per capita a medicului de familie).

Tabel 37: Bugetul pentru asistența medicală de bază 2005-2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (aprobat)
Bugetul asigurărilor de sănătate (milioane RON)	9,3	10,1	12,9	16,6	15,3	17,5	17,8	19,5	23,1	22,6
Bugetul pentru asistența medicală de bază (milioane RON)	0,5	0,5	0,7	1,5	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,5
Cheltuielile cu asistența medicală de bază ca % din bugetul total al asigurărilor de sănătate	4,9	4,6	5,8	8,8	7,2	6,3	6,2	6,2	5,7	6,6

Sursa: Date totalizate din rapoartele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (www.cnas.ro).

Măsurile țintite care vizează sănătatea populației sărace și vulnerabile trebuie să primească finanțare adecvată. Un bun exemplu este planificarea familială. În timp ce unul din zece copii născuți vii provine dintr-o mamă adolescentă, statul alocă cel mult 20 RON per persoană pe an pentru planificare familială și maximum două vizite gratuite pe an la un medic de familie pentru consiliere privind metodele contraceptive. Un medic de familie câștigă mai mulți bani pentru eliberarea unui certificat de deces decât pentru furnizarea de servicii de planificare familială unei femei neasigurate. Dacă medicul de familie este medic primar, atunci certificatul de deces eliberat de acesta are aproape aceeași valoare financiară ca și îngrijirea post-natală furnizată de un medic de familie specialist unei femei neasigurate (33 RON față de 37 RON).²⁵⁶

Asigurarea protecției financiare pentru grupurile sărace și vulnerabile

Plățile directe și plățile informale sunt un obstacol pentru accesarea serviciilor de sănătate de către populația săracă și vulnerabilă, care nu-și poate permite să le plătească. Co-plățile pacienților pentru servicii furnizate în sistemul public reprezintă o componentă relativ mică din cheltuielile totale de sănătate, dar plățile directe (din fonduri proprii)²⁵⁷ sunt semnificative și în creștere. Estimările OMS arată că plățile directe pentru sănătate, ca pondere din cheltuielile totale pentru sănătate au crescut continuu începând din 2007 de la 17 la sută până la aproape 22 la sută în 2012. Aceasta în comparație cu o medie EU-27 constantă de 16 până la 17 la sută, în aceeași perioadă. Acest lucru împiedică numeroase persoane cu venituri mai mici să acceseze asistența medicală, având astfel un efect negativ asupra sănătății lor. Conform „*Analizei funcționale a sectorului de sănătate*” realizată de Banca Mondială (Banca Mondială, 2011), 62% din populația săracă din România plătește costul medicamentelor și aproape 60% dintre persoanele internate în spital au spus că au făcut plăți informale în 2008, față de circa 30% în 2001. De asemenea, 63 la sută dintre familiile din chintila cea mai săracă plătesc pentru

²⁵⁵ Lista domeniilor strategice de intervenție din România și obiectivele generale corespunzătoare acestora pot fi găsite în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 (pag. 26) - http://www.ms.ro/documente/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate_886_1761.pdf

²⁵⁶ Contractul cadru și aplicarea sa pentru furnizarea de servicii în anii 2014-2015 în cadrul Sistemului Național de Asigurări de Sănătate (Hotărârea de Guvern 400/2014; Ordonanța MS-Casa de Asigurări de Sănătate 619-360, mai 2014).

²⁵⁷ Definite de OMS ca incluzând costurile nerambursabile, cheltuielile deductibile, co-plățile și taxele pentru servicii, dar excluzând plățile făcute de întreprinderile care furnizează asistență medicală și paramedicală, impusă sau nu prin legislație, angajaților proprii. Se exclud de asemenea plățile pentru tratamentul în străinătate.

sănătate din fonduri proprii, comparativ cu 88 la sută din chintila cea mai bogată. Multe dintre persoanele sărace care au nevoie de servicii de sănătate nu apelează la aceste servicii. Deoarece rata medie a compensațiilor pentru persoanele sărace este aceeași ca și pentru toate celelalte grupuri de venit și pentru că utilizarea serviciilor de sănătate este mai mare în rândul grupurilor cu venituri mai mari, este evident că clasa de mijloc și grupurile cu venituri mari beneficiază cel mai mult de pe urma serviciilor de sănătate subvenționate.

Guvernul trebuie să conceapă, să implementeze și să finanțeze o politică clară cu privire la plățile informale din sistemul public de sănătate la nivel național. Statisticile privind plățile directe pentru sănătate subestimează probabil fenomenul, deoarece pacienții fac și plăți informale (voluntar sau nu) pentru serviciile de sănătate. Mai multe studii pe tema plăților informale pentru asistență medicală din România au arătat că acestea sunt larg răspândite atât în serviciile de sănătate ambulatorii, cât și în spitale și că sunt aproape universale pentru operații, nașteri și proceduri care pun viața în pericol. Un studiu efectuat de Institutul Român pentru Evaluare și Strategie (IRES) în 2011 (IRES, 2011) a arătat că, din totalul plăților informale pentru servicii publice raportate de către populație (11 la sută, la nivel național), cele pentru servicii de sănătate sunt cele mai răspândite (5 la sută pentru medic și 2,5 la sută la spital). Totuși, majoritatea plăților informale raportate au fost făcute în semn de recunoștință pentru asistența medicală, deoarece numai 1,2 la sută dintre pacienți au declarat că plățile au fost solicitate de personal. Un sondaj reprezentativ la nivel național efectuat în 2012 a indicat faptul că, în România, cadourile (cum ar fi cafeaua, ciocolata, carnea, florile și țigările) reprezintă 88 la sută din plățile informale, în timp ce plățile informale în bani reprezintă aproximativ 37 la sută. Cele mai multe cadouri au fost date la sfârșitul tratamentului, în timp ce majoritatea plăților în bani au fost făcute înainte sau în timpul tratamentului (Spridon, 2011). De obicei, suma pe care pacienții o plătesc informal pentru asistență reflectă gravitatea bolii. Astfel, un studiu efectuat în 2013 în București a arătat că plata informală pentru un medic de familie era în jur de 34 de lei (circa 8 euro), în timp ce în spitale, pentru o problemă care nu necesita operație, creștea la aproximativ 360 de lei (sau 80 de euro)²⁵⁸ și ajungea la 1.130 lei (sau 250 de euro)²⁵⁹ în cazurile în care era necesară operația (Stoica, 2013). Pacienții mai înstăriți, mai bine educați și mai tineri tind să plătească mai mult, adesea ca o cale de a obține tratament de mai bună calitate. O analiză recentă a literaturii care acoperă opt țări est-europene²⁶⁰ a ajuns la concluzia că: „După 1990, plățile informale au devenit mai frecvente, mai explicite, din ce în ce mai adesea fiind în bani și mai puțin accesibile pentru populație. Plățile informale sunt generate de dorința pacienților de a primi tratament mai bun, de salariile mici ale personalului, de lipsa acută de finanțare și de tradiție. Atitudinile față de plățile informale variază de la puternic negative (dacă sunt solicitate) până la tolerante (dacă sunt inițiate de pacienți), în funcție de circumstanțe. Totuși, vorbind la modul general, atitudinile tolerante față de astfel de practici sunt predominante atât în rândul pacienților, cât și al personalului medical.” (Stănculescu și Neculau, 2014: 48).

Plățile informale pot fi asociate cu factori culturali și istorici, dar acestea au apărut în principal deoarece sistemul public de sănătate nu poate asigura acces adecvat la serviciile de bază. Prin urmare, acțiunile recomandate în următoarele secțiuni se referă în principal la întărirea și îmbunătățirea calității asistenței medicale primare și la dezvoltarea rețelei de asistență medicală comunitară. În plus, guvernul trebuie să implementeze campanii frecvente de informare privind beneficiile modificărilor adresate atât părților interesate din sistemul de sănătate, cât publicului.

Absența resurselor face și mai dificilă pentru sistemul național de sănătate furnizarea serviciilor de tratament și a medicației adecvate. Unul dintre indicatorii de sănătate ai UE relevant pentru incluziunea socială este procentul autoraportat privind nevoile nesatisfăcute de asistență medicală. Datele Eurostat arată că 9,6 la sută din populația României a declarat în 2012 că nu-și poate permite asistență medicală sau a considerat că aceasta este prea costisitoare (comparativ cu 0,1 la sută în Marea Britanie și Finlanda,

²⁵⁸ În medie, 76 la sută au mers către medici și 24 la sută către asistenți.

²⁵⁹ În medie, 60 la sută au mers către chirurgi, 24 la sută către anesteziști și 16 la sută către asistenți.

²⁶⁰ Bulgaria, Croația, Kosovo, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei, Republica Moldova, Muntenegru, România și Serbia.

0,2 la sută în Olanda și 5,9 la sută în Bulgaria). Au existat diferențe semnificative bazate pe statutul socioeconomic, de la 13,3 la sută pentru cei din chintila cu veniturile cele mai mici (cei mai săraci 20% din populația României) până la 3,5 la sută pentru cei din chintila cu cele mai mari venituri (cei mai bogați 20% din populația României). Deși aceste procente au scăzut comparativ cu anul trecut, România este încă una dintre primele trei state membre UE în ceea ce privește nevoile neîndeplinite în materie de asistență medicală pentru populația din toate categoriile de venit.

În acest domeniu, guvernul trebuie să ia în considerare:

- Identificarea modalităților pentru a face accesibile prescrierea de medicamente generice, de consumabile și tehnologii medicale pentru cele mai vulnerabile comunități, inclusiv pentru cele rurale și izolate;
- Planificarea și implementarea de campanii de conștientizare a consumatorilor privind economiile de costuri, siguranța și calitatea bună a medicamentelor generice.

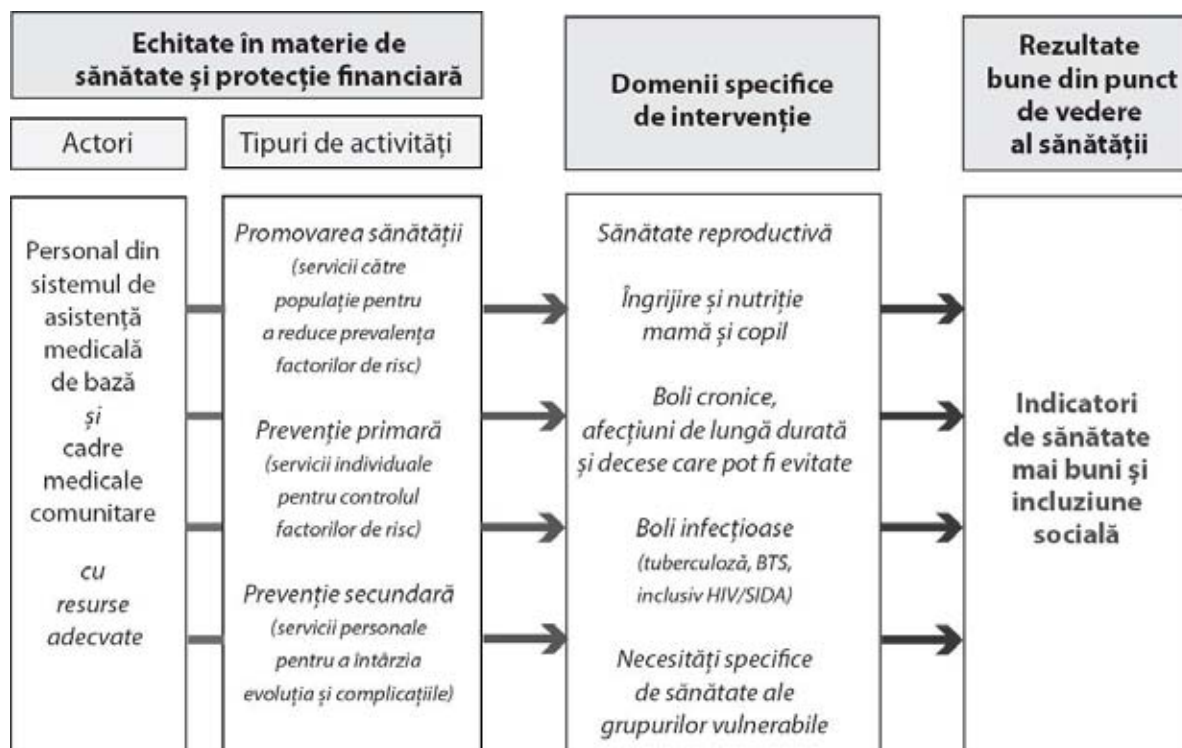
Asigurarea acoperirii cu asistență medicală adecvată pentru toate grupurile sociale este esențială pentru reducerea inegalităților în materie de asistență medicală. Există încă inegalități majore în ceea ce privește asigurarea de asistență medicală în România. O mare parte a lucrătorilor liber-profesioniști din agricultură și a populației rurale de etnie romă nu este acoperită de asigurările de sănătate. Procentul persoanelor înscrise la un medic de familie în cadrul Sistemului de Asigurări de Sănătate a crescut semnificativ de la 87,8 la sută în 2008 la 95,9 la sută în 2010 și apoi a scăzut la 85,3 la sută în 2012. Pe tot parcursul acestei perioade, a existat o diferență constantă considerabilă între acoperirea asigurărilor de sănătate în mediul rural și urban, acoperirea fiind cu până la 20 la sută mai mare în zonele urbane (în 2012 - 94,1 la sută acoperire în zonele urbane spre deosebire de 74,6 la sută în zonele rurale - Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2012). Cu excepția unor cazuri rare, persoanele neasigurate nu au dreptul la examinări medicale în ambulatoriu sau la medicamente recomandate sau prescrise de către medicul de familie, chiar dacă bugetul asigurărilor de sănătate pentru servicii ambulatorii și investigații paraclinice în ambulatoriu a fost dublat în 2014. În afara de urgențe, femeii gravide și anumite boli infecțioase, persoanele neasigurate sunt obligate să plătească pentru orice investigații și medicamente dacă nu sunt urgențe medicale. Acest lucru conduce la stări medicale agravate și/sau la o suprasolicitare a asistenței medicale de urgență prespitalicești și spitalicești (serviciul de ambulanță, Serviciul Mobil de Urgență pentru Reanimare și Descarcerare și unitățile de primiri urgențe din spitale) unde tratamentul și examinarea sunt furnizate gratuit. Combinația dintre sărăcie, analfabetism și incapacitatea sistemului de sănătate de a furniza servicii de prevenție sau acces la asistența medicală de bază conduce la o pondere crescută a stării de sănătate precare în rândul populației sărace, ca și la costurile mari necesare pentru tratarea persoanelor sărace cu afecțiuni severe sau care le pun viața în pericol în unități spitalicești. Guvernul trebuie să emită legi privind asigurările medicale private pentru cei care își pot permite această opțiune, micșorând presiunea pe bugetul public, care trebuie folosit pentru îmbunătățirea/sporirea serviciilor incluse în pachetul minim de servicii și/sau pentru programe țintite bazate pe dovezi, care să se adreseze populației celei mai vulnerabile.

2.5.2. Îmbunătățirea furnizării de servicii de sănătate în domeniul de intervenție relevante pentru grupurile sărace și vulnerabile

În sfera reformei sănătății din România, anumite domenii de intervenție sunt relevante în mod particular pentru grupurile sărace și vulnerabile (**Error! Reference source not found.**). În ceea ce privește indicatorii care măsoară starea de sănătate, România are cea mai mare rată a mortalității în rândul copiilor cu vârsta de până la 5 ani dintre toate țările UE-27 și un risc de mortalitate maternă la naștere de cinci ori mai mare decât media UE-27 (OMS, baza de date HFA). România înregistrează de asemenea cea mai mare rată a sărăciei în rândul copiilor dintre toate cele 35 de țări incluse în analiza sărăciei în

rândul copiilor efectuată de UNICEF în 2012.²⁶¹ De aceea, sănătatea mamei și a copilului și sănătatea reproductivă trebuie să fie domenii prioritare pentru intervențiile vizând creșterea incluziunii sociale - din punct de vedere al asistenței medicale, în perioada 2014 - 2020. În același timp, România are o speranță de viață la naștere care este considerabil mai mică față de media din UE și o rată de mortalitate standardizată în funcție de vârstă pentru bărbați care este de aproape două ori mai mare decât cea din țările membre ale UE cu cele mai mici rate - peste 1.200 per 100.000 comparativ cu o medie UE de 866 (OCDE, 2012). Principalele două cauze de deces sunt bolile cardiovasculare (România având una dintre cele mai mari rate din regiunea europeană OMS) și cancerul, ambele având tendințe de creștere. Din acest motiv, guvernul trebuie să se concentreze pe reducerea bolilor cronice prin promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor ca modalitate de îmbunătățire a stării de sănătate a persoanelor sărace și vulnerabile, mai ales deoarece dovezile din prezent demonstrează fără echivoc faptul că bolile netransmisibile pot fi, în mare măsură, prevenite (OMS, 2011). Deși bolile transmisibile au o pondere mică datorită sistemului de supraveghere din ce în ce mai bun și gradului de acoperire a imunizării, România are cea mai mare incidență a tuberculozei (TBC) din cadrul Uniunii Europene și numărul de cazuri de tuberculoză multi-drog rezistentă este în creștere. De asemenea, bolile cu transmitere sexuală (BTS), inclusiv HIV/SIDA, încă reprezintă o problemă serioasă de sănătate publică în România. În cadrul Uniunii Europene, rate moderate până la ridicate de incidență a hepatitei virale B, C și D sunt întâlnite numai în România și în alte trei țări ²⁶² (Rechel et al, 2011). Tuberculoza este legată strâns de sărăcie (OMS, 2014) în timp ce bolile cu condiționare socială²⁶³ au cel mai mare impact negativ asupra calității și duratei vieții și sunt printre principalele cauze de sărăcie, discriminare și marginalizare (ONU, 2008). În consecință, bolile infecțioase trebuie să constituie un alt domeniu pentru intervențiile vizând creșterea incluziunii din punct de vedere al asistenței medicale în perioada 2014-2020.

Figura 58: Domeniile specifice de intervenție relevante pentru creșterea incluziunii și îmbunătățirea sănătății grupurilor sărace și vulnerabile



²⁶¹ (UNICEF, 2012).

²⁶² Bulgaria, Letonia și Turcia.

²⁶³ Bolile cu condiționare socială sunt acelea care nu pot fi explicate exclusiv prin ereditate, ci sunt influențate de stilul de viață și de mediul socio-economic.

Error! Reference source not found. arată domeniile specifice de intervenție relevante pentru grupurile sărace și vulnerabile. Acestea sunt stabilite din prisma cadrului strategic care trebuie utilizat de către sectorul de sănătate și care respectă abordarea integrată a serviciilor sociale utilizată în România. Abordarea integrată implică echipe multidisciplinare de lucrători comunitari la nivel local și cooperare și coordonare între mai multe agenții din diferite sectoare sociale la nivel național (a se vedea Capitolul Servicii sociale). Rețeaua de asistență medicală primară și de asistență medicală comunitară reprezintă în mod cert cel mai bun cadru pentru implementarea la o scară adecvată a intervențiilor recomandate. Recomandările sunt prezentate în secțiunea finală a acestui capitol.

- Domeniile specifice de intervenție relevante pentru grupurile sărace și vulnerabile sunt discutate în următoarele secțiuni, cu accent pe serviciile de prevenție, de detectare precoce a bolilor și pe serviciile directe adresate grupului țintă, ca și pe monitorizarea și evaluarea intervențiilor. În toate domeniile, MS trebuie să schimbe paradigma politicii de sănătate publică prin:
- Creșterea alocațiilor financiare pentru serviciile de prevenție bazate pe dovezi dezvoltând în același timp capacitatea programatică la toate nivelurile sistemului de sănătate
- Implementarea de mecanisme eficiente pentru analiza necesităților, planificarea serviciilor, coordonarea, monitorizarea și evaluarea intervențiilor și controlul furnizorilor de servicii.

Îmbunătățirea serviciilor de sănătate a reproducerii

În România, procentul de sarcini nedorite în rândul tinerelor sub 19 ani este de peste 50%, în timp ce una din zece nașteri este înregistrată în rândul mamei adolescente (cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani). Conform celor mai fiabile date din ultimul Studiu al sănătății reproducerii realizat în România (în 2004, studiu efectuat în colaborare, de către MS, USAID, UNFPA, UNICEF și Banca Mondială), procentul de sarcini nedorite era de 50,4 la sută în rândul adolescentelor cu vârste între 15 și 19 ani și de 48,7 la sută în rândul femeilor cu vârste între 15 și 44 de ani. Maternitatea timpurie, mai ales atunci când sarcina este nedorită, poate duce la abandonul copilului, abandonul școlii și chiar la excludere socială. De aceea, este importantă reducerea ratei sarcinilor nedorite. Există dovezi că serviciile actuale de planificare familială sunt ineficiente, mai ales în cazul femeilor sărace și vulnerabile. Acest aspect este evident în numărul încă mare de sarcini nedorite care au ca rezultat avortul, în special în rândul fetelor cu vârste mai mici de 19 ani, precum și în numărul în creștere de nou-născuți abandonați în maternități în ultimii ani (918 copii în 2012, în creștere de la 762 de copii în 2010). Creșterea procentului de nașteri în afara căsătoriei, de la 15 la sută din totalul nașterilor în 1992 până la aproape 28 la sută în 2010, este un fenomen demografic cu consecințe semnificative socioeconomice și de sănătate. Procentul este mai mare în zonele rurale (33 la sută), unde atitudinile tradiționale față de reproducere par să nu fie la fel de puternice (Institutul Național de Statistică, 2012).

Pentru prevenirea maternității timpurii și a sarcinilor nedorite, toate femeile de vârstă reproductivă (în special fetele și femeile tinere) trebuie să poată accesa servicii de sănătate sexuală și reproductivă de bună calitate și accesibile ca preț.²⁶⁴ Numărul de intervenții privind sănătatea reproductivă ale MS vizând populația vulnerabilă a scăzut treptat din 2008, la fel ca și bugetele aferente. Regulamentele, metodologiile și instrumentele Programului Național al MS (criterii actualizate pentru grupurile vulnerabile eligibile pentru servicii gratuite de sănătate reproductivă, sistemul de management al informațiilor privind anticoncepționale și distribuția, lista de anticoncepționale gratuite și așa mai departe) nu au fost actualizate. Rețeaua de cabinete ale medicilor de familie care furnizează servicii de sănătate reproductivă a fost destructurată, din cauza lipsei de stimulente (pregătire, bugete și interes al factorilor de decizie de la nivel național și județean pentru acest program). Nu există programe sustenabile de educație medicală continuă pentru medicii de familie privind sănătatea reproducerii. Un

²⁶⁴ O definiție cuprinzătoare a serviciilor îngrijire a sănătății reproductive include alte domenii de sănătate publică prioritare, precum: (i) planificare familială; (ii) sănătate sexuală; (iii) maternitate în siguranță; (iv) avorturile în condiții lipsite de siguranță și BTS, inclusiv HIV; și (v) cancer de col uterin. Această secțiune se concentrează în special pe planificarea familială și pe sănătatea sexuală, în timp ce celelalte domenii sunt acoperite în secțiunile următoare.

număr limitat de medici de familie - mult mai puțini decât sunt necesari la nivel național - au fost de acord să distribuie anticoncepționale gratuite și eficiența acestui program de contracepție gratuită este afectată de asemenea de un buget mic și de un grad mare de incoerență în ceea ce privește procurarea și distribuția contraceptivelor. Există o lipsă de date exacte privind activitatea lucrătorilor medicali comunitari (asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari din comunitățile rome) în domeniul sănătății reproducerii și, deoarece acest personal nu mai beneficiază de programe de pregătire sau de orice ghiduri metodologice sau materiale educaționale, este foarte probabil ca aceste servicii să fie puțin frecvente și de calitate redusă. Descentralizarea responsabilității pentru serviciile de sănătate de la guvernul central către autoritățile locale, care a fost slab coordonată și insuficient reglementată, combinată cu criza economică recentă, a condus la situația actuală.

Acțiunile prioritare pe care recomandăm ca guvernul să le întreprindă în următorii câțiva ani, sunt următoarele:

- Revizuirea criteriilor pentru distribuția gratuită de anticoncepționale
- Specificarea beneficiarilor prioritari (cum ar fi zonele rurale, comunitățile sărace și defavorizate și grupe specifice de vârstă)
- Asigurarea continuității accesului la o varietate de anticoncepționale gratuite pentru femeile vulnerabile de vârstă reproductivă
- Extinderea rețelei de medici de familie care să distribuie anticoncepționale gratuite și asigurarea unei bune acoperiri geografice
- Instruirea și reinstruirea furnizorilor de servicii de sănătate de la nivel comunitar (medici de familie, asistenți medicali comunitari și mediatorii sanitari rome) pentru furnizarea de servicii de sănătate sexuală și reproductivă de calitate
- Stabilirea de parteneriate cu ONG-uri specializate și locale pentru furnizarea de servicii și intervenții de sănătate reproductivă
- Planificarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea campaniilor de informare-educare-comunicare (IEC) și intervenții de sensibilizare în domeniul sănătății reproductive, individualizate în funcție de nevoile, credințele și tradițiile specifice ale celor mai vulnerabile comunități.

Intervențiile Programului Național al MS în domeniul sănătății reproducerii și al planificării familiale trebuie revizuite și actualizate. Nu există date defalcate sau studii recente care să fie folosite pentru conceperea de intervenții de sănătate a reproducerii cost-eficace și nu a fost dezvoltată o abordare coerentă și sistematică care să guverneze politicile și acțiunile necesare. Până în 2007, cu ajutorul ONU, al Băncii Mondiale și al agențiilor bilaterale (cum ar fi USAID), sănătatea reproducerii a fost unul dintre domeniile prioritare ale reformei sistemului de sănătate din România, care a contribuit direct la îmbunătățirile ulterioare în ceea ce privește mortalitatea infantilă și mortalitatea maternă. Intervențiile care au fost implementate erau bazate pe strategii coerente rezultate din analiza de nevoi și pe studii de impact care utilizau metodologii validate pe plan internațional. Studiul sănătății reproducerii (RHS) a fost realizat în 1994, 1999 și 2004 pe un eșantion de peste 10.000 de femei de vârstă fertilă. Studiile rezultate au demonstrat modul cum anumite intervenții eficiente și durabile au influențat pozitiv indicatorii de sănătate și au recomandat ca aceste intervenții să fie direcționate în primul rând către populația rurală, cea săracă și către anumite grupuri vulnerabile. Conform datelor RHS, între anii 1990 și 2007, guvernul a conceput și a implementat, cu sprijin și asistență tehnică internațională (ONU, agenții bilaterale precum USAID) strategii consecutive de îmbunătățire a sănătății reproducerii, programul de sănătate a femeii și copilului al MS (care includea toate intervențiile de sănătate a reproducerii și de servicii de îngrijire pre și post natală) și activități de asistență medicală comunitară și de mediere în domeniul sănătății pentru comunitățile rome. De asemenea, guvernul a dezvoltat și a consolidat rețeaua de planificare familială, a distribuit anticoncepționale gratuite femeilor sărace și/sau femeilor cu risc pe baza unor criterii obiective și a implementat un sistem de management informațional și logistic care funcționa foarte bine și care a asigurat continuitatea furnizării de anticoncepționale.

Pentru revizuirea și actualizarea programului național al Ministerului Sănătății cu privire la sănătatea reproducerii și planificarea familială, recomandăm decidenților de politică sanitară să ia în considerare următoarele acțiuni:

- Efectuarea unui studiu de sănătate a reproducerii la fiecare cinci ani pentru a colecta date corecte pentru indicatorii de referință și pentru a măsura ulterior rezultatele și impactul intervențiilor, beneficiind de experiența organizațiilor care au implementat studiile anterioare (Institutul Național de Statistică, instituții publice și ONG-uri). Recomandăm realizarea studiului atât înainte, cât și după implementarea acestei Strategii de reducere a sărăciei și de promovare a incluziunii sociale
- Înființarea unui sistem logistic solid de management al informațiilor dezvoltat pe baza bunelor practici dovedite anterior
- Conceperea de intervenții care vizează populația săracă și cea mai vulnerabilă pe baza dovezilor care vor rezulta din evaluările periodice ale rezultatelor obținute
- Conceperea și dezvoltarea unor mecanisme solide de monitorizare și evaluare inclusiv pentru intervențiile direcționate către grupurile sărace și vulnerabile.

Parteneriatul cu ONG-urile pentru furnizarea de servicii la nivel de comunitate este esențială, atât în prezent, cât și pe viitor, mai ales pentru că ONG-urile pot fi un catalizator pentru dezvoltarea unei abordări naționale coerente a intervențiilor din domeniul sănătății reproducerii. În absența unei finanțări sustenabile, multe ONG-uri active în domeniul sănătății reproductive - foste parteneri ale MS și ale organizațiilor internaționale - au trebuit să reducă sau să suspende furnizarea de servicii către beneficiari, cel mai adesea fiind afectate cele mai sărace comunități sau grupuri vulnerabile, cum ar fi comunitățile rome. În prezent, cele mai multe dintre aceste ONG-uri implementează proiecte bazate pe prioritățile decise de către sursele de finanțare existente și nu de necesitățile beneficiarilor lor. Multe intervenții ale ONG-urilor care erau privite înainte drept cele mai bune practici (între anii 1992 și 2007) s-au oprit deoarece instituțiile publice nu și le-au asumat. De asemenea, MS duce lipsa mecanismelor și regulamentelor necesare încheierii de contracte cu ONG-urile pentru implementarea intervențiilor incluse în programele naționale de sănătate publică.

Guvernul trebuie să mărească alocările bugetare pentru serviciile de prevenție în domeniul sănătății reproducerii și trebuie să implementeze mecanisme eficiente de monitorizare, evaluare și de control al furnizorilor de servicii. Actualele documente strategice ale MS oferă un cadru general adecvat pentru efectuarea intervențiilor de sănătate a reproducerii care țin seama de persoanele vulnerabile. Conform Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, dezvoltate de MS la sfârșitul lui 2013 (și aprobate de guvern în noiembrie 2014): „Succesul intervenției de planificare familială depinde în mare măsură de întărirea capacității de management de program la nivel central, de continuarea pregătirii medicilor și asistenților din sistemul de asistență medicală de bază, de accesul la anticoncepționale gratuite pentru persoanele vulnerabile și de o mai bună țintire a acestei categorii a populației cu ajutorul rețelei emergente de asistență medicală comunitară din România.” Totuși, aceste documente strategice trebuie transformate în intervenții eficiente și bazate pe dovezi. De exemplu, deși guvernul a planificat revizuirea sau modificarea programelor naționale de sănătate în 2014, acest lucru nu s-a întâmplat încă. În anul 2014, pentru programul național de sănătate a femeii și a copilului (care include toate intervențiile de sănătate reproductivă) a fost alocat un buget de 10.330.000 RON, care este mai mic de jumătate din bugetul pentru 2013 (24.336.000 RON) și este, de exemplu, de cinci ori mai mic decât al programului național de transplant de organe, țesuturi și celule (RON 52.123.000 RON). De fapt, de când programele preventive și curative au fost combinate în „programe naționale de sănătate publică” finanțate de la bugetul de stat, programele care includ o componentă de prevenție semnificativă au început să aibă bugete din ce în ce mai mici, în timp ce bugetul pentru programele curative a crescut.

Îmbunătățirea serviciilor medicale pentru sănătatea și nutriția mamei și copilului

Deși Guvernul României a dezvoltat un Program național de sănătate a femeii și a copilului și un Program național de imunizare, indicatorii care măsoară starea de sănătate a mamei și copilului din România arată unele tendințe alarmante.

Copiii care provin din familii sărace și rome se confruntă cu dezavantaje semnificative în ceea ce privește sănătatea și bunăstarea, dezavantaje care se pot produce chiar în primele etape ale copilăriei. Un studiu recent al UNICEF (Stănculescu et al, 2012) a indicat faptul că familiile cu venitul total per persoană sub limita pragului național de sărăcie, familiile monoparentale și familiile cu un număr mare de copii care locuiesc în condiții precare și depind de ajutoarele sociale sunt categoriile cu cele mai mari riscuri pentru sănătatea și dezvoltarea copiilor pe termen lung.

În România, 11% dintre nou-născuți sunt prematuri, iar prematuritatea la naștere și complicațiile sale sunt responsabile pentru mai mult de jumătate dintre decesele neonatale. Cei mai mulți nou-născuți prematuri și/sau subponderali sunt născuți de mame adolescente și/sau de mame din grupurile socioeconomice defavorizate și/sau de etnie romă, de cele cu un nivel redus de educație și de cele care locuiesc în zone rurale. Mamele din aceste grupuri fie nu utilizează serviciile de îngrijire prenatală, fie le utilizează inadecvat și 40 la sută dintre femeile care nasc prematur nu beneficiază de consultații prenatale sistematice sau regulate (Stativa și Stoicescu, 2011).

Caseta 36: Declarațiile medicilor de familie despre abordarea lor de a răspunde numai atunci când sunt solicitați în legătură cu serviciile de îngrijire prenatală din zonele rurale

“Mamele minore sunt înregistrate de medicul de familie și sunt supravegheate pe durata sarcinii, iar copiii lor sunt de asemenea înregistrați. Supravegherea înseamnă că mama primește servicii, dar numai dacă și când vine la medic... Medicul de familie nu trebuie să meargă la ea acasă și să-i spună: te rog, vino. Astfel, deși asigurate pentru că sunt minore, multe dintre ele nu primesc serviciile tocmai pentru că nu vin la cabinetul unui medic de familie. Și apoi vine atunci când este însărcinată în aproape nouă luni și este aproape de a da naștere copilului. De ce nu a venit până acum? Lipsa informațiilor, rușinea, sărăcia, nu are haine pentru a se îmbrăca, nu are cum să ajungă acolo, cine știe? Și la această primă vizită, îi dau o trimitere către laborator, una pentru ecografie și una pentru un consult la ginecolog. Pentru a da curs fiecăreia din aceste trei trimiteri, trebuie să călătorească. Cel mai apropiat spital, Maternitatea Botoșani, este la distanță de 70-80 de km. Nu are bani să călătorească, deci nu va merge. De asemenea, nu va veni la mine a doua oară, deoarece tot ceea ce fac eu este să-i dau sarcini nerealiste, și nu soluții reale la problema ei.”

Sursa: Discuții de grup cu Colegiul Medicilor de Familie, Asociația Medicilor de Familie și Asociația Angajatorilor Medicilor de Familie, Județul Botoșani, iulie 2014.

Deși mortalitatea infantilă se află într-o tendință de scădere, aceasta este încă ridicată, în special în zonele rurale și în rândul celor mai vulnerabile grupuri. O pondere semnificativă din decesele înregistrate la copii cu vârsta mai mică de 1 an se produc la domiciliu, în timp ce majoritatea nou-născuților decedează fără a fi beneficiat de niciun fel de îngrijire medicală pentru boala care a dus la decesul lor (MS, 2013). În timp ce rata mortalității infantile a scăzut de la 18,4 în 2001 la 8,5 la 1.000 de nașteri vii în 2013, aceasta rămâne cea mai mare din UE (media UE-28 fiind de 3,8 la 1.000 de nașteri vii în 2012). De asemenea, în 2013, rata mortalității infantile a fost mai mare în zonele rurale decât în zonele urbane (6,8 la 1.000 de nașteri vii și 741 decese în rândul copiilor cu vârsta mai mică de 1 an în zonele urbane comparativ cu 10,4 la 1.000 de nașteri vii și 939 decese în rândul copiilor cu vârsta mai mică de 1 an în zonele rurale). Continuă să existe diferențe semnificative între județe, valorile maxime fiind de 13-15 la 1.000 de nașteri vii (Institutul Național de Statistică, Baza de date Tempo Online). Rata mortalității până la vârsta de 5 ani a scăzut de asemenea semnificativ, dar rămâne considerabil mai mare decât media UE-27 – 12,2 față de 4,8 la 1.000 de nașteri vii în 2012 (OMS-baza de date HFA). Riscul ca

un copil să decedeze înainte de vârsta de 5 ani oferă un instrument de măsură puternic al sănătății copiilor și este un indicator important al sărăciei și excluziunii sociale. Copiii din România au un risc mai mare de deces înainte de vârsta de 5 ani dacă se nasc în zonele rurale, în familii sărace, sau dacă mamele lor nu au avut acces la educația de bază. Mai mult de jumătate din decesele copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani sunt cauzate de boli care pot fi prevenite și tratate prin intervenții simple și accesibile (OMS, 2013).

România are o problemă gravă în ceea ce privește deficiențele nutriționale la copii din cauza accesului limitat la alimente și/sau a bolilor copilului. Această problemă necesită un răspuns urgent. Deficiențele nutriționale ale copilului sunt măsurate prin prevalența unui raport mic greutate-talie, iar în România acesta depășește standardul internațional al UNICEF de 10 la sută. Prevalența unui raport mic greutate-talie (un predictor la mortalității sub vârsta de 5 ani) a crescut semnificativ în ultimii ani de la 4,4 la sută în 2004 până la 10,4 la sută în 2010, cu rate considerabil mai mari în zonele rurale decât în zonele urbane, după cum se arată într-un studiu recent (MS et al, 2011). Acest studiu, care a evaluat eficiența programelor naționale ale MS în ceea ce privește starea nutrițională a copiilor sub vârsta de 2 ani, a arătat că este mai probabil ca acei copii cu deficiențe nutriționale care nu au beneficiat de alăptare timpurie, alăptare exclusivă până la vârsta de 6 luni sau o dietă minimum diversificată²⁶⁵ să aibă mame adolescente și/sau mai puțin educate. De asemenea, rata de alăptare exclusivă este clar mai mică în rândul copiilor crescuți în familii sărace sau extrem de sărace. Aceeași cercetare a arătat corelația pozitivă semnificativă dintre furnizarea de consiliere prenatală a mamelor privind alăptarea și durata alăptării. Numai una din două mame discutaseră despre alăptare cu medicul obstetrician/ginecolog. Mamele adolescente (cele cu vârste între 15 și 19 ani), mamele mai puțin educate și femeile din zonele rurale sunt grupurile cu cele mai puține mame care au primit consiliere în timpul sarcinii. Proporția mamelor de etnie romă care au beneficiat de pregătire privind alăptarea în timpul sarcinii a fost de aproape două ori mai mică decât proporția în rândul populației de alte etnii. În ceea ce privește pregătirea postnatală furnizată în spitale/unități de maternitate, numai 33 la sută dintre mame au afirmat că au fost pregătite în ceea ce privește alăptarea exclusivă și nu au existat diferențe semnificative între zonele rurale și cele urbane. În final, prevalența mare a anemiei printre copiii cu vârsta mai mică de 2 ani (40 la sută în 2010) confirmă faptul că România are o problemă privind deficiența nutrițională a copiilor. Copiii din zonele rurale consumă cu până la 15 la sută mai puține alimente care conțin fier (carne, ouă sau lapte) decât cei din zonele urbane. Medicii de familie care au participat la studiu au recunoscut că pacienții îi întreabă rar despre problemele legate de dietă și și-au exprimat opinia că este datoria mamei să solicite sfatul lor pentru a-și justifica abordarea, aceea de a interveni numai atunci când sunt solicitați.

Există o scădere alarmantă în ceea ce privește gradul de acoperire națională al imunizărilor. Gradul de acoperire al vaccinului DTP²⁶⁶ a scăzut de la 99 la sută în 2001 până la 89 la sută în 2013. Epidemii de rubeolă și pojar s-au produs în România la sfârșitul anilor 2011 și 2012. Din cauza numărului mare de adulți tineri care au contractat rubeolă, această epidemie a afectat un număr mare de femei însărcinate, ceea ce a condus la un mare număr de bebeluși care au fost născuți cu sindromul congenital de rubeolă. Conform experților OMS, acoperirea vaccinării contra pojarului în rândul copiilor nu este suficient de mare pentru a opri transmiterea pojarului. În general, lipsa colectării de date defalcate (cu excepția celor în funcție de vârstă, sex și locație geografică) face imposibilă identificarea grupurilor susceptibile și deci direcționarea intervențiilor. În timp ce medicii generaliști și alți specialiști susțin că nivelul de acceptare al publicului este redus în ceea ce privește vaccinarea, MS și organismele sale tehnice trebuie să facă eforturi pentru a asigura un nivel mai mare de acoperire al vaccinării de rutină și trebuie să inițieze campanii publice vizând creșterea încrederii populației în beneficiile pe termen lung a vaccinării și acceptarea imunizării conform calendarului național de vaccinare.

²⁶⁵ Un regim incorect diversificat nu include suficientă carne, ouă sau legume și unele tipuri de fructe sunt preferate față de altele (de ex. bananele față de mere).

²⁶⁶ Vaccinul împotriva difteriei, tetanosului și tusei (estimări OMS-UNICEF pentru România, disponibile la http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html)

Deși mortalitatea maternă este în descreștere, aceasta este încă ridicată și se produce în principal în rândul grupurilor sociale dezavantajate. Mortalitatea maternă în România rămâne mult mai mare decât media UE-27 - 11,44 comparativ cu 5,05 decese materne la 100.000 de nașteri vii începând din 2012 (OMS, baza de date HFA). Este îngrijorător faptul că numărul de decese în urma avorturilor s-a dublat și că mortalitatea maternă a crescut ca rezultat al riscului obstetric direct în 2013, comparativ cu 2012. Aceste statistici indică faptul că femeile gravide nu sunt monitorizate și înregistrate la timp pentru a permite detectarea timpurie a riscului obstetric și pentru a preveni avorturile (a se vedea Caseta 36). O analiză recentă a mortalității materne 2011-2012 în România (Stativa, 2013) a arătat că cele mai multe dintre femeile care decedează din cauze obstetrice directe au un nivel redus de educație (86 la sută din eșantion erau analfabete și absolvente numai de învățământ primar sau secundar), sunt șomere (74 la sută) și/sau mame singure (40 la sută). Rata mortalității materne este puțin mai mare în zonele rurale decât în zonele urbane și peste 65 la sută din femeile care au decedat²⁶⁷ în 2011-2012 nu au primit servicii prenatale.

Aceste fenomene alarmante indică faptul că îmbunătățirea alimentației și a rezultatelor privind sănătatea femeilor și copiilor trebuie să fie o prioritate pentru guvern în următorii câțiva ani. Actualele intervenții ale MS în domeniul sănătății mamei și copilului sunt discontinue, inadecvat finanțate, slab coordonate și monitorizate și nu au fost foarte eficiente. De aceea, MS trebuie să evalueze actualele sale intervenții din programele naționale de sănătate publică privind sănătatea mamei și a copilului și să le mențină numai pe acelea care sunt eficiente din punct de vedere al costurilor, introducând în același timp altele noi bazate pe dovezi de bună practică și pe nevoile reale ale grupurilor vulnerabile. Guvernul trebuie să furnizeze finanțare adecvată pentru intervenții preventive, inclusiv pentru acelea concepute pentru a oferi mamelor și familiilor acestora educație și informații privind îngrijirea prenatală și stilul de viață sănătos. În aceste intervenții trebuie inclusă educația parentală și aceasta trebuie să pună accent pe îmbunătățirea sănătății copilului, în special a sănătății copiilor din rândul populației dezavantajate.²⁶⁸

Pentru acoperirea la nivel național cu servicii de sănătate destinate mamei și copilului la același standard de calitate, decidenții trebuie să crească accesul populației la aceste servicii și să îmbunătățească calitatea acestora. Accesul la serviciile de sănătate pentru mamă și copil este limitat, uneori din cauză că aceste servicii sunt furnizate la distanțe prea mari de populația țintă sau pentru că femeia gravidă nu-și poate permite să plătească transportul către oraș pentru unele investigații sau chiar aceste investigații simple (ecografii sau teste de laborator). Deși, prin lege, aceste teste trebuie asigurate gratuit, adesea acest lucru nu se întâmplă în practică, deoarece bugetul sistemului de sănătate nu este suficient pentru a acoperi costurile. Un alt factor care limitează accesul este faptul că multe comunități rurale nu au medici de familie sau nici măcar asistenți comunitari. Acest lucru este cauzat parțial de faptul că puțini medici de familie par interesați de a lucra în acele comunități, dar și, parțial, pentru că autoritățile nu supraveghează și nu controlează activitatea acestora decât pe hârtie. Nu există mecanisme pentru evaluarea calității serviciilor furnizate de medicii de familie, de exemplu, pentru evaluarea respectării de către aceștia a instrucțiunilor și protocoalelor privind îngrijirea prenatală și postnatală sau îngrijirea nou-născuților.

De aceea, este nevoie de derularea de cercetări pentru a stabili ce factori împiedică accesul femeilor gravide, al mamelor care alăptează și nou-născuților la serviciile de sănătate și pentru a sugera moduri de a îndepărta obstacolele prin reglementări legale sau prin măsuri coerente de monitorizare și control. Pentru îmbunătățirea furnizării de îngrijiri prenatală și postnatală a copilului mic, recomandăm următoarele acțiuni prioritare:

²⁶⁷ Peste 125 de copii au rămas fără mame în urma a 53 de decese materne, dintre care 23 s-au produs ca rezultat al riscului obstetric direct (11 în timpul sarcinii, șase în timpul nașterii și șase în urma nașterii).

²⁶⁸ În special dat fiind faptul că cele mai multe decese în rândul copiilor cu vârstă de până la 1 an care s-au produs la domiciliu sunt corelate cu „incapacitatea părinților de a recunoaște boala la timp sau de a evalua corect gravitatea acesteia.” (UNICEF, 2005)

- Dezvoltarea de protocoale clinice, ghiduri și standarde de practică și prevederea obligației medicilor de a se supune auditului clinic realizat de către colegii lor.
- Dezvoltarea și implementarea de intervenții specifice pentru acoperirea vaccinală a copiilor vulnerabili care nu sunt incluși în campaniile naționale de imunizare.
- Creșterea la nivel național a acoperirii cu furnizori de servicii de sănătate de bază la nivel local (medici de familie, asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari romi).
- Instruirea sau reinstruirea furnizorilor de servicii de sănătate de la nivel comunitar (medici de familie, asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari romi) pentru furnizarea de servicii de calitate prenatală, postnatală și de îngrijire a copilului.
- Monitorizarea, evaluarea și controlul furnizării și calității serviciilor.

Reducerea numărului de boli cronice, a afecțiunilor de lungă durată și a deceselor evitabile

O provocare mare pentru sistemul de sănătate din România este accesul limitat al populației sărace la servicii de sănătate pentru boli cronice. Pachetul minim de servicii, conceput pentru a răspunde nevoilor de sănătate ale persoanelor neasigurate, nu acoperă aceste servicii (a se vedea **Error! Reference source not found.**). Există de asemenea posibilitatea ca persoanele sărace să nu fie conștiente de faptul că au nevoie de îngrijire medicală. În studii, aproape jumătate din respondenții din rândul persoanelor sărace care afirmă că au nevoie de asistență medicală nu o solicită. Decalajul dintre persoanele sărace și persoanele cu o situație materială mai bună este evident, în special în ceea ce privește tratamentul bolilor cronice. Astfel, 42 la sută dintre persoanele sărace nu primesc acest tip de îngrijire, comparativ cu 17 la sută din rândul persoanelor cu o situație materială mai bună. Simulările Băncii Mondiale care au presupus că nevoia de îngrijire în cazul bolilor cronice este similară pentru persoanele sărace și pentru persoanele cu o situație materială mai bună au arătat că 85 la sută dintre persoanele sărace care au nevoie de îngrijire pentru boli cronice nu o primesc (Banca Mondială, 2011). Costul medicamentelor și practica răspândită a plăților informale către personalul medical au fost raportate ca fiind principale obstacole în accesul la servicii de sănătate pentru boli cronice. Practicile de segregare și discriminare întâlnite la toate nivelurile sistemului de sănătate sunt obstacole suplimentare cu care se confruntă populația de etnie romă în încercarea de a accesa serviciile de sănătate.

Este nevoie de intervenții inovatoare, individualizate în funcție de factorii de risc prevalenți cu care se confruntă grupurile sărace și vulnerabile, pentru a reduce rata bolilor cronice în rândul acestor populații. Aceste intervenții trebuie să fie concepute, implementate, monitorizate și evaluate în cadrul fiecărui program național de sănătate publică pentru boli cronice. În prezent, programele naționale de sănătate publică ale MS nu pun accent suficient nici pe prevenția și detectarea precoce a bolilor cu impact major și nici pe principalii factori determinanți ai celor mai multe boli. Începând din iunie 2014, medicilor de familie li s-a solicitat să efectueze o evaluare a riscului în ceea ce privește sănătatea pentru fiecare asigurat din listă, dar nicio astfel de evaluare nu este prevăzută pentru persoanele neasigurate nici prin sistemul de asigurări de sănătate și nici prin programele naționale de sănătate publică. De aceea, este nevoie de campanii de informare eficiente, de furnizarea de servicii de sănătate care țin cont de diferențele culturale²⁶⁹ și de programe de prevenție pentru cele mai relevante boli și factori de risc. Bolile netransmisibile (BNT) sunt foarte răspândite în România și reprezintă cauza a 91 la sută din totalul deceselor. Dintre BNT, decesele cauzate de cancer ocupă locul al doilea după cele cauzate de bolile cardiovasculare. Cei trei factori de risc care au reprezentat cauza majorității bolilor în România sunt riscurile legate de alimentație, tensiunea arterială ridicată și fumatul. În 2010, principalul factor de risc pentru copiii cu vârsta mai mică de 5 ani a fost poluarea aerului casnic din cauza combustibililor solizi, în timp ce în cazul adulților cu vârsta între 15 și 49 de ani a fost consumul de alcool (IHME, 2013). Fumatul este o problemă de sănătate importantă pentru bărbați și femei, mai ales pentru grupele de

²⁶⁹ Un exemplu de serviciu de sănătate care ține seama de diferențele culturale este abordarea anumitor comunități rome cu oferta de servicii de sănătate reproductivă.

vârstă mai mici. Există un gradient socioeconomic invers prevalent în rândul bărbaților, dar nu și în rândul femeilor (MS și OMS, 2011). Fumatul este principalul factor de risc pentru cancer. Prevalența fumatului este mai mare în rândul bărbaților decât al femeilor (37,4 la sută față de 16,7 la sută), dar fumatul în rândul femeilor a crescut foarte semnificativ în ultimul deceniu. România este pe primul loc între toate țările membre ale UE în ceea ce privește consumul de alcool, cu o rată care este cu 130% mai mare decât media UE.²⁷⁰ Rata mortalității din cauza cirozei și a altor efecte ale consumului de alcool a crescut substanțial în ultimii ani. În ceea ce privește numărul de ani de viață pierduți din cauza deceselor premature în România, ciroza hepatică a fost printre primele cauze în 2010 (OMS, 2012).

Prin urmare, recomandăm guvernului să ia în considerare dezvoltarea de planuri locale, regionale și naționale pentru reducerea incidenței comportamentului nesănătos și pentru prevenirea bolilor cronice. De asemenea, în cadrul programelor naționale de sănătate publică, MS trebuie să conceapă și să implementeze intervenții de promovare a sănătății pe bază de dovezi. Acestea trebuie să se concentreze pe: (i) reducerea consumului nociv de alcool, mai ales în zonele rurale, cu accent pe persoanele mai puțin educate; (ii) dezvoltarea de programe de prevenire a fumatului în zonele urbane, inclusiv în rândul populației mai educate; și (iii) inițierea intervențiilor de sensibilizare în comunități specifice, identificate ca fiind cele mai vulnerabile.

În următorii ani, trebuie evaluată eficiența programului național de screening pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin. România are în continuare cea mai mare rată de mortalitate prin cancer de col uterin din UE, în ciuda faptului că această boală este ușor de prevenit sau de tratat dacă este diagnosticată precoce. Cele mai frecvente tipuri de cancer la femei sunt cancerul de sân, colorectal, și de col uterin, în timp ce cancerul de plămâni, colorectal și de prostată sunt cele mai frecvent întâlnite la bărbați. În 2012, MS a inițiat un program de screening (de depistare precoce) a cancerului de col uterin destinat populației, care este încă în curs de desfășurare, însă necesită o componentă specifică direcționată către femeile cele mai vulnerabile. Programul vizează femeile cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 de ani și prevede testarea acestora o dată la cinci ani. Medicii de familie furnizează în cadrul programului liste cu pacienții lor de sex feminin din grupul de vârstă vizat de program, cărora li se trimite ulterior o invitație de a participa la examinare. Totuși, aceasta înseamnă că este puțin probabil ca femeile neasigurate să fie incluse, deși programul este un program național de sănătate publică. Unii profesioniști din sistemul de sănătate susțin că nu toate femeile care sunt diagnosticate cu cancer de col uterin în urma examinării primesc un tratament ulterior, în special cele sărace și cele din zonele rurale și din cele îndepărtate. Această situație este cauzată de costurile de transport, tratament, de lipsa unei infrastructuri de sănătate adecvate precum și a personalului medical insuficient (în principal în serviciile de oncologie). De asemenea, în „Raportul de activitate pentru anul 2013” al MS²⁷¹, unitatea pentru implementarea programelor identifică multe blocaje ale conceperii și implementării programului și sugerează modalități simple, dar eficiente, de îmbunătățire a programului de depistare a cancerului de col uterin și a continuității depistării ciclice timpurii - tratament și îngrijire. În general, este nevoie de o mai bună planificare, monitorizare și management a programului de depistare a cancerului de col uterin la nivel central și județean.

Guvernul trebuie să inițieze și să finanțeze un program de screening pentru depistarea precoce a cancerului de sân în special pentru femeile sărace și vulnerabile și pentru cele din zonele rurale. Programul trebuie să vizeze femeile cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani și trebuie să includă intervenții care să țină cont de posibilele diferențe culturale pentru persoanele sărace și vulnerabile, inclusiv pentru romi.

În viitorul apropiat, investițiile în îngrijirile paliative și de lungă durată sunt obligatorii, având în vedere îmbătrânirea populației și rata ridicată și în creștere a mortalității cauzate de cancer. Îngrijirile paliative și de lungă durată și serviciile de reabilitare nu sunt suficient de dezvoltate în cadrul sistemului public

²⁷⁰ Consumul de alcool în rândul adulților cu vârste de peste 15 ani inclusiv a fost de 16,2 litri de alcool pur per persoană per an în 2008, comparativ cu media UE de 12,45 litri (OMS, 2012: 115).

²⁷¹ <http://www.ms.ro/upload/Raport%20de%20activitate%202013.pdf>

de sănătate, iar aceasta este o problemă care nu a fost abordată în mod consecvent în România. Majoritatea îngrijirilor de lungă durată sunt acordate de familia pacientului, existând puține resurse de sprijinire a îngrijitorilor neoficiali. Puținele activități de îngrijire profesională de lungă durată și de îngrijire la domiciliu care există sunt finanțate în principal din donații (Genet et al, 2012). Disponibilitatea serviciilor de îngrijire paliativă este în continuare foarte limitată. Specialiștii în îngrijire profesională afirmă că în prezent numai un segment de aproximativ 5 până la 10 la sută dintre persoanele care necesită tratament paliativ îl vor primi în mod efectiv. Conform datelor din 2010, furnizate de Asociația Națională Română de Îngrijiri Paliative și Fundația Hospice Casa Speranței, îngrijirile paliative specializate sunt disponibile numai în 16 județe. În total există 46 de unități de îngrijire paliativă, însă distribuția acestora este neregulată (12 dintre acestea fiind situate în București, iar altele 12 în Brașov). Majoritatea pacienților în stadii avansate de cancer sunt tratați acasă și rămân în grija medicilor generaliști, care de obicei duc lipsă de instruire și de practică în acest domeniu. Rambursarea asigurării de sănătate pentru îngrijirea paliativă este insuficientă (până la 90 de zile de îngrijire per pacient), iar unitățile de îngrijire paliativă pretind că, în practică, finanțarea asigurării de sănătate acoperă doar 20 până la 50 la sută din costurile reale.

Îmbunătățirea serviciilor de sănătate pentru bolile transmisibile

Controlul și tratamentul bolilor infecțioase, în special al tuberculozei (TBC) și HIV/SIDA, trebuie să rămână unul dintre principalele puncte de pe agenda politică, deoarece sunt deosebit de răspândite în rândul grupurilor vulnerabile, inclusiv al romilor. TBC rămâne o problemă esențială în România, afectând în principal adulții în a doua jumătate a vieții. Distribuția geografică a TBC pe județe este invers corelată cu nivelul de venit și de educație (Banca Mondială, 2011). Deși pacienții cu HIV/SIDA au acces gratuit la medicamente și rata de supraviețuire este de aproximativ 30 de ori mai mare decât în 1990, problema reprezintă în continuare o preocupare majoră, deoarece nu sunt disponibile niciun fel de bugete sau servicii publice de prevenire, în special pentru grupurile vulnerabile precum utilizatorii de droguri injectabile (UDI).

Tuberculoza este o boală a sărăciei, controlul tuberculozei rămânând astfel o prioritate esențială a sănătății publice în România. Legăturile dintre sărăcie și rata mortalității cauzate de tuberculoză au fost documentate vreme îndelungată. Incidența și prevalența bolii în România au scăzut în mod constant în ultimul deceniu, dar OMS încă include România în rândul celor 18 țări cu prioritate ridicată din regiunea europeană OMS din cauza numărului mare de cazuri de tuberculoză multi-drog rezistentă (MDR-TB).

Pacienții cu tuberculoză din România se confruntă cu multe probleme. În general, medicii din asistența medicală primară nu manifestă un interes special în ceea ce privește prevenirea sau tratarea tuberculozei. Există, de asemenea, un timp de așteptare pentru consultarea unui medic de familie, și, prin urmare, pacienții preferă adesea să solicite asistență medicală de urgență în spital. Diagnosticarea târzie și spitalizarea excesiv de lungă față de standardele internaționale, și reprezintă regula în România, alături de o disponibilitate limitată și adesea o discontinuitate a medicamentelor prescrise. Mulți pacienți nu primesc tratament de specialitate sau asistența psihologică necesară pentru a continua tratamentul în afara spitalului. Ajutorul social este limitat la 100 la sută din salariul pacientului pentru un an de concediu medical, însă numai pentru acei pacienți care au fost încadrați în muncă înainte de începerea tratamentului. Nu există fonduri publice care să vină în sprijinul șomerilor, al lucrătorilor pe cont propriu, al persoanelor care lucrează în agricultură, sau al grupurilor vulnerabile cum ar fi persoanele fără adăpost. Autoritățile locale nu dețin cunoștințele necesare în acest sens și, prin urmare, nu își pot asuma angajamentul de a sprijini intervențiile de control al TBC.

Deși în ultimii ani România a înregistrat progrese remarcabile în depistarea și tratarea tuberculozei, rata de notificare a cazurilor de TBC rămâne cea mai ridicată dintre toate statele membre UE. Datele din Programul național de control al tuberculozei (PNCT) din cadrul MS arată că există disparități semnificative la nivelul județelor, variind de la un minim de 26 per 100.000 locuitori la un maxim de 114 de cazuri, ca în 2013. În rândul deținuților, ratele de notificare ale cazurilor de TBC sunt de până la șapte

ori mai mari decât cele ale populației generale (479 cazuri per 100.000 în 2013 în comparație cu 16711 cazuri per 100.000 în rândul populației generale). În plus, utilizarea Tratatului sub Directă Observație (DOT), una dintre cele mai eficiente modalități de a controla răspândirea bolii în fază incipientă, s-a redus în România în ultimii ani.²⁷² Există puține opțiuni disponibile de primire a unui tratament ambulatoriu DOTS. Tratatul TBC în etapa de continuare este furnizat de medicii de familie care au tendința de a fi nemotivați în a furniza DOTS pentru pacienții care suferă de TBC și MDR-TB, în lipsa stimulentele financiare din partea MS. Pacienții trebuie să se deplaseze pentru tratament la dispensarele județene de TBC, sau la sfârșit de săptămână, când dispensarele sunt închise, trebuie să își administreze singuri tratamentul. Furnizorii alternativi de DOT, cum sunt asistenții medicali comunitari, mediatorii sanitari romi, și membrii de familie, sunt rar folosiți, și nu este implementată încă nicio abordare centrată pe pacient.

Obiectivul guvernului în această zonă ar trebui să fie mărirea accesului la îngrijirea și prevenirea TBC printr-o abordare integrată, centrată pe pacient, care ia în considerare rata crescută de incidență în România și directa corelare a acesteia cu sărăcia și vulnerabilitate. Pentru îndeplinirea acestui obiectiv, guvernul ar trebui să-și reformeze eforturile naționale de combatere a TBC pentru a le alinia la recomandările emise de OMS și Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC) în 2014. În 2 octombrie 2012, în timpul vizitei în România a Directorului Regional OMS și a Comisarului European pentru Sănătate Publică și Protecția Consumatorului, prim-ministrul a lansat oficial Planul național de prevenire și control M/XDR-TB²⁷³ 2012-2015. Totuși, implementarea acestuia a fost amânată din lipsă de resurse financiare, în ciuda eforturilor misiunilor comune de monitorizare OMS-ECDC de a pune presiune pe guvern.

Recomandările noastre pentru reconfigurarea și ajustarea Planului național de prevenire și control M/XDR-TB 2012-2015 sunt următoarele:

- Asigurarea finanțării adecvate și includerea măsurilor specifice, vizând grupurile și comunitățile cele mai vulnerabile.
- Includerea suportului social și a intervențiilor specifice destinate persoanelor sărace, cum ar fi cupoanele valorice pentru transportul la unitățile medicale și subvențiile pentru pacienții cu MDR-TB pentru o nutriție adecvată sau consiliere psihologică. De asemenea, dezvoltarea (și alocarea de bugete adecvate din fonduri naționale și internaționale) de intervenții specifice pentru grupurile vulnerabile cum ar fi UDI, copiii străzii, persoanele fără adăpost, și romii. O gamă extinsă de intervenții menite să reducă TBC în rândul populațiilor vulnerabile a fost testată în întreaga lume, acestea fiind recomandate cu fermitate de OMS și de organismele tehnice ale acestuia (Parteneriatul Stop TB).
- Consolidarea Strategiei de tratament direct observat (DOTS), prin măsuri de reglementare și cartografiere a resurselor la nivelul județelor. Folosirea medicilor de familie și a lucrătorilor medicali comunitari disponibili (în special în zonele rurale) în vederea aplicării riguroase a DOT. Dezvoltarea ciclurilor de planificare, implementare, monitorizare și evaluare, și asigurarea finanțării adecvate, dezvoltarea liniilor directe și a procedurilor pentru implementarea DOT, și asigurarea de către coordonatorii PNCT a orientării, supravegherii și controlului adecvate. Cel mai important, se impune instruirea și/sau reinstruirea periodică a furnizorilor DOT.
- Îmbunătățirea identificării persoanelor cu TBC prin intervenții de informare, educare, comunicare (IEC). Angajarea și instruirea furnizorilor de servicii medicale (managerii PNCT județeni, rețeaua de medici de familie, asistenții medicali comunitari) și a susținătorilor DOT. Informarea și instruirea părților interesate din cadrul comunității în vederea identificării cauzelor TBC. Conceperea, actualizarea și distribuția periodică de materiale IEC către furnizori și pacienți. Semnarea de contracte cu ONG-uri pentru a ajunge la cele mai îndepărtate comunități din întreaga țară.

²⁷² DOTS - Strategie OMS („Strategia Tratatului sub Directă Observație”) care prevede că un cadru medical instruit sau o altă persoană desemnată (altă decât un membru al familiei) furnizează direct pacientului medicamentele prescrise pentru TBC și îl urmărește pe acesta cum înghite fiecare doză.

²⁷³ M/XDR-TB semnifică tuberculoza rezistentă la multiple medicamente și la majoritatea medicamentelor.

Creșterea gradului de conștientizare în cadrul comunităților și al autorităților locale cu privire la TBC și la existența serviciilor de tratament. Planificarea, monitorizarea și evaluarea intervențiilor de informare în vederea educării grupurilor vulnerabile, a pacienților, și a comunităților cu privire la TBC. Derularea de campanii CCE destinate gospodăriilor sărace, populațiilor rurale, romilor, și altor grupuri vulnerabile cu risc mai ridicat de TBC.

- Revizuirea sistemului informatic privind Programul național toxicologic și colectarea datelor defalcate atât la nivel de județ, cât și la nivel național. Elaborarea de criterii solide pentru delimitarea pacienților săraci și a celor mai vulnerabili, atât în rândul cazurilor suspectate, cât și al celor confirmate. Efectuarea unei analize periodice a datelor colectate de sistemul revizuit PNCT de informații privind sănătatea. Documentarea tuturor intervențiilor cu orientare specifică la fiecare rundă a PNCT.
- Dezvoltarea procedurilor și liniilor directe pentru depistarea și îngrijirea HIV/SIDA și TBC în baza recomandărilor și a protocoalelor internaționale. Investiția în prevenirea HIV/SIDA, punându-se accentul pe grupurile vulnerabile specifice.

Caseta 37: Sprijin internațional pentru România pentru controlul bolilor infecțioase

Fondul Global de Luptă împotriva SIDA, Tuberculozei și Malariei sprijină eforturile României de combatere a TBC încă din anul 2004. Fondul Global pentru România a aprobat patru granturi în valoare totală de 68,8 milioane USD pentru lupta împotriva TBC și HIV/SIDA între 2004 și 2014. Fondul Global pentru România pentru HIV/SIDA s-a încheiat în anul 2009. România este în continuare eligibilă pentru sprijin pentru combaterea TBC, din cauza ratei crescute de boli din țara noastră. Actualul grant al Fondului Global a fost acordat pentru a ajuta guvernul să amplifice furnizarea de tratamente și îngrijiri MDR-TB de înaltă calitate. Printre alte activități sprijinite prin granturi se numără instruirea furnizorilor de servicii medicale și programele de educație și de promovare a aderării la program destinate săracilor, persoanelor fără adăpost, deținuților, romilor și comunităților rurale. În 2015-2016, este posibil ca România să primească maxim 12,8 milioane USD pentru controlul TBC, cu condiția ca guvernul să aprobe și să aloce un buget pentru Planul de prevenire și control M/XDR-TB pentru 2014 - 2020. Datorită sprijinului pe termen lung al Fondului Global, în România există o rețea de ONG-uri active și bine informate în domeniul controlului TBC.

Mecanismul Financiar Norvegian sprijină inițiativele MS în domeniul sănătății publice, inclusiv controlul TBC, prin programul denumit Inițiative de Sănătate Publică, care se axează pe MDR-TB, HIV/SIDA, și hepatita B și C. Programul are un buget de 5,3 milioane Euro și are ca prioritate creșterea accesului grupurilor vulnerabile precum romii la asistența medicală primară și la serviciile de îngrijire comunitară. O a doua propunere de proiect TBC de aproximativ 5 milioane de euro a fost aprobată de Mecanismul Financiar Norvegian în vara anului 2014. Ambele programe vor fi implementate până la sfârșitul lunii aprilie 2016.

2.5.3. Creșterea accesului grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate de calitate

Prezenta secțiune se concentrează asupra rețelei de asistență medicală primară și de asistență medicală comunitară din România, care reprezintă cel mai bun cadru pentru implementarea eficientă a recomandărilor menționate în secțiunile anterioare. Medicii de familie și asistenții acestora, împreună cu asistenții medicali comunitari, asistenții sociali, mediatorii școlari și mediatorii sanitari pentru romi reprezintă actori cheie, în asigurarea accesului la serviciile de sănătate pentru grupurile sărace și vulnerabile și în comunitățile sărace sau marginalizate (atât rurale, cât și urbane). Recomandăm ca toate aceste părți interesate să devină parte a echipelor multi-disciplinare de la nivel local care vor implementa abordarea integrată pentru furnizarea de servicii sociale în următorii câțiva ani (a se vedea 2.3.5. Dezvoltarea echipelor comunitare de intervenție integrată).

Consolidarea și îmbunătățirea calității furnizării de servicii de asistență medicală primară

În prezent, rețeaua de servicii de asistență medicală primară din România este inefficientă în furnizarea de servicii medicale pentru persoanele sărace. Există două motive principale în acest sens: (i) absența resurselor umane, a stimulentei și a bugetelor adecvate, în special în zonele rurale și (ii) comportamentul medicilor de familie care își pot desfășura activitatea cu o monitorizare redusă a activității lor zilnice.

Rețeaua de asistență medicală primară trebuie extinsă și consolidată. Profesia de medic de familie a fost introdusă în a doua jumătate a anilor nouăzeci, ca parte a reformei generale din domeniul asistenței medicale primare. Necesită patru ani suplimentari de studii postuniversitare față de pregătirea necesară pentru a deveni medic generalist, care necesită doar studii universitare. Această reformă a eliminat și diferența dintre furnizorii de asistență medicală primară pentru adulți și cei pentru copii. Medicii de familie au devenit furnizori independenți de servicii, prin contract cu Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (CNAS). Anual, aceștia negociază și semnează contracte cu Casele Județene de Asigurări de Sănătate (CJAS) pentru a furniza un „pachet de bază de servicii” pentru populația asigurată (beneficiarii eligibili înregistrați pe propria lor listă de pacienți) și neasigurată (care are dreptul să primească „un pachet minim de servicii de sănătate”). Deși asistența medicală primară este asociată cu medicii, un rol foarte important îl joacă asistenții angajați de medicii de familie din bugetul propriu al cabinetelor lor medicale.

Pentru a adapta furnizarea serviciilor medicale primare la nevoile celor mai dezavantajate persoane, recomandăm ca guvernul să aibă în vedere adoptarea următoarelor măsuri prioritare:

- Dezvoltarea și implementarea de modele noi de furnizare de servicii medicale, cum ar fi serviciile diversificate și rețele de furnizori (îngrijiri ambulatorii, spitale, îngrijire de lungă durată, îngrijire la domiciliu, și îngrijiri paliative) în anumite zone, odată cu creșterea rolului furnizorilor de servicii medicale primare în managementul de caz al pacienților, în special pentru bolile cronice și cu accent pe prevenția primară și secundară.
- Dezvoltarea, cu prioritate, a serviciilor de sănătate comunitare în satele în care nu există cabinete permanente de medicină de familie (2.3. Serviciile sociale).
- Explorarea soluțiilor alternative inovatoare, cum ar fi telemedicina, pentru a ajunge la comunitățile izolate și pentru înlăturarea distribuției inegale a resurselor și a cadrelor medicale. Drept condiție preliminară, implementarea legislației pentru înlesnirea unei asemenea abordări.

La nivelul ofertei, nu există încă nicio strategie efectivă privind forța de muncă din domeniul sănătății, în special pentru atragerea de personal în zonele rurale și păstrarea acestuia în acele zone. În România disponibilitatea tuturor tipurilor de cadre medicale este mult sub media europeană, în special în zonele rurale (Tabel 38). Un număr mare de medici și asistenți au renunțat la medicină și chiar au plecat din țară în căutarea unor câștiguri și a unor condiții de muncă mai bune, și/sau a recunoașterii sociale. Între anii 2000 și 2005, aproximativ 10 la sută (5.180) din numărul total de medici și 5 la sută (4.440) dintre asistenții instruiți în România au lucrat în țări ale OCDE (Simoens și Hurst, 2006).²⁷⁴ Extinderea UE în 2007 și criza economică din 2009-2010 a făcut să crească considerabil aceste fluxuri migratorii existente către țările vestice din UE (Galan et al, 2011).²⁷⁵ Dat fiind că medicina de familie este una dintre cele mai căutate specialități în unele țări membre ale UE, este cel mai probabil că inegalitățile existente legate

²⁷⁴ Aceste procentaje erau mai mari pentru români comparativ, cu cetățenii altor țări foste comuniste. De exemplu, procentajele echivalente pentru bulgari erau de 6,2% în cazul medicilor și 2,6% în cazul asistentelor.

²⁷⁵ Numai în 2007 au plecat aproximativ 3% dintre toți medicii practicanți din România (1.421 de medici). În 2009-2010, înghețarea procesului de angajare și diminuarea cu 25% a salariilor din sectorul public (ca parte a „politicii de austeritate” a guvernului) au contribuit la creșterea numărului de emigrări. Conform Colegiului Național al Medicilor, din 2007 până în decembrie 2014, autoritatea competentă a emis pentru medicii români peste 16.000 de certificate de recunoaștere a diplomelor medicale în spațiul UE.

de accesul la serviciile de asistență medicală primară se vor accentua și mai mult, dacă emigrarea medicilor de familie continuă și/sau se accentuează.

Tabel 38: Resurse în serviciile medicale în 2011 (număr)

	Diferite resurse per 100,000 de locuitori					
	Medici generaliști	Medici activi	Medici specialiști	Farmacисти	Asistenți	Paturi de spital
România	68	239	70	68	551	611
UE-28	79	346	92	*	836	540

Sursa: OMS/Europa, Baza de date europeană HFA, noiembrie 2014.

Notă: *Date nedisponibile.

În vederea reducerii eficiente a inegalităților socioeconomice, guvernul trebuie să dezvolte un plan național de servicii de sănătate, urmat de investiții prudente în infrastructură și investiții semnificative în resurse umane. Lipsa unui număr suficient de cadre medicale și distribuția inegală a acestora, împreună cu inegalitățile geografice din distribuția infrastructurii de sănătate au contribuit la inegalități în privința accesului la asistență medicală. Majoritatea infrastructurii medicale este situată în zonele urbane, în timp ce în zonele rurale se găsesc doar 11% din spitale, 8% din clinici/cabinete medicale specializate, și 20,5% din numărul total de farmacii. Aceasta este situația, în ciuda faptului că aproximativ jumătate din populația națională locuiește în zonele rurale (Institutul Național de Statistică, 2012). Din acest motiv, la nivel european, în România se înregistrează cei mai mari timpi de deplasare la un spital important, după nordul Norvegiei, nordul Scoției, sudul Italiei, Insulele grecești, și estul Poloniei (Bertolini et al, 2008). Prin urmare, furnizorii de asistență medicală primară și asistenții comunitari (a se vedea, de asemenea, capitolul Serviciile sociale) dețin cheia asigurării accesului la serviciile de sănătate în majoritatea comunităților rurale sau sărace. Cu toate acestea, densitatea la scară națională a medicilor de familie și a celor generaliști este de numai 0,5 per 1.000 de locuitori în zonele rurale, comparativ cu 0,73 per 1.000 de locuitori în zonele urbane²⁷⁶. Așadar, în zonele rurale, chiar și plecarea unui număr mic de specialiști în domeniul sănătății poate reduce în mod substanțial accesul la servicii de sănătate. Migrația cadrelor medicale a reprezentat un subiect de îngrijorare important pentru factorii de decizie, în special din cauza faptului că regiunea nord-estică, cea mai defavorizată din punct de vedere economic, și zonele rurale cel mai puțin acoperite ca număr de medici au înregistrat printre cele mai ridicate rate de emigrare a medicilor și asistenților medicali (Galan et al, 2011). Un studiu recent (Oxford Policy Management și Banca Mondială, 2012) a arătat că, în zonele rurale, serviciile de asistență medicală primară sunt distribuite în mod inegal la nivel geografic, cele mai mari diferențe fiind identificate în regiunile nord-estice, sudice și sud-estice.

Astfel, în următorii ani, recomandăm guvernului să ia în considerare:

- Reexaminarea și revizuirea stimulentele financiare și nefinanciare existente, concepute să atragă și să păstreze medicii în zonele rurale și în cele izolate.
- Instituirea de planuri locale, județene și regionale de servicii de sănătate, care trebuie consolidate într-un plan național de servicii de sănătate și urmate de investiții prudente în infrastructură și de investiții în resurse umane.
- Efectuarea de investiții rentabile în infrastructura de sănătate și în tehnologie, conform cerințelor planului național al serviciilor de sănătate și în baza dovezilor justificative.

În plus, guvernul ar trebui să ia în calcul posibilitatea de a le permite autorităților locale să angajeze medici generaliști în circumstanțe speciale, cu fonduri de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Într-un caz recent, într-o comună cu mai puțin de 800 de locuitori din regiunea nord-estică, medicul de familie a decedat, iar moștenitorii acestuia au pus în vânzare cabinetul său medical. Autoritatea locală nu a putut furniza locuitorilor comunei niciun fel de asistență medicală, deoarece regulamentele actuale

²⁷⁶ Institutul Național de Statistică, 2012.

în vigoare nu permit deschiderea unui al doilea cabinet medical (sau stație de lucru/unitate) într-un loc cu un număr atât de mic de locuitori.

În vederea atingerii obiectivului de asigurare a accesului la asistență medicală de calitate pentru toate persoanele, guvernul va trebui să implementeze măsuri pentru asigurarea continuității îngrijirilor la toate nivelurile sistemului și să instituie un sistem fiabil de trimitere de la medicii de familie la specialiști și invers. În prezent, pacienții asigurați pot avea acces la serviciile specializate și spitalicești numai cu trimitere de la medicii lor de familie. După standardele internaționale, în România procentul de trimitere la structurile de asistență medicală specializată este ridicat - 9% în zonele rurale și 12% în zonele urbane. Totuși, această situație este cauzată parțial de regulile impuse medicilor de familie de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, care îi împiedică să furnizeze ei înșiși anumite analize și tratamente. Prin urmare, guvernul trebuie să ia în calcul:

- Elaborarea unor metodologii și standarde de îngrijiri medicale menite să integreze serviciile comunitare, furnizarea de servicii medicale de către medicii de familie și îngrijirile medicale de specialitate.
- Includerea în Sistemul Informatic Unic al sectorului de sănătate a unui modul menit să monitorizeze continuitatea asistenței medicale.
- Analizarea rezultatelor activității de monitorizare la nivel județean și național și utilizarea acestora ca puncte de plecare pentru planurile locale, județene și naționale pentru serviciile de sănătate.

Calitatea serviciilor de asistență medicală primară trebuie să fie îmbunătățită în mod considerabil și monitorizată și controlată în mod sistematic, în special în legătură cu serviciile furnizate populației sărace și vulnerabile. Diferite părți interesate, locale și centrale, și-au exprimat nemulțumirea generală cu privire la performanțele profesionale ale medicilor de familie și ale medicilor generaliști (Stănculescu și Neculau, 2014, și cercetarea calitativă efectuată pentru documentarea Strategiei). Un număr important de medici de familie sunt exclusiv orientați către caracterul comercial al meseriei lor și nu arată empatie față de pacienții și comunitățile cu care interacționează, în special față de persoanele sărace (**Error! Reference source not found.**). Aceștia sunt grupați într-o asociație a medicilor de familie, similară unui patronat, și amenință în mod frecvent cu greva dacă le sunt afectate drepturile, contractele sau salariile actuale. Ei amenință cu greva și atunci când primesc atribuții suplimentare fără compensații financiare, deși veniturile lor (oficiale) actuale sunt comparabile și chiar mai ridicate decât cele ale medicilor care lucrează în spitale. În plus, mulți medici de familie refuză să participe la programele medicale preventive, finanțate de MS, dacă nu sunt remunerați în plus pentru aceste activități, în ciuda faptului că este probabil ca beneficiarii acestor programe să fie persoane asigurate pentru care medicul primește deja finanțare per capita de la CNAS. Un exemplu în acest sens este programul de depistare a cancerului de col uterin, pentru care medicii de familie primesc plăți suplimentare de la MS din fondurile alocate programului, deși majoritatea femeilor care sunt examinate este deja înscrisă pe listele de capitație ale medicilor de familie. După cum declara un factor de decizie de la nivel înalt într-un interviu pentru un studiu recent, „Mulți medici de familie sunt precum vânzătorii din micile magazine. Deschid la ora 9am și închid la ora 5pm, nu au nici timp, nici interes pentru activitățile de prevenție, și nu cunosc nimic despre pacient în afară de ceea ce este înregistrat în dosarul medical al acestuia” (Stănculescu și Neculau, 2014: 88). În plus, specialiștii intervievați tind să creadă că medicii de familie își petrec majoritatea timpului scriind rețete pentru medicamente compensate, pentru care primesc aceeași plată ca și pentru o consultație obișnuită, cu o taxă per serviciu fără a furniza efectiv pacienților consultații *per se*. Cu toate acestea, medicii de familie obișnuiesc să reclame că efectuează mai multe consultații zilnice decât cele compensate, deoarece contractele lor cu CNAS/CJAS acoperă doar un număr limitat de consultații pe lângă plata per capita. Nu în ultimul rând, nu există practic nicio monitorizare și niciun control ale activităților medicilor de familie. Atât Direcțiile Județene de Sănătate Publică ale MS - cât și Casele Județene de Asigurări de Sănătate au o capacitate limitată și funcționează în baza unor reglementări neclare care limitează controlul furnizorilor de servicii de asistență medicală primară. Drept rezultat, au existat cazuri de medici de familie care au semnat contracte de prestări de servicii pentru mai multe locații, dar s-au deplasat rar în cea de-a doua și în cea de-a treia locație contractată, adesea în comunități sărace, izolate, cu numai câteva sute de locuitori.

Prin urmare, recomandăm guvernului să ia în considerare cu prioritate următoarele acțiuni:

- Efectuarea unui audit clinic²⁷⁷ al furnizorilor de servicii medicale primare.
- Instituirea unor mecanisme naționale și a unor responsabilități clare pentru monitorizarea și evaluarea regulată a serviciilor medicale primare.
- Elaborarea unui sistem de colectare de date despre pacienți, și implementarea unui sistem de colectare a datelor defalcate și de analiză a furnizării de servicii medicale primare.

Caseta 38: Opinia medicilor de familie cu privire la furnizarea de servicii medicale pentru persoanele sărace

Cercetarea calitativă efectuată pentru acest raport în iunie 2014 a evidențiat opiniile medicilor de familie cu privire la furnizarea de servicii medicale pentru populația săracă și vulnerabilă, exprimată de reprezentanții asociațiilor profesionale ale acestora:

„Oamenii vin la noi, însă nu sunt informați, și de obicei întârzie. Cu toate acestea, ei solicită atenție și încep să se plângă spunând: ce ar trebui fac? O să mor! Și ce dacă, răspund eu, sunt destui preoți, lăsați-mă în pace. Nu mai suport, oamenii sunt pur și simplu prea dificili, și nu ne arată respect sau considerație. Ei ne confundă pe noi, medicii de familie cu studii universitare, cu asistenții medicali comunitari. Confundă merele cu nucile. Ca să înțelegeți mai bine, în prezent, Casa de Asigurări mă obligă să mă ocup doar de pacienții asigurați, deoarece numai așa îmi pot primi plata. Și ca să fiu sincer, nu am timpul necesar, având în vedere tarifele mici, să îi tratez pe cei neasigurați... pe cei vulnerabili. Din când în când, fac și opere de caritate deoarece oamenii mă cunosc și nu vreau să fiu scuipat în față sau să mi se arunce cu pietre în mașină. Însă ea, comunitatea, nu se gândește că relația noastră ar trebui să fie un fel de yin și yang... În cazul pacienților asigurați sunt plătiți de Casa de Asigurări, iar în cazul pacienților vulnerabili, desigur, pot presta servicii însă numai dacă și atunci când comunitatea le solicită și plătește o anumită sumă, să zicem, suficientă pentru angajarea unui asistent în plus sau chiar a unui al doilea medic.... Bineînțeles, medicii de familie ar trata persoanele vulnerabile sau pe cele neasurate dacă ar primi stimulente. De exemplu, colegului mai experimentat care are numai pacienți blonzi cu ochi albaștri, oferiți-i 2 RON per punct, însă plățiți-i 100 RON per punct pentru un țigan. În acest caz, desigur că m-aș ocupa de comunitatea de țigani din zona mea, însă nu în alte condiții... prestatorul trebuie să primească stimulente.” (Extras dintr-o discuție de grup cu reprezentanți ai Colegiului Medicilor de Familie, ai Asociației Medicilor de Familie și ai Asociației Angajatorilor Medicilor de Familie, Județul Botoșani.)

„Dacă pacientul poate să-și aleagă medicul de familie, la fel pot și eu să spun: Nu vreau să înregistrez pe lista mea pe cutare sau cutare. Dacă, în plus, această persoană nu este asigurată, nu o poți înregistra. Înainte era posibil, însă în prezent Casa de Asigurări pur și simplu îi taie de pe listă, iar eu nu îmi primesc plata.” (Interviu cu un reprezentant al Colegiului Medicilor de Familie, Județul Arad)

La nivelul cererii, MS trebuie să crească gradul de utilizare al serviciilor medicale primare prin dezvoltarea de servicii de educație pentru sănătate și prevenirea îmbolnăvirilor. Folosirea serviciilor medicale primare de către populație este scăzută. Datele din proiectul pilot 2012 privind Monitorizarea indicatorilor de sănătate la nivelul Comunității Europene (MISCE) au arătat că media de vizite auto-raportate la medicii generalişti din România e printre cele mai scăzute din UE, – cu 2,7 vizite pe an pentru persoanele cu vârsta de 15 ani și peste, în comparație cu cifra de 4,8 din UE. Contrastul este și mai evident pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani – 1,9 consultații pe persoană anual versus media UE de 4,1 consultații pe persoană anual. Faptul că multe persoane din rândul populației generale nu înțeleg că au dreptul la servicii medicale în modul stipulat în Constituție, contribuie la inegalitățile în materie de sănătate și la o rată de utilizare scăzută a serviciilor medicale primare. Cele mai dezavantaje categorii sunt persoanele sărace și vulnerabile – care sunt cel mai adesea neasurate – care nu își pot permite să consulte un medic de familie de la care nu primesc nicio încurajare în a-i folosi serviciile.

²⁷⁷ Auditul clinic este un proces de perfecționare a calității, menit să îmbunătățească îngrijirea și rezultatele pacienților prin revizuirea sistematică a îngrijirii medicale și implementarea schimbării.

Utilizarea sporită a serviciilor medicale primare va necesita introducerea unor măsuri preventive de educație în materie de sănătate și prevenirea bolilor, menite să reducă decalajul dintre populația săracă și vulnerabilă și vecinii mai avantați ai acesteia. În toate ariile specifice de intervenție relevante pentru grupurile sărace și vulnerabile, MS trebuie să planifice și să implementeze campanii de informare-educatie-comunicare (IEC) și intervenții de informare, individualizate în funcție de necesitățile, convingerile și tradițiile specifice ale celor mai vulnerabile grupuri, asigurându-se în același timp că aceste intervenții sunt monitorizate și evaluate.

În același timp, cererea ar putea fi sporită prin adaptarea furnizării de servicii medicale primare la nevoile grupurilor sărace și vulnerabile. MS a definit un nou pachet de bază de servicii medicale care să fie furnizat populației asigurate începând cu mijlocul anului 2014. Ministerul a efectuat și revizuirea pachetului minim de servicii de sănătate pentru populația neasigurată, însă implementarea acestuia a intrat în vigoare numai începând din luna ianuarie 2015. Deși MS a finalizat pachetul minim în același timp cu pachetul de bază de servicii medicale, numai persoanele asigurate beneficiază de aceste servicii îmbunătățite, inclusiv de programele de prevenire. Situația se menține, chiar dacă bugetul atât pentru serviciile medicale primare și îngrijirile ambulatorii de specialitate a crescut în 2014 cu peste 11% și respectiv 10%. Pachetul de bază de servicii include în mod explicit prevenirea bolilor, o evaluare a riscurilor pentru sănătate fiind pentru prima dată standardizată și inclusă în serviciile medicale primare care urmează să fie furnizate populației asigurate. Pachetul minim revizuit include și servicii preventive suplimentare de asistență medicală primară care acoperă boli cronice specifice și afecțiuni de lungă durată (precum și îngrijiri prenatale și postnatale și consiliere pe aspecte de planificare familială acordate în cadrul îngrijirilor ambulatorii de specialitate), însă aceste servicii pentru persoanele neasigurate vor intra în vigoare abia în 2015. Între timp, bugetul pentru îngrijirile medicale buco-dentare în ambulatoriu a crescut cu 450% în 2014 comparativ cu 2013, însă nu pentru persoanele neasigurate. Acestea au dreptul numai la servicii medicale buco-dentare în caz de urgență și trebuie să plătească din fonduri proprii orice examinare solicitată în plus (radiografii sau medicamente), un consult anual la dentist al unei persoane adulte asigurate (ca măsură preventivă) fiind rambursat până la concurența sumei de 80 RON. Ca în trecut, în 2014 o persoană neasigurată se poate înregistra la un medic generalist pe o listă separată și poate beneficia de un pachet limitat de servicii medicale (**Error! Reference source not found.**).

Pentru a adapta furnizarea serviciilor medicale primare la nevoile celor mai dezavantajate persoane, guvernul trebuie să aibă în vedere următoarele măsuri prioritare:

- Revizuirea și diversificarea intervențiilor incluse în pachetele de servicii de sănătate minim și de bază furnizate de către medicii de familie și creșterea ponderii serviciilor care s-au dovedit eficace (bazate pe dovezi științifice) atunci când au fost furnizate persoanelor sărace, cu accent pe prevenire, depistare precoce a bolilor (cum ar fi depistarea cancerului), și vizitele la domiciliu.
- Evaluarea periodică a eficacității și a eficienței costurilor respectivelor intervenții.
- Elaborarea și implementarea unor programe de educație medicală continuă pentru medicii de familie și asistenții acestora, adaptate necesităților celor mai dezavantajate persoane.
- Elaborarea, implementarea și monitorizarea unor instrucțiuni privind buna practică, a unor protocoale clinice, și a unor proceduri de management în privința intervențiilor și serviciilor furnizate persoanelor sărace în cadrul rețelei de servicii medicale primare.

Dezvoltarea unei rețele naționale emergente de cadre medicale comunitare

În ciuda eforturilor guvernului de a dezvolta îngrijirile medicale primare, pentru anumite părți ale populației este încă dificilă accesarea serviciilor medicale adecvate, în special pentru gospodăriile sărace și vulnerabile, locuitorii din zonele rurale și din orașele mici, și populația romă. Obstacolele cu care se confruntă locuitorii din zonele rurale, în special cei din satele îndepărtate, sunt în principal geografice/ Mai mult,este de asemenea puțin probabil ca aceștia să fie acoperiți de asigurarea de sănătate și de

regulă sunt mai săraci, mai puțin educați și mai puțin informați decât populația urbană. Romii au o stare de sănătate mai precară decât populația ne-romă, cu o rată mai crescută de boli infecțioase și cronice. Și în ceea ce îi privește pe copiii romi, rata de vaccinare este mai scăzută, fapt cauzat în mare parte de lipsa de informații și educație, precum și de lipsa documentelor de identitate. În România, 80% din romii care nu solicită asistență medicală de care au nevoie declară că motivul este reprezentat de constrângerile financiare sau de lipsa asigurării de sănătate (Banca Mondială, 2014). Mai mult, același răspuns e dat și de 42% din romii care nu solicită asistență medicală în cazuri grave de necesitate.

Caseta 39: Cadrele medicale comunitare din România: Definiții și activități

Asistenții medicali comunitari (AMC) sunt asistenți medicali calificați care lucrează în domeniu, furnizând în special promovare și educație în domeniul sănătății, prevenirea bolilor, și îngrijiri la domiciliu și consiliere.

De fapt, AMC reprezintă o reabilitare a asistenților comunitari care existau înainte de 1989. În prezent, aceștia continuă să furnizeze servicii medicale și sociale și/sau să faciliteze accesul la servicii de asistență medicală primară pentru grupurile dezavantajate (cum ar fi persoanele cu dizabilități fizice sau psihice, persoanele vârstnice, persoanele marginalizate inclusiv romii, și comunitățile rurale fără medici de familie sau medici generaliști).

Activitățile AMC, așa cum sunt definite de regulamentele actuale, sunt următoarele:

- ☐ Asigurarea educației și a intervențiilor comunitare în domeniul sănătății legate de igiena mediului, de consiliere în domeniul sănătății și de asistența socială.
- ☐ Asigurarea educației în domeniul sănătății cu privire la comportamentul cu risc pentru sănătate și un stil de viață sănătos.
- ☐ Asigurarea prevenției secundare și terțiare.
- ☐ Asigurarea educației pentru sănătate reproductivă și planificare familială.
- ☐ Asigurarea serviciilor medicale la domiciliu pentru femeile gravide și lăuze, pentru nou-născuți și copii.
- ☐ Asigurarea serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru pacienții cu boli cronice, pentru persoanele cu deficiențe mentale și persoanele vârstnice.

Programul Mediatorii Sanitari (MSR) a fost conceput să îmbunătățească starea de sănătate a romilor și să sporească accesul acestora la serviciile medicale. Programul MSR a fost inițiat de MS în baza unui model de bune practici instituit de un ONG (Romani Criss).

Acești mediatori sanitari sunt în principal femei rome cu un nivel de educație mediu (sau scăzut), care au fost recomandate de comunitățile locale și care au finalizat cu succes un curs de formare de scurtă durată.

Activitățile MSR, așa cum sunt definite de regulamentele actuale, sunt următoarele:

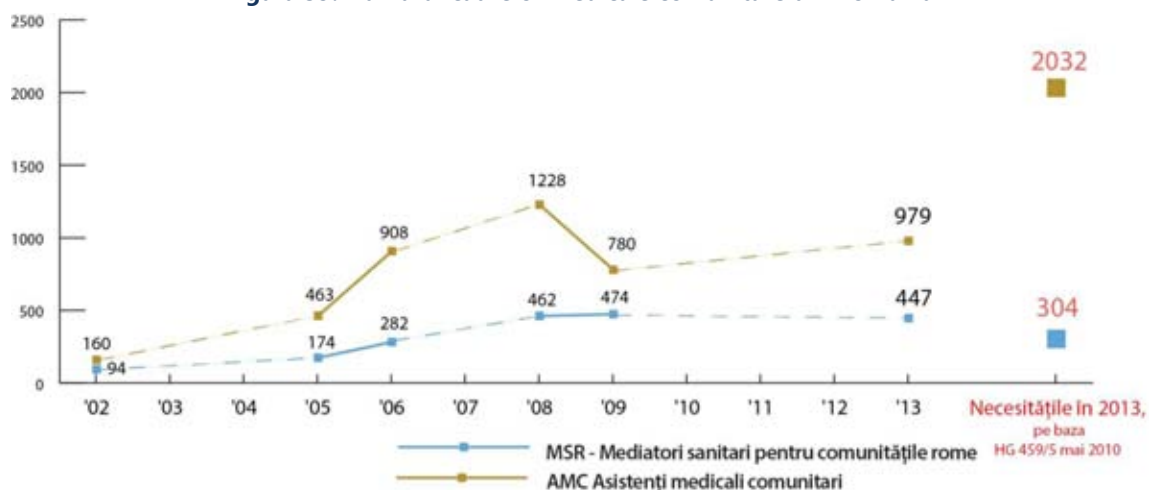
- ☐ Să asigure educația în domeniul sănătății.
- ☐ Să servească drept punte de legătură între comunitățile rome și cadrele medicale.
- ☐ Să îi ajute pe romi să aibă acces la asistență medicală.
- ☐ Să sprijine intervențiile în domeniul sănătății publice în cadrul comunităților rome.

În 2002 guvernul a creat o rețea națională de asistenți medicali comunitari (AMC) și de mediatori sanitari romi (MSR), în încercarea de a spori accesul grupurilor sărace și vulnerabile la serviciile medicale primare. Aceasta a fost inițiată după eșecul reformei din domeniul asistenței medicale primare care viza sporirea accesului la serviciile medicale de reproducere și de îngrijire a mamei și a copilului pentru cele mai vulnerabile populații.

Sistemul de îngrijire comunitară trebuie extins și consolidat, deoarece acesta reprezintă cel mai puternic „egalizator” din sistemul de sănătate. În prezent, sistemul de îngrijire comunitară este foarte puțin utilizat (Figura 59). Între anul 2002 - anul creării sistemului și 2008, numărul cadrelor medicale comunitare, atât AMC, cât și MSR, a crescut în mod treptat. În 2009, în timpul crizei economice, guvernul a început procesul de descentralizare a răspunderii pentru asistența medicală către administrațiile locale, ceea ce a echivalat cu angajarea cadrelor medicale comunitare de către autoritățile locale, deși acestea continuau să fie finanțate de MS. La început, descentralizarea a creat confuzie în toate sferile, majoritatea autorităților locale nereușind să înțeleagă rolul cadrelor medicale comunitare. Unele au refuzat să angajeze asistenți comunitari și sanitari romi, în ciuda faptului că salariile acestora au

continuat să fie plătite de MS, cu excepția costurilor operaționale legate de munca lor.²⁷⁸ Prin urmare, numărul AMC a scăzut considerabil (de la 1.228 la 780 la nivel național). Numărul de MSR a rămas mai mult sau mai puțin stabil deoarece aceștia erau mai bine organizați decât AMC. În 2013, sistemul de îngrijire comunitară a început să își revină, deși funcționa cu mai puțin de jumătate din cadrele necesare deservirii întregii țări conform legislației în vigoare (Hotărârea de Guvern 459/5 mai 2010). O cauză majoră pentru această situație, în afara lipsei personalului specializat și a salariilor mici este aceea că legislația secundară referitoare la cadrele medicale comunitare nu este suficient de clară sau precisă (a se vedea Caseta 40).

Figura 59: Numărul cadrelor medicale comunitare din România



Sursa: Ministerul Sănătății.

Note: Datele pentru anul 2009 la momentul descentralizării asistenței medicale din data de 30 iunie. Datele pentru anul 2013 sunt pentru 1 februarie. Numărul cadrelor medicale comunitare necesare a fost estimat conform regulamentelor în vigoare.

Caseta 40: Regulamentele privind cadrele medicale comunitare necesită îmbunătățiri

Cercetarea calitativă efectuată pentru acest raport a evidențiat faptul că regulamentele existente privind asistenții medicali comunitari (AMC) reprezintă un obstacol major atât în dezvoltarea profesiei, cât și a unei rețele naționale. Pe de o parte, AMC sunt angajați de autoritățile locale, iar în calitate de angajați ai primăriilor, aceștia trebuie să desfășoare activitățile stabilite de primar sau de viceprimar. Pe de altă parte, salariile acestora sunt plătite de MS și, prin urmare, Direcțiile Județene de Sănătate Publică le monitorizează și le coordonează metodologia. Câteodată, autoritatea locală și Direcția Județeană intră în conflict, AMC fiind prinși la mijloc. Mai mult, medicul de familie sau medicul generalist al comunității îi cer adesea AMC să îndeplinească diverse sarcini legate de furnizarea de asistență medicală, care nu sunt incluse în atribuțiile AMC, așa cum sunt definite de autoritatea locală. În aceste circumstanțe, mulți AMC au doar un volum limitat de timp pentru a se dedica îngrijirilor comunitare, văzându-se adesea nevoiți să renunțe la vizitele la domiciliu și la activitățile de informare. Toți acești factori diminuează eficacitatea rețelei de cadre medicale comunitare.

„Asistenții medicali comunitari sunt asistenți medicali calificați, care au finalizat sesiuni de formare specială și care, prin urmare, își cunosc meseria. În multe localități mai există încă asistenți medicali comunitari, însă unii dintre aceștia nu efectuează munca pentru care au fost instruiți și pentru care au experiență. În schimb, completează hârtii pentru unele prestații în numerar sau diverse alte sarcini de birou care le sunt atribuite de primari. Există multe persoane bolnave care nu se pot mișca și nu au pe nimeni care să îi ajute și care nu beneficiază de servicii de îngrijire tocmai din cauza lipsei de coordonare dintre serviciile sociale și de sănătate și a statutului neclar al asistenților comunitari.”

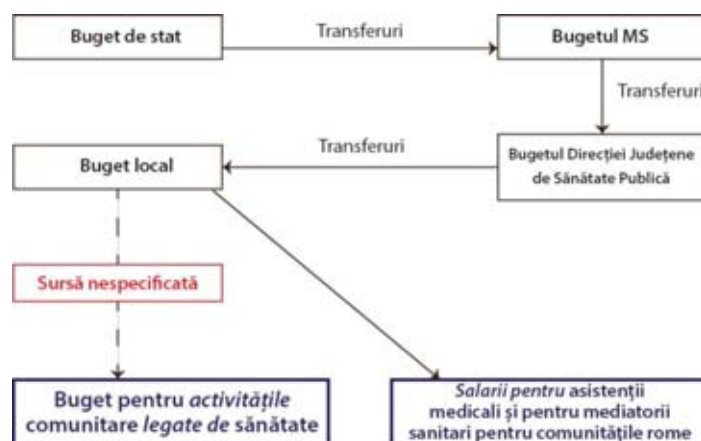
²⁷⁸ Chiar și în recensământul Serviciului Public de Asistență Socială (SPAS) efectuat pentru prezentul raport în luna mai 2014, numai aproximativ un sfert dintre mediatorii sanitari romi au fost declarați angajați SPAS ai autorităților locale în zonele rurale și micile orașe (cu mai puțin de 50.000 de locuitori).

Îmbunătățirea calității serviciilor medicale de bază adresate grupurilor sărace și vulnerabile va necesita investiții importante menite să consolideze capacitatea cadrelor medicale comunitare de a presta serviciile necesare. Există o lipsă de organizare a fluxurilor de activitate, de planificare a activităților, sau de evaluare periodică a rezultatelor pentru cadrele medicale din domeniul sănătății. Atribuțiile AMC sunt vag definite în legislație. În general, autoritățile locale au o înțelegere limitată a conceptelor de promovare a sănătății și a serviciilor preventive primare și secundare. Capacitatea MS și a direcțiilor descentralizate ale acestuia de a controla, evalua și coordona activitatea AMC a descrescut în mod dramatic în momentul în care răspunderea pentru AMC a fost transferată către autoritățile locale, precum și ca urmare a frecventelor schimbări în structura și personalul MS atât la nivel local, cât și la nivel național. Direcțiile Județene de Sănătate Publică nu reușesc să desfășoare nicio activitate în domeniul asistenței medicale comunitare, și nici măcar să organizeze reuniunile semestriale de orientare care le sunt impuse prin regulamente, rezumându-se la asigurarea transferului lunar al bugetelor salariale de la MS la autoritățile locale pentru AMC și MSR. Cu excepția diverselor ONG-uri care au asigurat sesiuni de formare profesională pentru lucrătorii comunitari în cadrul unor proiecte diferite, nu există niciun sistem de formare medicală inițială sau continuă pentru AMC de mai bine de cinci ani de la descentralizare.

Recomandăm guvernului să aibă în vedere următoarele măsuri prioritare pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale primare prestate de cadrele medicale comunitare (AMC și MSR):

- Revizuirea, actualizarea și repartizarea atribuțiilor și a fișelor de post ale cadrelor medicale comunitare, implementarea unui sistem standardizat de planificare, raportare, monitorizare și supraveghere a calității muncii cadrelor medicale comunitare și evaluarea periodică a rezultatelor față de obiectivele planificate
- Instruirea și reinstruirea periodică a cadrelor medicale comunitare, efectuarea unor evaluări regulate ale nevoilor de instruire, și elaborarea unor sesiuni de instruire de scurtă durată, orientate către găsirea unor soluții practice
- Consolidarea rolului și a capacității Direcțiilor Județene de Sănătate Publică de asigurare a sprijinului și supravegherii profesionale pentru cadrele medicale comunitare
- Elaborarea unui proces standardizat de planificare și de evaluare și reînnoire periodică a echipamentului de bază necesar activității asistenților comunitari și a mediatorilor romi, inclusiv truse medicale de bază, materiale CCE, vehicule și decontarea transportului, și o infrastructură IT
- Implementarea serviciilor comunitare integrate sociale, medicale și educaționale și promovarea parteneriatelor cu ONG-uri specializate sau locale, consolidând în același timp capacitatea autorităților locale de a planifica și a gestiona aceste servicii comunitare integrate.

Figura 60: Fluxul financiar al serviciilor medicale comunitare (asistenți medicali comunitari și mediatorii sanitari romi)



Guvernul trebuie să asigure finanțare adecvată pentru dezvoltarea serviciilor medicale comunitare și trebuie să clarifice prevederile care guvernează cheltuielile operaționale și costurile suplimentare legate de prestarea acestora. Există avantaje și dezavantaje referitoare la actualele dispoziții privind fluxurile financiare (Figura 60).

Avantajele sunt următoarele: fiind angajați ai autorităților locale, lucrătorii comunitari se află în proximitatea beneficiarilor direcți, iar prevederea ca MS să asigure salariile reprezintă cea mai sigură alegere. Totuși, dezavantajele se referă la faptul că responsabilitatea comună înseamnă că niciuna dintre părți nu își asumă răspunderea directă pentru cadrele medicale comunitare, nici autoritățile locale, nici organismele MS de la nivel județean neasumându-și responsabilitatea pentru planificarea, coordonarea, monitorizarea și evaluarea serviciilor medicale comunitare. Autoritățile locale nu au nici cunoștințele, nici capacitatea necesară iar Direcțiile Județene de Sănătate Publică nu au destui angajați pentru a face acest lucru. Drept rezultat, cel puțin deocamdată, rețeaua de servicii medicale comunitare evoluează în vid, fără niciun fel de îndrumare profesională, sprijin metodologic, sau control și fără niciun fel de prevederi pentru asigurarea sustenabilității finanțării cheltuielilor operaționale, altele decât salariile. Din cauza unei erori care nu a fost remediată în ultimii cinci ani, niciun document legal nu specifică cine este responsabil pentru finanțarea activităților de asistență medicală comunitară sau din ce sursă, iar autoritățile locale consideră că este imposibil să acopere cheltuielile aferente rețelei (cum ar fi trusele medicale, cheltuielile de deplasare în sate, și participarea cadrelor medicale comunitare la sesiuni de formare profesională organizate de Direcția Județeană de Sănătate Publică în reședințele de județ). În prezent, există cazuri în care medicul de familie (în mod oficial sau neoficial) angajează un asistent comunitar pentru a face vizite la domiciliu sau pentru a lucra în cabinetul medical al doctorului. Astfel, statul sfârșește prin a plăti dublu pentru același serviciu, plătind atât salariul AMC cât și medicul de familie pentru serviciile prestate, de fapt, de același asistent comunitar. Acesta este doar un exemplu al lipsei de coerență și control în cadrul sistemului de sănătate.

Rentabilitatea rețelei naționale de cadre medicale comunitare trebuie analizată în vederea identificării celor mai adecvate metode de a veni în întâmpinarea necesităților grupurilor sărace și vulnerabile și stabilirii cuantumului finanțării necesare pentru integrarea serviciilor sociale (primare) la nivel comunitar. Deocamdată este imposibil să spunem dacă asistența medicală comunitară este rentabilă sau nu, deoarece nu există nicio analiză și nici date disponibile cu privire la intervențiile și rezultatele acesteia. În mod anecdotic, persoanele care beneficiază de asistență medicală declară că AMC și MSR le sunt de mare ajutor lor și comunităților. Un studiu calitativ regional din 2011 asupra mediatorilor sanitari romi (Fundatia pentru o Societate Deschisă 2011) a arătat că mediatorii au avut în general succes în îmbogățirea cunoștințelor furnizorilor de servicii medicale cu privire la romi și în schimbarea atitudinilor negative ale acestora. Mediatorii au raportat că a avut loc o diminuare a răspândirii comportamentelor discriminatorii și a limbajului abuziv de către medicii cu care au lucrat. Mediatorii au simțit că aceste schimbări au condus la interacțiuni mai eficiente între medici și pacienții lor romi și astfel la îngrijiri medicale mai bune. Un raport ulterior al Băncii Mondiale, intitulat *Diagnostic și consultanță pentru politicile de sprijinire a incluziunii romilor din România* (Banca Mondială, 2014), a evidențiat faptul că mediatorii sanitari locali pot contribui la schimbarea normelor sociale care au descurajat accesul la servicii de sănătate, prin atenuarea stigmatului social asociat cu accesarea serviciilor de consiliere, cu serviciilor de sănătate reproductivă și cu analizele pentru depistarea infecțiilor cu transmitere pe cale sexuală.

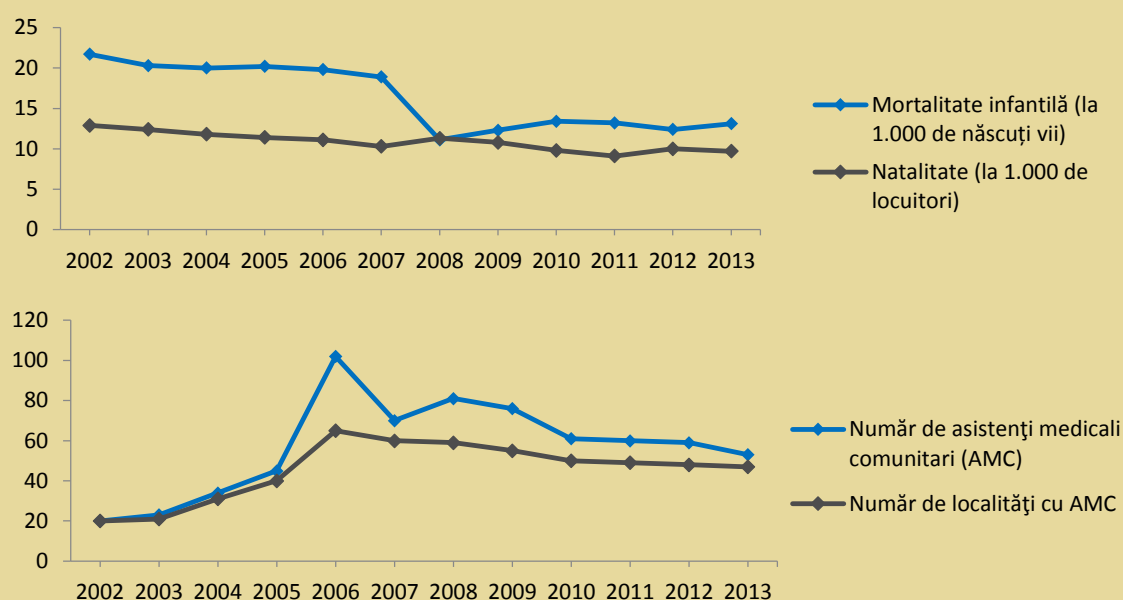
Caseta 41: Impactul pozitiv al rețelei de asistenți comunitari în Județul Botoșani

„Impactul [rețelei de asistenți comunitari] este foarte vizibil în scăderea clară a mortalității infantile. Acesta este unul dintre acești indicatori cu o tendință pozitivă tocmai datorită muncii asistenților comunitari. Ei administrează registrul femeilor gravide, merg și discută cu acestea despre importanța prezentării la spital și a consultațiilor regulate și, în consecință, femeile gravide sunt monitorizate și informate în mod constant cu privire la posibilele riscuri. Uneori, sarcina este cu risc și din acest motiv are nevoie de o monitorizare mai intensă de către medicul de

familie și de către medicul ginecolog. Când medicul de familie consideră că este vorba de o problemă de care trebuie să se ocupe un specialist, acesta sau aceasta trimite pacienta la medicul ginecolog. Asistenții comunitari facilitează procesul și oferă sprijin continuu femeilor gravide care se află într-o asemenea situație, acesta fiind modul în care am reușit să înregistrăm o scădere a mortalității infantile... De asemenea, cazurile mamelor adolescente care își abandonează copiii s-au diminuat în mod considerabil de la 33 de copii abandonați în 2009 la numai două cazuri în 2013.”

Sursa: Interviu cu Inspectorul din cadrul Departamentului de Îngrijiri Medicale pentru Comunitățile Dezavantajate, Direcția Județeană de Sănătate Publică Botoșani, Banca Mondială, iulie 2014.

Figura 61: Relația dintre mortalitatea infantilă, rata natalității și rețeaua de asistenți comunitari



Sursa: Datele privind AMC raportate de Direcția Județeană de Sănătate Publică, Botoșani. Ratele natalității și mortalității infantile de la Institutul Național de Statistică, baza de date Tempo Online.

Notă: Rata natalității reprezintă numărul de nașteri la 1.000 persoane pe an.

Studiul calitativ efectuat pentru această strategie în iulie 2014 a adus dovezi suplimentare privind rezultatele pozitive ale cadrelor medicale comunitare. Județul Botoșani este unul dintre puținele județe cu un număr corespunzător de asistenți comunitari înainte de descentralizare, care a reușit să păstreze această rețea încă din 2009. În special în zonele rurale ale județului, asistenții comunitari au avut un impact substanțial asupra scăderii mortalității infantile de la aproximativ 25 de decese infantile la 1.000 nașteri de copii vii în 2002, la mai puțin de 14 decese infantile la 1.000 de nașteri de copii vii în 2013. MS a anunțat recent o inițiativă de extindere a rețelei de asistență medicală și de mediere a sănătății, însă este dificil de știut dacă acest lucru va fi de ajuns pentru îndeplinirea obiectivului declarat al ministerului de a spori accesul persoanelor sărace sau vulnerabile la serviciile de sănătate în lipsa altor măsuri de soluționare a celorlalte probleme cu care se confruntă rețeaua.

La nivel național, un număr insuficient de localități beneficiază de serviciile unui asistent medical comunitar. Conform datelor MS, la începutul anului 2014 existau aproximativ 1.000 AMC la nivel național (Figura 59);²⁷⁹ dintre care numai 18 erau angajați de către autoritățile locale. În anul anterior, acești AMC au prestat servicii medicale comunitare pentru aproximativ 1 milion de persoane, inclusiv aproximativ 250.000 de copii. În privința mediatorilor sanitari romi, datele MS indică faptul că, în 2013, cei 447 MSR au facilitat accesul la serviciile de sănătate pentru aproximativ 200.000 de romi. Totuși, nu

²⁷⁹ Costurile salariale anuale suportate de MS pentru aceste activități pot fi estimate la aproximativ 20 de milioane RON deoarece salariul anual mediu al unui asistent medical comunitar este de aproximativ 20.000 RON.

există un proces colectare sistematică a datelor de monitorizare a rețelei de cadre medicale comunitare și, prin urmare, nu există date precise care să fie analizate cu privire la tipurile de servicii oferite, caracteristicile beneficiarilor sau rezultatele medicale.

Cu toate acestea, a fost posibilă efectuarea unui exercițiu de cartografiere prin folosirea datelor oficiale colectate de pe site-urile web ale Caselor Naționale și Județene de Sănătate privind disponibilitatea unui medic de familie, medic generalist, farmacist, asistent medical comunitar, și/sau mediator sanitar rom în cadrul fiecărei localități între lunile septembrie și noiembrie 2014.²⁸⁰ Exercițiul a arătat că peste 6% dintre toate localitățile nu au medici de familie, nici asistenți comunitari și nici medieri sanitari romi. Majoritatea (aproximativ 5% dintre toate localitățile) sunt *zone albe* în termenii lipsei serviciilor medicale primare și comunitare, în timp ce celelalte au doar o farmacie. „Zonele albe” sunt toate localități rurale și sunt răspândite în toată țara (cu excepția a patru județe, și anume Argeș, Brăila, Dolj și Gorj), cu o incidență mai mare în Buzău, Ialomița, Caraș-Severin, Vrancea și Hunedoara. Majoritatea „zonelor albe” sunt comune mici, cu mai puțin de 2.000 de locuitori (din care asistenții sociali lipsesc cel mai probabil, a se vedea Capitolul 2.3), în general cu un nivel scăzut de dezvoltare umană,²⁸¹ cu capacitate fiscală redusă a autorităților locale²⁸², și cu un număr relativ scăzut de persoane care se autoidentifică ca romi. Figura 62 indică faptul că este mai probabil ca zonele albe să se situeze la granițele de județ. Explicația poate fi aceea că nu distanța până la un oraș este cea care influențează disponibilitatea serviciilor de sănătate la nivel local, ci gradul de apropiere de centrul administrativ al județelor; profesioniștii din domeniul medical au mai degrabă tendința de a căuta de locuri de muncă în localitățile care se află în apropierea reședințelor de județ atât din motive economice (în general, veniturile sunt mai mari în aceste orașe), cât și de dezvoltare a carierei. Totuși, atât în localitățile rurale, cât și în cele urbane, majoritatea comunităților tind să aibă unul sau mai mulți medici de familie împreună cu una sau mai multe farmacii. Aproximativ 10% dintre toate localitățile pot fi considerate „campioni” deoarece au medici de familie, farmacii și cadre medicale comunitare. Acești „campioni” se regăsesc în toate județele, în special în orașe²⁸³, dar și în comune mai mari unde există în general un nivel mare de dezvoltare umană (conform Indicelui de Dezvoltare Umană Locală), unde autoritățile locale au o capacitate fiscală relativ mare și unde există un număr mai mare de persoane care se autoidentifică ca romi. În aceste comune există, de asemenea, tendința de a avea un Serviciu Public de Asistență Socială cu mai mulți angajați și mai multe resurse financiare. În concluzie, există o polarizare în termeni de prestare a serviciilor între comunitățile rurale sărace și mici, din care lipsesc toate tipurile de servicii sociale, și comunitățile rurale și orașele mai bine dezvoltate și mai mari, care au reușit să dezvolte din ce în ce mai multe servicii diversificate la nivel local. Prin urmare, extinderea rețelei naționale de cadre medicale comunitare ar trebui să demareze cu prioritate în „zonele albe” și în acele comune în care nu există cabinete permanente de medicină a familiei.

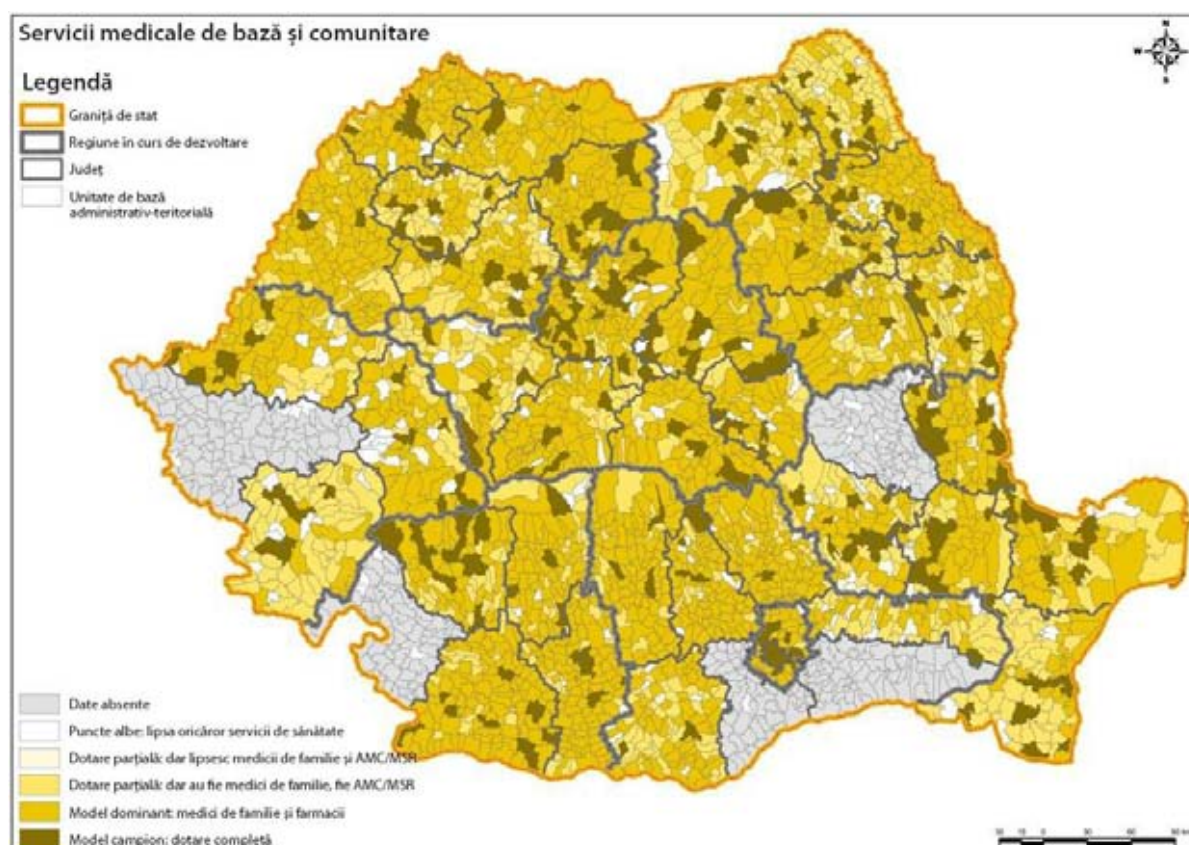
²⁸⁰ Datele pentru patru județe - Călărași, Giurgiu, Mehedinți și Timiș - au devenit disponibile prea târziu pentru a fi incluse în această analiză. Datele MS colectate în iulie 2014 privind mediatorii sanitari romi care au fost contractați în 2013 s-au suprapus peste datele din recensământul Serviciilor Publice de Asistență Socială, (Banca Mondială, 2014).

²⁸¹ Estimate conform Indicelui de Dezvoltare Umană Locală (IDUL), care măsoară capitalul total al unităților administrative rurale și urbane din România, prin examinarea a patru criterii: capitalul uman, capitalul de sănătate, capitalul vital și capitalul material (Banca Mondială, 2014). Capitalul uman se măsoară în baza indicatorului stocului educațional la nivel local (pentru populația 10+ ani). Capitalul de sănătate se măsoară ca speranță de viață la naștere la nivel local. Capitalul vital se măsoară prin folosirea indicatorului vârstei medii a populației adulte (18+ ani). În cele din urmă, capitalul material este evaluat ca un scor factorial al celor trei indicatori specifici care pun accentul pe standardul de viață: spațiul locativ, autoturismele în proprietate personală pentru 1000 de rezidenți și distribuție de gaz pentru consumul gospodăriilor în unitatea teritorială particulară. Ponderele celor patru măsuri ale dimensiunilor capitalului comunitar este obținută cu ajutorul altui scor factorial.

²⁸² Prima cuartilă din partea de venituri proprii ca venituri totale la bugetul local, valoarea medie anuală pentru 2009-2012.

²⁸³ Procentul „campionilor” este de 36% în rândul municipalităților urbane și de numai 6% în rândul celor rurale.

Figura 62: Harta de acoperire a serviciilor medicale comunitare și primare



2.6. Locuire

Guvernul ar trebui să urmărească obiectivul creșterii accesului la servicii în domeniul locuirii, în special în cazul persoanelor fără adăpost și al altor persoane ce nu își permit o locuință.

Obiective principale	Pagina
2.6.1. Creșterea accesibilității financiare și a calității locuințelor, în special pentru populația vulnerabilă	241
2.6.2. Dezvoltarea serviciilor din domeniul locuințelor sociale	247
2.6.3. Asigurarea unor ajutoare de urgență eficiente pentru persoanele fără adăpost și dezvoltarea capacității de reintegrare socială și prevenție timpurie	252



2.6. Locuire

Precaritatea și lipsa locuinței reprezintă forme extreme ale sărăciei și excluziunii sociale în societatea de azi. Accesul la locuințe adecvate cu prețuri accesibile reprezintă un drept fundamental, dar și o bază pentru clădirea unei vieți sigure, sănătoase și productive. În cazul persoanelor afectate de sărăcie extremă, hrana și adăpostul constituie principalele nevoi de bază, în care investesc majoritatea resurselor financiare în detrimentul altor aspecte ale vieții lor, precum sănătatea sau accesul la educație. Incapacitatea de a obține sau de a păstra o locuință decentă atrage alte vulnerabilități din cauza cărora cei săraci nu reușesc să urmeze un parcurs normal de dezvoltare.

La nivel european, recenta criză economică a ridicat o serie de preocupări legate de costul locuințelor, mai ales în cazul categoriilor sociale celor mai sărace. Potrivit Comisiei Europene (2010), creșterea accesului la locuințe reprezintă cheia pentru atingerea obiectivului strategiei Europa 2020 privind reducerea numărului de persoane afectate sau expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială. Din 2007, locuințele sociale sunt considerate un serviciu social de interes general,²⁸⁴ eligibil pentru ajutorul de stat, ceea ce lărgeste paleta de oportunități pentru responsabilii de politici.

În România, garantarea dreptului la o locuință accesibilă ca preț reprezintă o altă provocare majoră. Răspunsurile de politică eficiente și alocările bugetare în domeniul locuințelor sociale sunt foarte limitate, în timp ce numeroase categorii vulnerabile confruntate cu sărăcia extremă, cum ar fi persoanele fără adăpost și cele ce ocupă ilegal spații, populația din zonele marginalizate sau cu condiții de trai inadecvate, sunt insuficient vizate de programele actuale ce oferă sprijin pentru locuire.

În general, după 1990, principalele evoluții²⁸⁵ în domeniul locuirii nu au intrat în sfera de control a guvernului. Astfel, dezvoltarea sectorului a revenit preponderent inițiativelor private (fondate, printre altele, pe principiul proprietății) și pieței. Cu timpul, componenta de locuire a dispărut din denumirea și organigramele ministerelor. Datele recensămintelor referitoare la locuințe nu au fost niciodată analizate într-o manieră coerentă sau aprofundată²⁸⁶ și au fost extrem de rar folosite pentru justificarea și/sau elaborarea politicilor din domeniu.

²⁸⁴ Comisia Comunităților Europene (2007).

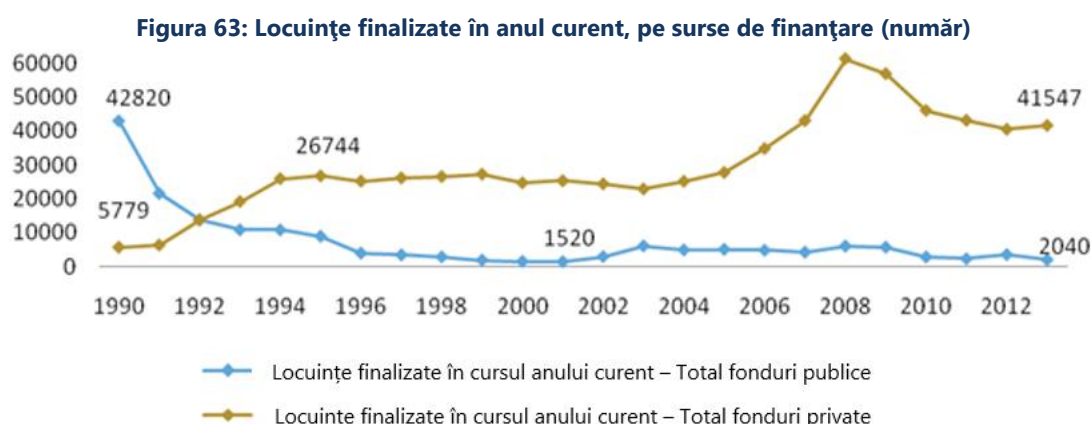
²⁸⁵ În perioada 1990-1999, s-au construit puține locuințe, majoritatea lor în anumite zone rurale (mai înstărite). În aceeași perioadă, dezindustrializarea economiei a condus, sub aspectul locuirii, la deteriorarea sau abandonarea căminelor de nefamiliști /blocurilor de garsoniere. De asemenea, creșterea migrației economice peste hotare a afectat serios sectorul construcțiilor fiindcă mulți profesioniști și muncitori calificați au părăsit România. Perioada de creștere economică (2000-2008) a reprezentat perioada de aur a planurilor de anvergură în domeniul locuințelor, mai ales în orașele mari, precum și a extinderii și expansiunii generate de noile proiecte de dezvoltare imobiliară în aproape toate orașele. Aceasta a coincis și cu perioada de preaderare, în care s-au implementat programe SAPARD pentru sporirea accesului la apă și canalizare în orașele mici și mediul rural, inclusiv pentru reabilitarea rețelelor de distribuție. Perioada de după integrarea europeană, din 2007 până în 2009 (începutul crizei globale), a fost marcată de dezvoltarea sectorului construcțiilor și restructurărilor imobiliare, alimentată preponderent de remitențele trimise de românii plecați la muncă în străinătate. După 2009, numeroase proiecte de construcție au fost suspendate, unii investitori imobiliari dispărând înainte de terminarea lucrărilor, activitatea din sectorul construcțiilor s-a restrâns, iar prețul locuințelor a scăzut.

²⁸⁶ Cu excepția descrierii condițiilor de locuit generale în studiile, de altfel meritoase, realizate de diferite institute de cercetare.

Prin urmare, programele destinate să combată diverse probleme din sfera locuirii nu au fost extrem de coerente sau integrate. În plus, în domeniul locuințelor sociale, responsabilitatea a fost descentralizată la nivelul autorităților locale, considerându-se că acest tip de locuințe s-a încadrat întotdeauna în interesele și responsabilitățile locale cu toate că se știa că fondul de locuințe disponibil municipalităților era insuficient și/sau într-o stare proastă. Cum în numeroase orașe și majoritatea localităților rurale economia a înregistrat un declin sau chiar colaps, bugetele locale s-au dovedit a fi insuficiente pentru a sprijini investițiile în locuințe. Prin urmare, au apărut discrepanțe semnificative la nivelul fondului de locuințe între diferitele regiuni ale țării, mai ales între mediul urban și cel rural, dar și între municipalitățile de aceeași dimensiune și/sau tip.

2.6.1. Creșterea accesibilității financiare și a calității locuințelor, în special pentru populația vulnerabilă

La nivel național, există un cadru legislativ și instituțional²⁸⁷ referitor la locuire, însă guvernul nu a elaborat nicio politică sau strategie în acest domeniu. De asemenea, așa cum se menționează în secțiunea 2.3, cheltuielile publice ale României cu locuințele sociale au fost, în mod constant, scăzute în comparație cu alte țări europene.²⁸⁸ Mai generic, fondurile publice dedicate construirii de locuințe s-au diminuat drastic la începutul anilor '90 și au rămas la același nivel extrem de mic și în prezent (Figura 63).



Sursa: Tempo Online, Institutul Național de Statistică.

România se află pe primul lor între țările UE în ceea ce privește fondul de locuințe aflate în proprietate privată – 97% față de media UE-28 de 70,4% în 2012 (Tabel A 33). Aceasta pare să aducă un avantaj comparativ la nivelul siguranței căminului²⁸⁹, dar prezintă și unele dezavantaje. De exemplu, proprietarii fac adesea eforturi mari pentru a-și păstra locuințele, există puține locuințe disponibile celor aflați în căutare de oportunități de angajare în zonele noi, iar oferta de locuințe de închiriat sau de cumpărat la prețuri accesibile pentru generația mai tânără este limitată. Cumulate, lipsa locuințelor accesibile din

²⁸⁷ De exemplu, Legea 50/1991 ce permite concesionarea terenurilor municipale pentru construcția de locuințe, privatizarea masivă a fondului de locuințe deținut de stat între 1991 și 1993, Legea 10/2001 privind imobilele, în special imobilele naționalizate între 1945 și 1989 (proces care a implicat numeroase evacuări cu consecințe nefericite), Legea locuințelor (Legea 114/1996), înființarea Agenției Naționale pentru Locuințe (cu efecte mai degrabă limitate asupra condițiilor de locuit) și Legea 190/2013 privind planificarea regională și urbană (cu câteva rezultate destul de pozitive).

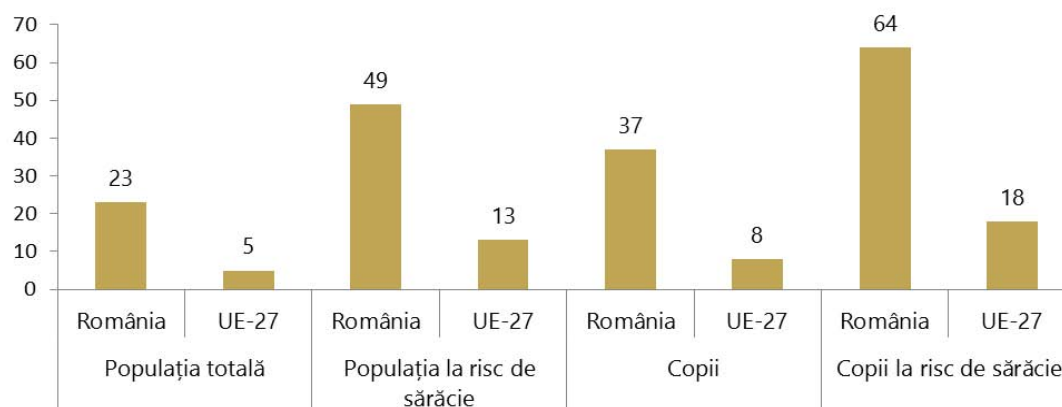
²⁸⁸ În 2011, în România, serviciilor din domeniul locuințelor sociale li s-au alocat 2,66 SPC pe cap de locuitor comparativ cu media UE-28 de peste 145 SPC pe cap de locuitor.

²⁸⁹ Potrivit Sondajului european privind calitatea vieții 2011/2012, 90,8% dintre români au declarat că este foarte puțin probabil să ia în considerare posibilitatea părăsirii locuinței în următoarele șase luni pentru că nu și-o mai permit comparativ cu media europeană de 81,5%.

punct de vedere financiar, penuria de oportunități economice disponibile tinerilor care să îi ajute să-și permită o locuință pentru un trai independent și cultura locală care încurajează tinerii să continue să locuiască cu părinții²⁹⁰ se reflectă în procentul ridicat al tinerilor ce trăiesc cu părinții. Potrivit Eurostat, aproape două treimi dintre tineri (cu vârste între 18 și 34 de ani) și 45% dintre tinerii ce lucrează cu normă întreagă încă locuiesc cu părinții lor (Tabel A 34). Lipsa locuinței poate constitui unul din factorii ce determină tinerii să amâne luarea unor decizii familiale importante, cum ar fi să se căsătorească sau să facă copii. Greutățile întâmpinate de tineri în a-și întemeia o familie, dublate de dependența economică și/sau fizică a unora dintre vârstnici au dus la apariția a numeroase gospodării supraaglomerate în România. Peste jumătate din populație trăiește în locuințe supraaglomerate²⁹¹, cel mai ridicat procent dintre toate statele europene și de trei ori mai mare decât media UE-28 (16,8%). Supraaglomerarea este chiar mai acută în rândul populației sărace. În ceea ce privește numărul persoanelor pe încăpere, ratele Anchetei bugetelor de familie din 2012 (INS) indică un raport ce variază între 0,73 în gospodăriile din decilul cu veniturile cele mai ridicate și 1,44 în decilul cu veniturile cele mai mici, așa cum reiese și din Tabel A 35.²⁹² În același timp, spațiul disponibil la nivelul locuinței scade de la o medie de 29,4 metri pătrați pe persoană în gospodăriile mai înstărite la sub 15 metri pătrați în cazul celor mai sărace (Tabel A 36).

Calitatea fondului de locuințe este destul de slabă. Pe lângă problema supraaglomerării, lipsurile locative severe afectează 23% din populația României, de patru ori mai mult decât media UE-28 (Figura 64). Cu toate că situația s-a ameliorat după 2007 (Tabel A 37), lipsurile locative severe au rămas o problemă acută în cazul populației sărace (49%) și al gospodăriilor cu copii (37% dintre copii).

Figura 64: Lipsuri locative severe, în funcție de riscul de sărăcie și vârstă (copii), 2012 (%)



Sursa: Eurostat.

Notă: Pragul sărăciei este stabilit la 60% din venitul disponibil pe adult echivalent.

Având în vedere proporția mare a populației rurale, majoritatea lipsurilor severe apar la nivelul spațiilor igienico-sanitare, 35% din populație trăind fără o baie sau duș în casă și 37% fără o toaletă modernă în casă pentru uzul exclusiv al membrilor gospodăriei (Tabel A 38). Potrivit recensământului din 2011, din cele 8,72 de milioane de locuințe din România, 3,96 de milioane sunt situate în mediul rural și 4,76 de milioane în localitățile urbane. În mediul rural, majoritatea locuințelor reprezintă case individuale (3,81 milioane) cu două sau trei camere, construite înainte de 1970 cu materiale de proastă calitate (chirpici sau paie), fără apă caldă curentă, baie sau duș în casă și neconectate la sistemul de canalizare. În mediul urban, majoritatea locuințelor sunt apartamente în blocuri (3,22 milioane) sau case individuale

²⁹⁰ În special în mediul rural, acest lucru se datorează faptului că mai multe generații ale aceleiași familii rămân împreună în aceeași gospodărie pentru a maximiza producția agricolă a gospodăriei și pentru a profita de sprijinul intergenerațional în creșterea copiilor și realizarea activităților casnice.

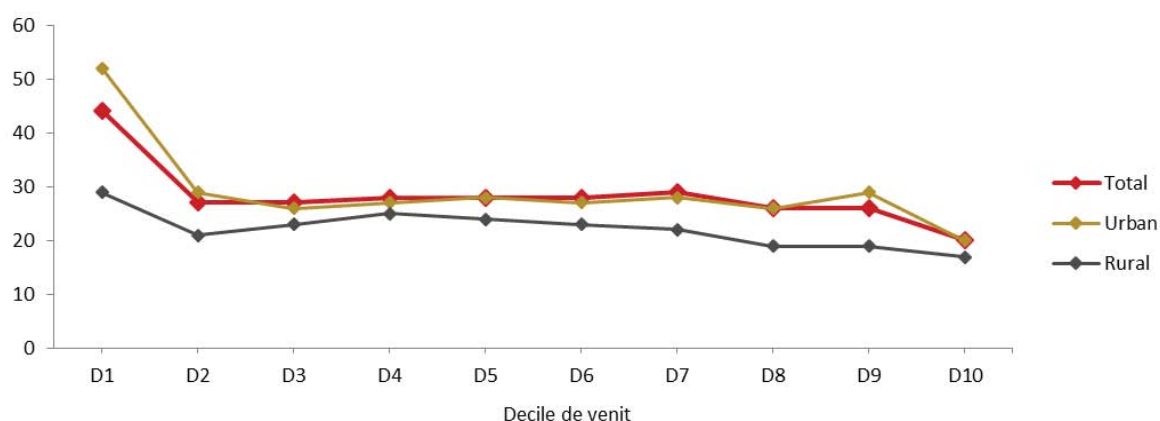
²⁹¹ Definite ca locuințe ce nu îndeplinesc următoarele standarde: cel puțin o încăpere pe persoană în vârstă de 18 ani sau pentru două persoane de același sex cu vârste cuprinse între 12 și 17 ani și/sau o încăpere pentru doi copii sub 12 ani.

²⁹² Deciliile de venit sunt calculate în baza venitului monetar lunar total al gospodăriei pe membru (fără consum propriu).

cu două sau trei camere, construite între 1960 și 1990 din beton armat sau unități prefabricate, fiind conectate la utilități. Așadar, fondul locativ este vechi și doar unul din patru imobile respectă standardele seismice actuale.

Prețul inaccesibil al locuințelor reprezintă o altă problemă, cu toate că aproape întreaga populație trăiește în locuințe proprietate personală, fără vreun împrumut sau ipotecă. În 2012, România a fost una dintre țările europene cu cea mai ridicată rată a poverii costurilor locative (procentul populației ce trăiește în gospodării în care costurile locative totale reprezintă peste 40% din venitul disponibil).²⁹³ Costurile la utilități sunt mult mai ridicate în unele localități decât în altele, ceea ce înseamnă un grad de îndatorare mai mare în rândul populației cu venituri reduse din aceste zone. Mai mult, rata poverii costurilor locative este mult mai ridicată în cazul persoanelor expuse riscului de sărăcie (41,4% față de nivelul național de 16,5%). Datele Anchetei bugetelor de familie (INS) indică o situație critică, mai ales în cazul populației sărace din mediul urban (vezi Figura 65). Astfel, costurile la utilități (electricitate, energie termică, gaze, lemne de foc /cărbune /petrol, apă și salubritate) reprezintă, în medie, peste 52% din cheltuielile lunare totale ale gospodăriilor din decilul cu veniturile cele mai mici din mediul urban comparativ cu 20% din cheltuielile locuitorilor mai înstăriți din localitățile urbane.²⁹⁴ Mai precis, cifrele Eurostat pentru 2012 arată faptul că peste un sfert din populația totală a României și o treime dintre gospodăriile cu copii aveau restanțe la plata utilităților aferente anului precedent, față de media UE-28 de aproximativ 10%.²⁹⁵

Figura 65: Costurile la utilități ca procent din cheltuielile lunare totale ale gospodăriilor, pe decili de venituri, 2012 (%)



Sursa: Institutul Național de Statistică, Ancheta bugetelor de familie 2012.

Note: Utilitățile includ electricitate, energie termică, gaze, lemne de foc /cărbune /petrol, apă și salubritate. Decilii de venit sunt calculați în baza venitului monetar lunar total al gospodăriei pe membru (fără consum propriu). Figura prezintă valorile medii pe decil.

Populația romă este, în general, exclusă de pe piața imobiliară, așa cum reiese dintr-un studiu recent al Băncii Mondiale.²⁹⁶

²⁹³ Această măsură este esențială pentru monitorizarea riscului de pierdere a locuinței. Potrivit Eurostat, proporția populației ce trăiește în gospodării în care costurile locative depășesc 40% din venitul disponibil a fost cea mai ridicată în Grecia (33,1%), urmată de Danemarca (18,2%), Germania (16,6%), România (16,5%) și Bulgaria (14,5%). Pentru a face o comparație, media UE-28 era de 11,2%, constatându-se valori mult mai mici în Malta (2,6%), Cipru (3,3%), Finlanda (4,5%), Luxemburg (4,9%), Franța și Slovenia (ambele cu 5,2%).

²⁹⁴ Cu toate acestea, în cifre absolute, gospodăriile sărace (D1) din mediul urban cheltuie lunar, în medie, 225 de lei pe facturile la utilități, în timp ce gospodăriile mai înstărite (D10) plătesc în jur de 500 de lei.

²⁹⁵ Alte tipuri de restanțe, precum cele la chirie și ipotecă, sunt mai puțin întâlnite în rândul populației României.

²⁹⁶ Banca Mondială (2014), în baza datelor Studiului regional privind romii (SRR) realizat în Europa de UNDP, Banca Mondială și Comisia Europeană în 2011.

- Majoritatea românilor de etnie romă trăiesc în comunități segregate. Studiul regional privind romii (SRR) a constatat că 56% dintre gospodăriile rome sunt situate în localități în care etnia dominantă este cea romă, indicând astfel un nivel ridicat al segregării spațiale. Există o corelare puternică între segregarea spațială și sănătatea precară, părăsirea timpurie a școlii, integrarea redusă pe piața muncii și accesul costisitor la alte servicii (precum transport public și servicii medicale).
- O proporție semnificativă a romilor trăiesc în case de proastă calitate, confruntându-se cu o infrastructură inadecvată, supraaglomerare și lipsa siguranței locative. Condițiile de locuit ale gospodăriilor rome sunt mult mai precare decât cele din gospodăriile nerome. Datele SRR relevă faptul că 30% dintre familiile rome locuiesc într-o casă dărăpănată sau în mahala, față de doar 4% dintre familiile nerome ce trăiesc în apropiere. Doar aproximativ jumătate dintre gospodăriile rome din mediul urban au acces la locuințe de calitate relativ bună, precum construcții noi, locuințe din materiale tradiționale în localități mai vechi sau locuințe sociale oferite de către autoritățile locale. Restul de 40-45% trăiesc în blocuri cu multe etaje, de proastă calitate, în mahalale sau tabere temporare cu structuri de proastă calitate și infrastructură inadecvată, doar 20% dintre vecinii neromi locuind în astfel de condiții precare. În mediul rural, în jur de o treime dintre gospodăriile rome trăiesc în locuințe de proastă calitate.
- Numeroase gospodării rome nu au acces la apă și salubritate. Doar aproximativ 17% dintre familiile rome au spații sanitare în casă (toaletă, baie și canalizare), în timp ce aproximativ 44% dintre familiile nerome din zonă dețin astfel de dotări. În mod similar, doar aproximativ 17% dintre gospodăriile rome au acces la apă curentă comparativ cu 34% dintre vecinii lor neromi. În jur de 36% dintre gospodăriile rome declară că nu se face colectarea deșeurilor sau că aceasta se face rareori în zona lor, comparativ cu 18% dintre vecinii lor neromi.
- Mulți romi se confruntă, în continuare, cu lipsa actelor de identitate, ceea ce le restricționează și mai mult accesul la servicii și credite. Un obstacol major îl reprezintă obligația de a face dovada domiciliului, lucru imposibil pentru mulți romi din cauza situației locative informale. Alte bariere sunt analfabetismul și atitudinea discriminatorie a personalului ce se ocupă de emiterea documentelor.

Privatizarea masivă a fondului de locuințe în perioada 1991-1993 a reprezentat, probabil, măsura cea mai importantă ce a afectat sectorul locuințelor și piața imobiliară. Justificată de responsabilitățile de politici ca o necesitate din punct de vedere politic și social, privatizarea s-a realizat prin scoaterea la vânzare a locuințelor deținute de stat la prețuri foarte mici, permițând practic tuturor locatarilor (care înainte plăteau chirie statutului pentru apartamentele lor) să devină proprietari. Fondul locativ privatizat a cuprins, în cea mai mare parte, apartamente din imobile colective de toate tipurile și de orice calitate, iar noii proprietari au cumpărat o parte din aceste imobile, restul proprietății intrând în domeniul privat al autorităților publice locale. Reglementările referitoare la co-prorietatea imobilelor colective au fost adoptate abia după trecerea câtorva ani de la privatizare. Restructurarea economiei după 1990, care a implicat în principal un proces de dezindustrializare, a adâncit discrepanțele dintre veniturile proprietarilor de apartamente. În multe cazuri, familiile recent venite la oraș au decis să se mute înapoi la țară, însă multe au hotărât să păstreze apartamentul de la oraș. Noua legislație privind societățile comerciale le-au permis să își transforme apartamentele din localitățile urbane în sedii de firme. Acest lucru a ridicat probleme la nivelul administrării imobilelor, diminuând totodată fondul de locuințe și punând mai multă presiune asupra prețurilor (în condițiile în care firmele nu erau dispuse să plătească chirie mai mari decât familiile ce aveau nevoie de o locuință). Una dintre consecințele prețurilor mici la apartamentele din imobilele colective a fost faptul că unii dintre noii proprietari nu au acordat importanță întreținerii proprietății recent achiziționate, fie din cauza prețului de achiziție mic,²⁹⁷ fie din lipsă de resurse. A persistat oarecum atitudinea de dinainte de 1989, noii proprietari continuând să investească doar în interiorul apartamentelor lor – modernizare, renovare, îmbunătățirea dotărilor

²⁹⁷ Discrepanța dintre „apetitul pentru statutul de proprietar” și „responsabilitățile generate de acest statut” a fost descrisă ca un fel de „divorț.” Deținerea unei locuințe (apartament sau casă) a devenit, după această privatizare în masă, o „normă socială” obligatorie (Voicu și Noica, 1999).

(precum schimbarea ferestrelor și a instalațiilor sanitare) și întreținere generală – fără a întreține spațiul comun (precum casa scării sau ascensoarele) și exteriorul clădirilor.²⁹⁸ Proprietarii au demonstrat (și încă demonstrează) o lipsă acută de interes față de starea și calitatea instalațiilor ascunse, precum țevile de apă și canalizare din imobile, ceea ce a dus la deteriorarea acestei infrastructuri. Cu toate că analiștii au avertizat cu privire la gravitatea acestor probleme,²⁹⁹ responsabili de politici încă nu au elaborat strategii sau programe coerente în vederea combaterii lor.³⁰⁰

Au fost create și implementate câteva programe locative cu scopul de a crește accesibilitatea prețurilor și calitatea locuințelor. Totuși, majoritatea lor s-au concentrat în mediul urban, unde cererea de locuințe este mai mare, apărând astfel o serie de probleme sociale în ultimele decenii. În mediul rural, lipsurile locative persistente și cele materiale severe (sărăcia energetică) nu au făcut încă obiectul unor politici speciale. Toate programele existente ce au drept scop reabilitarea și modernizarea locuințelor și a utilităților ar trebui regândite pentru a se adresa populației sărace și vulnerabile, mai ales celei din mediul rural. În plus, toate programele concepute în vederea creșterii eficienței energetice ar trebui să compenseze o parte din costurile efectuate de gospodăriile cu venituri mici pentru eficientizarea economică a căminului lor, în funcție de constrângerile financiare și nevoile energetice ale acestora.

Cel mai important program în sensul numărului de locuințe de stat construite este Programul de Locuințe pentru Tineri, coordonat de Agenția Națională pentru Locuințe (ANL). În cadrul programului, se construiesc locuințe ce sunt mai apoi închiriate tinerilor și tinerilor specialiști. De la debutul programului în 2001, s-au construit 31.244 de locuințe în aproximativ 195 de orașe din țară. Programul se adresează tinerilor care nu își permit să cumpere un apartament sau să plătească o chirie pe piața privată. În cazul în care autoritatea locală identifică o cerere de locuințe din partea populației evacuate în urma retrocedărilor (caselor naționalizate), 20% dintre imobilele construite în cadrul Programului de Locuințe pentru Tineri pot fi folosite ca locuințe sociale. Acestea sunt, în general, locuințe de o calitate relativ bună, mult mai bună decât cea a fondului locativ mediu din România. Chiriile sunt, de obicei, mai mici decât chiria normală și pot crește progresiv la un maxim de 70% din prețul pieței în cazul locatarilor de peste 35 de ani. Astfel, din punctul de vedere al subvențiilor, Programul de Locuințe pentru Tineri seamănă cu programul de locuințe sociale, însă are o adresare foarte diferită. Potrivit Legii 152/2011, locuințele pentru tineri pot fi acum vândute³⁰¹ titularilor contractelor respective cu un venit mediu pe membru de familie ce nu depășește media națională, la cererea acestora și după o perioadă neîntreruptă de închiriere de minim un an, indiferent de vârsta solicitantului. Autoritățile locale par dornice să vândă aceste locuințe, în principal din cauză că chiriile sunt prea mici pentru a acoperi costurile de întreținere. Cu toate acestea, la nivel național, s-au vândut până în prezent sub 3% (în jur de 900) dintre locuințe. Acest lucru se datorează faptului că unii chiriași au venituri ce depășesc media națională (deci nu sunt eligibili pentru achiziționarea acelor locuințe), în timp ce alții nu își permit nici măcar prețul de vânzare subvenționat. De asemenea, chiriile foarte mici pentru aceste locuințe și absența unui plafon privind numărul total de ani pentru care pot fi închiriate fac ca numeroși chiriași prosperi să prefere să nu se mute, chiar dacă locuințele respective ar putea fi repartizate unor chiriași cu venituri mai mici sau mai tineri.

Alte programe guvernamentale din sectorul locuințelor sunt de anvergură mică sau foarte mică. Programul guvernamental de susținere a creditelor ipotecare se adresează cetățenilor români ce pot recurge la un credit ipotecar pentru construirea unei locuințe, Agenția Națională pentru Locuințe

²⁹⁸ În ceea ce privește acoperișurile deteriorate, mulți proprietari adoptă o atitudine de indiferență. Aceasta este considerată o problemă a celor ce locuiesc la ultimele etaje. Situația nu se va schimba cel puțin până când nu se stabilesc norme clare privind co-proprietatea imobilelor.

²⁹⁹ Sârbu (2010).

³⁰⁰ Presa a informat recent că „lucrările de îmbunătățire a instalațiilor interioare ale imobilelor” ar putea fi eligibile pentru co-finanțări din fonduri UE în perioada 2014-2020, împreună cu lucrările de termoizolare, eligibile deja.

³⁰¹ Prețul de vânzare al locuinței este stabilit de către autoritățile administrației publice locale (sau autoritățile centrale în cazul tinerilor specialiști din educație și sănătate), conform OG 2401/2013.

răspunzând de preluarea în mod gratuit a unor terenuri conectate la utilități de la autoritățile locale.³⁰² Un program de locuințe pentru medicii rezidenți care nu își permit să închirieze sau să dețină o casă (nici chiar în cadrul Programului de Locuințe pentru Tineri) a dus la construirea, până în prezent, a 534 de locuințe în București, Cluj-Napoca, Iași, Sibiu, Fălticeni, Timișoara și Rădăuți. Programul Renașterea satului românesc (HG 151/2010) vizează construirea unor locuințe de serviciu pentru tinerii specialiști din comune.³⁰³ De asemenea, 70 de municipalități urbane dețin un total de aproximativ 800 de locuințe de serviciu pentru tinerii specialiști. Un alt program are drept scop închirierea temporară a unor locuințe de necesitate (similar locuințelor sociale) persoanelor și familiilor ale căror case au devenit inutilizabile.³⁰⁴ Cu toate acestea, locuințele de necesitate sunt foarte rare în mediul rural,³⁰⁵ iar în mediul urban doar 46 de municipalități locale dețin un fond total de aproximativ 1.000 de astfel de unități. Legea 15/2003 reglementează regimul atribuirii de teren³⁰⁶ din domeniul unităților administrativ-teritoriale de către autoritățile locale tinerilor cu vârste între 18 și 35 pentru construirea unei case. Cu toate acestea, sunt disponibile date referitoare la atribuirea acestor terenuri doar pentru mediul urban. Dintre toate municipalitățile urbane, 152 au atribuit peste 11.500 de parcele de teren tinerilor. În încercarea de a reduce marginalizarea socială prin îmbunătățirea situației locative, Legea 116/2002 oferă consiliilor județene posibilitatea de a strânge fonduri pentru a facilita accesul la locuințe al tinerilor sub 35 de ani care nu își permit să cumpere o locuință. Criteriile de eligibilitate pot fi stabilite de către consiliile județene, însă trebuie acordată prioritate tinerilor ce provin din centrele de plasament și orfeline, persoanelor până în 35 de ani cu copii, persoanelor până în 35 de ani fără copii și celorlalte persoane sub 35 de ani. Nu există date în legătură cu sumele alocate actualmente acestui program de la bugetele județene. De asemenea, nu există nici evaluări ale acestor programe locative.

Guvernul a introdus și câteva inițiative de finanțare a locuințelor (de exemplu, programul Prima Casă și subvențiile pentru produsele de economisire), precum și diverse programe ce vizează locuințele și infrastructura aferentă, precum ajutoare pentru încălzirea locuinței, stimulente fiscale, izolarea termică masivă a blocurilor (OGU 18/2009), programul Casa Verde și reabilitare seismică (OG 20/1994). Aceste programe sunt analizate în documentul Considerente pentru elaborarea Strategiei naționale a locuirii, redactat recent de Banca Mondială pentru Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice.³⁰⁷ Cu toate acestea, programele mai ample ce urmăresc reabilitarea și modernizarea locuințelor și a utilităților trebuie regândite în sensul adoptării unei abordări mai favorabile populației sărace. De asemenea, programele create cu scopul de a crește eficiența energetică trebuie să se adreseze gospodăriilor cu venituri mici și să protejeze consumatorii vulnerabili.

³⁰² În perioada 2000-2014, au fost finalizate 3.200 de locuințe în 16 județe și București. Aproape jumătate dintre locuințe (1.589) au fost construite în București.

³⁰³ Acesta este finanțat de la bugetul de stat și se adresează angajaților din sectorul public din mediul rural, inclusiv profesorilor, doctorilor, asistenților medicali și polițiștilor. Locuințele reprezintă case cu două sau trei camere, ce nu depășesc 100, respectiv 120 de metri pătrați, construite pe terenuri de 500 de metri pătrați. Se pot construi maxim 10-15 case pe comună. Se acordă prioritate solicitanților care au sub 35 de ani. Angajații din sectorul public pot închiria locuințele doar pe durata contractului de muncă în localitatea respectivă.

³⁰⁴ Locuințele de necesitate sunt finanțate și construite în aceleași condiții ca locuințele sociale. Locuințele de necesitate pot fi folosite ca locuințe sociale în cazul în care sunt disponibile, tot așa cum locuințele sociale pot fi folosite ca locuințe de necesitate în caz de urgență.

³⁰⁵ În 2005, ANL a coordonat un program special adresat persoanelor afectate de inundații. În cadrul acestui program, 1.617 de case au fost reconstruite și 16.076 de gospodării au primit materiale de construcții pentru renovarea locuinței.

³⁰⁶ Suprafața terenului variază în funcție de locație: între 150 și 300 de metri pătrați în municipii și sectoarele din București, între 250 și 400 de metri pătrați în orașe și între 250 și 1.000 de metri pătrați în comune și sate.

³⁰⁷ Banca Mondială (2015).

2.6.2. Dezvoltarea serviciilor din domeniul locuințelor sociale

Rezoluția Parlamentului European din 11 iunie 2013 referitoare la locuințele sociale din Uniunea Europeană (2012/2293(INI)) „reamintește Comisiei, statelor membre și autorităților locale și regionale că subvenționarea sectorului locuințelor sociale și accesibile permite o garantare a drepturilor fundamentale, un răspuns la nevoile sociale acute și, fiind vorba de investiții sociale strategice, contribuie durabil la crearea de locuri de muncă locale, nedelocalizabile, la stabilizarea economiei prin reducerea riscului de bule imobiliare și a supraîndatorării gospodăriilor, promovează mobilitatea forței de muncă, combate schimbările climatice, sărăcia energetică și atenuează problemele de sănătate datorate supraaglomerării și condițiilor precare de trai; insistă, prin urmare, asupra faptului că locuințele sociale nu ar trebui considerate costuri care trebuie reduse, ci investiții rentabile pe termen lung, prin îmbunătățirea stării de sănătate și a bunăstării sociale, prin acces la piața muncii și prin autonomizarea persoanelor, în special a persoanelor în vârstă, pentru a duce o viață independentă.”

Nu există o definiție a locuințelor sociale general acceptată la nivel european. În România, locuința socială este definită în Legea locuinței 114/1996³⁰⁸ ca fiind locuința care se atribuie cu chirie subvenționată unor persoane sau familii care nu au acces la o locuință în proprietate sau închirierea unei locuințe în condițiile pieței imobiliare libere. Această definiție a locuinței sociale nu include serviciile locative adresate categoriilor vulnerabile, precum adăposturile sau azilurile pentru persoanele fără adăpost. În temeiul aceleiași legi, în 1997, a fost demarat programul de construire a locuințelor sociale (administrat de MRDPA), finanțat de la bugetul de stat și bugetele locale. În cadrul acestui program, autoritățile locale sunt responsabile de construirea de noi locuințe sau de renovarea celor existente în scopul folosirii lor ca locuințe sociale.

În România, sectorul locuințelor sociale este puternic subfinanțat în comparație cu alte state membre ale UE (vezi secțiunea 2.3.1 privind finanțarea serviciilor sociale). Fondul de locuințe sociale intră în sfera de control și răspundere a consiliilor locale din unitățile administrativ-teritoriale. Potrivit recensământului din 2011, la nivel național, statul deține doar 122.538 de locuințe (sau 1,4% din fondul total de locuințe), din care doar o mică proporție este folosită în scopul locuințelor sociale. Dintre acestea, 26.156 (21,3%) se află în mediul rural și 96.382 în mediul urban. Procesul de construire de noi locuințe sociale a fost, de asemenea, unul foarte lent. În 2012 și 2013, au fost finalizate doar aproximativ 200 de locuințe sociale pentru persoanele evacuate în urma retrocedărilor caselor naționalizate (HG 74/2007), în 26 de localități în 2012 și în 23 de localități în 2013. În aceeași perioadă, numărul locuințelor sociale disponibile altor tipuri de beneficiari eligibili (potrivit Legii 114/1996) a oscilat tot în jurul a 200 pe an, mult sub cele 2.000 de locuințe pe an construite, în medie, în perioada 1998-2007.

Penuria de locuințe sociale disponibile reprezintă o problemă generală. Autoritățile publice locale dețin și gestionează fondul de locuințe ce pot fi închiriate populației celei mai sărace, însă acest fond nu este unul de „locuințe sociale” deoarece nu se încadrează în cerințele impuse de lege. Cel mai adesea, acest fond include case naționalizate sau de proastă calitate, neglijate în ultimii ani și situate în zone urbane neatractive, cu acces dificil și utilități limitate, dar și cu o valoare de piață scăzută. În octombrie 2014, în cadrul procesului de elaborare a prezentei Strategii, Banca Mondială a realizat un studiu al situației locuințelor sociale (SLS) în toate localitățile urbane.³⁰⁹ SLS a arătat că aproximativ 28.000-29.000 de locuințe deținute de stat sunt înregistrate oficial ca locuințe sociale, din care 19.000-20.000 se află în blocuri de apartamente și 8.000-9.000 sunt situate în alte tipuri de imobile. Aceste locuințe nu sunt

³⁰⁸ În prezent, MDRAP colaborează cu MMFPSPV pentru modificarea acestei legi.

³⁰⁹ Din totalul de 319 de municipalități urbane și cele șase sectoare din București, 19 municipalități urbane și trei sectoare nu au răspuns sondajului.

distribuite uniform la nivelul orașelor – 131 nu dețin nicio locuință socială,³¹⁰ în timp ce altele au între una și 2.500 astfel de locuințe. Un lucru este clar, și anume faptul că oferta de locuințe sociale este mult inferioară cererii. Numărul de solicitări primite de către municipalitățile urbane depășește 67.000, în timp ce autoritățile locale estimează o nevoie de 55.000-60.000 de locuințe. Autoritățile locale au un interes vădit să extindă fondul de locuințe sociale pentru a face față creșterii cererii la nivel local, însă resursele disponibile sunt minime, atât din punct de vedere financiar, cât și din perspectiva terenurilor și a imobilelor vacante.

Pentru a putea beneficia de o locuință socială, familiile trebuie să fi obținut în ultimele 12 luni un venit mediu net lunar pe persoană de sub 380 de euro (venitul mediu net lunar la nivel național).³¹¹ Cum venitul mediu net lunar la nivel național reflectă, în general, percentila 90 a populației totale, majoritatea gospodăriilor din România sunt eligibile, în baza venitului, pentru o locuință socială. În plus, criteriile de eligibilitate includ alte categorii largi de populație, inclusiv persoanele evacuate din casele naționalizate retrocedate, cuplurile căsătorite până în 35 de ani, tinerii ce părăsesc sistemul de protecție a copilului, persoanele cu dizabilități, veteranii și văduvele de război, precum și victimele regimului comunist și ale revoluției, conform legislației privind drepturile acestora (118/1990 și 341/2004). În aceste condiții, multe autorități locale acordă acces prioritar la locuințele sociale familiilor cu un număr mic de copii și cu un venit care le permite să plătească utilitățile. În consecință, familiile cele mai sărace și cele cu mulți copii (în special rome) sunt adesea excluse din acest proces. Cu toate acestea, autoritățile publice locale repartizează locuințele sociale în baza unei liste de criterii, stabilite anual.³¹² Studiul calitativ întreprins în scopul prezentei Strategii a analizat mai multe hotărâri ale consiliilor locale și a constatat că familiilor sărace cu copii li se acordă, de fapt, acces prioritar.

Proasta calitate a fondului de locuințe sociale reprezintă o altă problemă majoră. Deși legea 114/1996 stipulează standarde tehnice minime pentru locuințele sociale nou construite, aceste standarde nu se aplică clădirilor mai vechi. Datele SLS confirmă faptul că majoritatea locuințelor sociale constă în apartamente cu una sau două camere, cu o suprafață de 10-37 de metri pătrați, în care locuiesc familii numeroase.³¹³ Spațiile comune sunt, de obicei, vechi, deteriorate și/sau murdare, iar serviciile precum electricitatea, canalizarea și alimentarea cu apă fie lipsesc, fie au fost întrerupte din cauza restanțelor la plată. Supraaglomerarea masivă pune presiune serioasă asupra blocurilor de apartamente, care nu sunt proiectate din punct de vedere tehnic pentru un număr atât de mare de locatari. Cum infrastructura este în mare parte veche și stricată, subsolul acestor blocuri este, de obicei, inundat de apă și noroi. Prin urmare, pereții și acoperișul se erodează și sunt afectate de umezeală, ceea ce constituie un risc de sănătate pentru locatari. Unele din zonele cu locuințe sociale riscă să devină – sau au devenit deja – „insule” de sărăcie (mai ales mahalalele), cu condiții de locuit inadecvate și șomaj generalizat. Autoritățile locale se comportă, de obicei, ca niște simpli administratori financiari ai clădirilor, iar programele de locuințe sociale existente nu includ stimulente prin care să se încurajeze sau să se ceară chiriașilor să participe activ la piața muncii sau la educație ori să acceseze alte servicii sociale.

Gestionarea financiară a locuințelor sociale este complicată pentru că aceste locuințe acumulează adesea restanțe mari, în special la plata utilităților publice. Această situație duce, de multe ori, la debranșarea a întregului imobil, acolo unde nu există dispozitive de contorizare a consumului individual în fiecare locuință. Chiria percepută de autoritatea locală nu poate depăși 10% din venitul locatarilor,

³¹⁰ Totuși, 34 dintre aceste orașe au locuințe de stat închiriate populației cu venituri mici ce nu sunt înregistrate oficial ca locuințe sociale.

³¹¹ Dacă venitul mediu net lunar pe gospodărie depășește nivelul specificat cu 20% timp de doi ani fiscali consecutivi, contractul se reziliază (art. 42 al Legii 114/1996).

³¹² Fiecare autoritate locală își stabilește propriile criterii pentru repartizarea locuințelor sociale aflate în administrarea sa (art. 43 al Legii 114/1996). Locuințele de serviciu și cele de necesitate sunt atribuite potrivit aceluiași criterii ca și locuințele sociale. Criteriile vizează: componența gospodăriei, nivelul venitului, actuala situație locativă, raportul dintre suprafață și numărul de persoane în actuala locuință, vechimea cererii, situații sociale sau locative speciale și nivelul de educație. Există și criterii de eligibilitate stabilite la nivel național – de exemplu, familia trebuie să nu fi deținut vreodată o locuință.

³¹³ Banca Mondială (2014).

diferența până la valoarea nominală a chiriei fiind subvenționată din bugetul local. Cum acești locatari sunt în general săraci, nivelul chiriei nu acoperă nici măcar costurile de întreținere, astfel încât locuințele sociale reprezintă o povară enormă pentru finanțele locale. În cazul locuințelor sociale, sistemul contabil al autorității locale atribuie restanțele la plata chiriei locuinței, nu chiriei, ceea ce înseamnă că orice datorie neplătită este reportată următorului chirie. Sistemul de stingere a datoriilor neplătite ce nu au putut fi recuperate este dificil din punct de vedere administrativ (deoarece presupune adoptarea unei reglementări de către consiliul local), prin urmare mulți dintre noii chiriași ai locuințelor sociale sunt considerați responsabili pentru plata restanțelor acumulate de noua lor locuință. Pentru mai multe detalii, vezi Caseta 42.

Caseta 42: Sistemul ineficient al restanțelor la chiria aferentă locuințelor sociale

Pentru beneficiarii locuințelor sociale din comunitățile dezavantajate, plata chiar și a unei chirii lunare mici de 20-104 lei (aproximativ 4-23 de euro) poate constitui o povară enormă. Datoriile istorice se acumulează rapid, nivelul scăzut al veniturilor lunare ale locatarilor fiind insuficient pentru a le acoperi nevoile de bază zilnice, cu atât mai puțin pentru a plăti propriile restanțe și cele ale chiriașilor care au ocupat anterior locuința respectivă. Regulile stabilite de autoritățile locale, prin care vechile restanțe se reportează actualilor chiriași, provoacă o serie de greutăți serioase locatarilor locuințelor sociale, și așa dezavantajați.

Potrivit actualei legislații, autoritățile fiscale calculează dobândă și penalități pentru neplata oricăror taxe datorate statului sau autorităților locale. Rata aplicabilă este stabilită prin ordonanță sau hotărâre de guvern. Termenul generic al taxelor include aici alte venituri la buget, inclusiv chiria pentru locuințe sociale.

Dobânda de întârziere

Dobânda se adaugă la orice taxă datorată statului sau autorității locale neachitată, din ziua următoare scadenței până la data plății. Rata dobânzii de întârziere este actualmente stabilită prin ordonanță de guvern, dar în trecut era reglementată prin hotărâre de guvern. În prezent, rata dobânzii pentru neachitarea unei taxe este de 0,04% pe zi. Dobânda se aplică cuantumului neachitat al taxei.

Majorări în caz de neachitare

Majorările de întârziere se aplică oricărei părți a taxei datorate statului sau autorității locale care nu este achitată la data scadenței. Din ziua următoare scadenței, autoritățile fiscale centrale impun o majorare pentru neplata taxei de 0,02% pe zi, care se aplică cuantumului neachitat al taxei.

Ca o excepție de la regula generală ce se aplică în cazul taxelor aferente bugetului de stat, rata majorării pentru neachitarea la timp a taxelor locale este de 2% pe lună, adică 0,06% pe zi sau 0,07% pe zi, în funcție de numărul de zile din lună. Majorările de întârziere sunt datorate pentru întreaga lună sau fracțiune de lună până la plata integrală și se aplică cuantumului neachitat al taxei.

Stingerea obligațiilor fiscale prin plăți voluntare: ordine

Există unele reguli generale ce se aplică în cazul stingerii obligațiilor fiscale prin plăți voluntare. Când o persoană datorează mai multe tipuri de taxe sau alte obligații fiscale cu scadențe diferite și când suma plătită efectiv nu acoperă toate obligațiile fiscale datorate, autoritățile fiscale distribuie suma achitată pentru a stinge obligațiile existente, în ordinea stabilită de lege și prezentată mai jos într-o formă simplificată:

- În primul rând, se sting toate creanțele fiscale (creanța principală, dobânda și majorările) incluse în graficul eșalonat al plăților fiscale aprobat de către autoritățile fiscale și datorate la data plății. Se sting toate celelalte obligații fiscale a căror achitare nu este impusă ca o precondiție pentru continuarea plăților eșalonate.
- În al doilea rând, toate creanțele fiscale principale se sting în ordine cronologică.
- În al treilea rând, dobânda și penalitățile se sting tot în ordine cronologică.
- În al patrulea rând, viitoarele obligații fiscale sunt incluse în graficul de plăți eșalonate.

Cu toate acestea, foarte puțini membri ai comunităților dezavantajate care au dreptul la o locuință socială beneficiază de aprobarea unui grafic eșalonat al plăților fiscale. Unul dintre motive este faptul că autoritățile fiscale solicită o garanție pentru aprobarea unui grafic eșalonat al plăților, pe care beneficiarii locuințelor sociale nu o pot prezenta, în general.

Astfel, în ceea ce privește plata chiriei, majoritatea membrilor comunităților dezavantajate se încadrează în a doua sau a treia fază, mai precis au acumulat restanțe la plata chiriei sau uneori le-au moștenit de la chiriașii precedenți, iar aceste datorii istorice au acumulat dobânzi și majorări de întârziere.

Perpetuarea spiralei datoriilor

În unele situații, se perpetuează spirala datoriilor. Următorul exemplu ipotetic ilustrează mai clar acest mecanism. O familie dintr-o comunitate dezavantajată care ocupă o locuință socială închiriată de la primărie este formată din patru membri: doi adulți și doi copii. Venitul mediu net total al familiei (cu toate alocațiile disponibile) ajunge la 600 de lei pe lună.

Prestațiile sociale se încasează în data de 25 ale fiecărei luni. Chiria pentru locuința socială este de 60 de lei pe lună, iar scadența este data de 10 a fiecărei luni. În ciuda faptului că familia s-a mutat în locuința respectivă doar la începutul anului (1 ianuarie 2013), au moștenit de la chiriașii precedenți datorii istorice reprezentând restanțe la plata chiriei pentru întregul an 2012, în cuantum de 863 de lei, din care:

- 720 de lei reprezintă restanțe la plata chiriei din ultimele 12 luni
- 54 de lei reprezintă dobânda
- 89 de lei reprezintă majorările.

În primul rând, familia trebuie să plătească chiria în data de 10, dar primește prestațiile sociale abia în 25 ale fiecărei luni. Cum nu câștigă un venit suficient pentru a face economii, familia nu poate plăti chiria pentru luna curentă din veniturile câștigate în luna precedentă. Astfel, din data de 10 până pe 26 (ziua în care pot face plata, o zi după ce încasează prestațiile), mai precis timp de 16 zile, curg dobânda și majorările atât pentru datoriile istorice, cât și pentru chiria datorată în prezent.

Suma totală a datoriei acumulate în ziua plății (26 ianuarie 2013) este de 943 lei, din care:

- 780 lei reprezintă restanțe la plata chiriei din ultimele 12 luni plus chiria din luna curentă
- 62 de lei reprezintă dobânda acumulată
- 101 lei reprezintă majorările acumulate.

Veniturile familiei din luna curentă pot acoperi numai dobânda acumulată până în prezent, însă, potrivit reglementărilor actuale, vor fi folosite pentru a acoperi chiria datorată în urmă cu 12 luni (10 ianuarie 2012). Nu se acoperă deloc chiria, dobânda și majorările aferente lunii în curs. Restul chiriei istorice și chiria pe luna în curs vor continua să genereze dobândă și majorări, iar acest mecanism va perpetua spirala datoriilor, deși familia va continua să plătească chiria datorată în fiecare lună.

Câteva soluții posibile ar fi:

(a) Crearea unor proceduri fiscale mai flexibile pentru familiile cele mai dezavantajate, inclusiv reducerea cerințelor referitoare la garanția aferentă locuințelor sociale

(b) Reglarea de urgență a datoriilor istorice aferente locuințelor sociale și eliminarea reportării restanțelor la plata chiriei noilor chiriași.

Plata utilităților poate reprezenta o provocare majoră pentru locatarii săraci ai locuințelor sociale. Unele autorități locale au reușit să creeze sisteme ce s-au dovedit a fi sustenabile și care ajută totodată populația să își acopere costurile lunare la utilități. De exemplu, zona Cuprom din Baia Mare este dotată cu toate utilitățile, lucru foarte apreciat de locuitorii de acolo (463 de persoane din 135 de familii). Prin acest sistem, locatarii beneficiază de utilități gratuit în primele trei luni. În următoarele trei luni, sunt obligați să plătească sume mici (20 de lei, respectiv 30 de lei, în funcție de numărul de camere închiriate). Apoi, facturile lor cresc treptat, o dată la trei luni, până la limita de 100 de lei pe lună pentru un apartament cu o cameră și 120 de lei pe lună pentru un apartament cu două camere, din care 50 de lei reprezintă chiria și 70 de lei costurile curente. Datoriile neplătite sunt mici și nu a fost evacuat nimeni. Pentru a asigura încălzirea pe timp de iarnă, primăria oferă locatarilor radiatoare portabile ce sunt preluate la începutul primăverii. Baia Mare este, de asemenea, un oraș dat ca exemplu de bună practică datorită existenței în zonă a unui complex foarte mare ce include servicii sociale, o școală generală și un liceu, facilitând astfel accesul la educație pentru toți copiii din zonă.

Evacuarea chiriașilor este ultima măsură luată în cazul restanțelor neachitate. Potrivit legii, durata închirierii este de cinci ani, cu posibilitate de prelungire. Cu toate acestea, au fost sesizate cazuri în care autoritățile locale decid să închirieze locuințele sociale pentru perioade mult mai scurte (chiar și trei luni) pentru a le fi mai ușor să evacueze chiriașii care nu își plătesc chiria sau facturile la utilități. Pentru a împiedica acumularea de datorii de către chiriașii locuințelor sociale, unele municipalități îi evacuează în ideea de a-i „responsabiliza.” Astfel, în timp ce departamentul primăriei ce se ocupă de locuințe nu face altceva decât să aplice legea atunci când evacuează persoanele cu restanțe, serviciul public de asistență socială fie nu este informat, fie nu intervine. Nu este clar ce se întâmplă cu cei evacuați, aceste persoane vulnerabile, inclusiv copiii lor, trăind o experiență de viață traumatizantă, fără niciun fel de protecție. În cazul lor, drepturile omului și ale copilului nu sunt deloc respectate de către instituțiile statului. Pentru a elimina problema evacuărilor datorate restanțelor la plata chiriei sau a utilităților, prezenta Strategie propune introducerea programului privind venitul minim de inserție socială (VMIS), incluzând o componentă locativă adresată persoanelor celor mai vulnerabile (în special familiilor cu copii) ce ocupă locuințe sociale.

În ceea ce privește populația de etnie romă, guvernul implementează un program de locuințe sociale (HG 1237/2008) ce are drept scop construirea a 301 de locuințe³¹⁴, în concordanță cu strategia guvernului de îmbunătățire a situației romilor.³¹⁵ Guvernul alocă 10 milioane de lei pentru acest proiect, însă nu a fost încă finalizat niciun imobil. Așa cum arată și recentul raport al Băncii Mondiale *Considerente pentru elaborarea Strategiei naționale a locuirii*,³¹⁶ este posibil ca acest lucru să se datoreze lipsei unor prevederi legislative clare și faptului că nicio autoritate locală nu va co-finanța din proprie inițiativă locuințe sociale speciale pentru romi când cererea pentru astfel de locuințe din partea populației generale este atât de ridicată. Într-adevăr, construirea unor locuințe sociale exclusiv pentru romi s-ar putea să nu fie o idee bună, având în vedere evidențele potrivit cărora aceste imobile sunt prost întreținute din cauza stigmatului și a riscului excluziunii sociale a locatarilor romi.

Diverse studii calitative au scos în evidență rezistența generală față de extinderea locuințelor sociale pe motiv că locatarii acestora ar putea fi considerați elemente nedorabile ale societății, în special romii, care suferă din cauza prejudecăților pe mai multe planuri.³¹⁷ Prin urmare, se remarcă o serie de factori politici și financiari ce împiedică guvernul și autoritățile locale să construiască noi locuințe sociale. Guvernul ar trebui să evalueze nevoia de locuințe sociale în cazul categoriilor vulnerabile (inclusiv al persoanelor fără adăpost, al tinerilor ce au părăsit instituțiile, al foștilor deținuți, al victimelor violenței în familie, al persoanelor evacuate din casele retrocedate și al persoanelor dependente de droguri). Ulterior, ar trebui să stabilească un cadru strategic național clar pentru politica sa de locuire, prin coordonare intersectorială și cooperarea autorităților centrale și locale. Ar trebui lărgită paleta de instrumente din domeniul locuințelor sociale, iar guvernul ar trebui să aibă în vedere posibilitatea acordării unor alocații locative persoanelor aflate în cea mai mare dificultate. În acest scop, ar trebui extinsă finanțarea serviciilor din sfera locuințelor sociale.

³¹⁴ Locuința trebuie să îndeplinească standardele minime prevăzute în Legea locuinței. Numărul de locuințe /camere în fiecare locație trebuie stabilit în funcție de numărul solicitanților și de structura și mărimea familiilor acestora.

³¹⁵ Programul vizează 11 localități din următoarele județe: Arad (49 de locuințe), Bihor (28 de locuințe), Bistrița-Năsăud (21 de locuințe), Brașov (21 de locuințe), Constanța (49 de locuințe), Iași (49 de locuințe), Mehedinți (28 de locuințe), Olt (28 de locuințe) și Sibiu (28 de locuințe).

³¹⁶ Banca Mondială (2015).

³¹⁷ Banca Mondială (2014).

2.6.3. Asigurarea unor ajutoare de urgență eficiente pentru persoanele fără adăpost și dezvoltarea capacității de reintegrare socială și prevenție timpurie

Nu s-a întreprins nicio evaluare recentă a dimensiunii fenomenului persoanelor fără adăpost în România, chiar dacă sunt disponibile unele date furnizate de Recensământul din 2011 și alte studii.³¹⁸ Profilul persoanelor fără adăpost ce reiese din datele Recensământului concordă, în general, cu constatările studiilor anterioare. Marea majoritate a persoanelor fără adăpost trăiesc în mediul urban (95%), 88% dintre ele sunt concentrate în reședințele de județ și în capitală (o treime trăiesc în București). Peste trei sferturi dintre cei fără adăpost sunt bărbați și adulți în vârstă de muncă (trei sferturi au vârste cuprinse între 25 și 64 de ani). În mod alarmant, copiii reprezintă peste una din zece persoane fără adăpost.

Câteva categorii ale populației prezintă un risc major de lipsă a adăpostului sau condiții de trai precare în absența unor măsuri de intervenție locativă timpurie:

- Tinerii ce părăsesc instituțiile de tip rezidențial – pentru acești tineri, sunt disponibile tot mai multe apartamente și case sociale, însă capacitatea la nivel local este încă insuficientă.
- Persoanele ce riscă să fie evacuate din cauza restanțelor la plata chiriei și a utilităților
- Persoanele ce ies din spitale, din unitățile de psihiatrie și cele adresate persoanelor cu dizabilități
- Persoanele eliberate din penitenciare
- Victimele violenței în familie
- Persoanele vârstnice victime ale escrocheriilor imobiliare
- Persoanele dependente de droguri
- Locatarii caselor naționalizate retrocedate foștilor proprietari – au fost adoptate prevederi legislative speciale³¹⁹ care facilitează atribuirea unei locuințe sociale acestei categorii de persoane, însă primăriile nu au fondul locativ necesar.
- Victimele traficului de persoane
- Persoanele ce ocupă ilegal spații și cele din locuințele improvizate.

Capacitatea adăposturilor pentru persoanele fără locuință pare a fi în creștere. Dintre toate municipalitățile urbane ce au participat la studiul privind situația locuințelor sociale,³²⁰ 63 au raportat că dețin unu până la zece adăposturi. În total, la 1 septembrie 2014, funcționau 104 adăposturi pentru persoanele fără locuință în mediul urban, cu un total de 2.525 de locuri disponibile. Cu toate acestea, cercetarea calitativă realizată în scopul prezentei Strategii sugerează că acestea nu acoperă încă în totalitate nevoile existente. În unele zone, există și adăposturi specializate, de exemplu, pentru victimele violenței în familie. Cu toate că adăposturile ar trebui considerate o soluție temporară, multe dintre ele oferă cazare pe termen lung actualilor lor beneficiari, în special din cauza lipsei locuințelor sociale sau a altor alternative locative. Prin urmare, persoanele rămase recent fără locuință trebuie să apeleze la alte tipuri de cazare ieftină, precum case și cămine administrate privat, improvizate sau insalubre, sau să împartă o chirie în zonele cu o valoare extrem de scăzută și în comunitățile marginalizate.

În anii următori, capacitatea intervențiilor locative de urgență adresate oamenilor străzii va trebui dezvoltată astfel: (i) serviciile stradale adresate persoanelor fără adăpost trebuie îmbunătățite pentru a răspunde nevoilor de bază ale acestora legate de hrană, apă și asistență medicală; (ii) așa cum pare să indice și imaginea parțială a distribuirii teritoriale a fenomenului persoanelor fără adăpost, sunt necesare

³¹⁸ Doar 1.542 de persoane au fost înregistrate ca fiind fără adăpost în cadrul Recensământului, în timp ce și cele mai optimiste estimări anterioare erau de cel puțin trei ori mai mari (Ministerul Dezvoltării Regionale, 2008 în baza cifrelor raportate de către autoritățile locale). Unele estimări au sugerat un număr de persoane fără adăpost chiar de zece ori mai ridicat la nivel național decât cel înregistrat în cadrul Recensământului.

³¹⁹ Hotărârea de Guvern 74/2007.

³²⁰ Banca Mondială (2014).

mai multe adăposturi în reședințele de județ și în alte localități urbane mari; (iii) este nevoie de programe pilot care să ofere pachete integrate de servicii sociale persoanelor fără adăpost, inclusiv locuințe; (iv) problematica acestei „populații invizibile” ar trebui adusă în atenția publicului larg pentru a obține sprijin în favoarea acestor intervenții și totodată pentru a pleda în favoarea renunțării la practicile nocive (cum este cerșitul).

Cu toate acestea, simpla îmbunătățire a cadrului instituțional nu va reduce problema cronică a persoanelor fără adăpost și sărăcia extremă. Pentru a orienta treptat politicile spre prevenție, locuințele sociale ar trebui acordate în cadrul unui pachet integrat de servicii sociale adresate persoanelor ce părăsesc penitenciarele, instituțiile de protecție a copilului, azilurile și spitalele, victimelor violenței în familie și persoanelor dependente de droguri. Ar trebui creată o strategie mai eficientă pentru monitorizarea și controlul fenomenului ocupării ilegale a spațiilor și al condițiilor de locuit inadecvate, însoțită de programe speciale care să ajute ocupanții să acceseze infrastructura fizică și socială. Ar trebuie pus capăt evacuărilor ilegale și celor realizate în absența unor alternative locative.

Ca o problemă stringentă, fenomenul copiilor fără adăpost trebuie redus dramatic până la eradicarea sa. În acest scop, serviciile de protecție a copilului trebuie să devină mai proactive în demersurile lor stradale, cu sprijinul furnizorilor locali de servicii și al SPAS în calitate de entități de referire. Ar trebui acordat sprijin care să permită copiilor să meargă la școală fără a li se cere o documentație complexă, asigurându-le totodată transport gratuit și alte materiale necesare.

Trebuie măsurată dimensiunea populației fără adăpost la nivel național și în toate marile orașe, în baza unor date mai fiabile. Pentru a crea un sistem de înregistrare timpurie și de monitorizare a persoanelor fără adăpost, trebuie să existe colaborare între toate instituțiile publice relevante, ONG-uri și institutele de statistică și cercetare.

Caseta 43: Programul de intervenții prioritare – acordarea de servicii integrate într-o comunitate urbană marginalizată cu populație romă

Un proiect de dezvoltare comunitară implementat în cartierul de romi extrem de sărac Bora de la marginea Sloboziei, județul Ialomița, este recunoscut în plan internațional ca exemplu de bună practică în ceea ce privește îmbunătățirea condițiilor de trai ale comunităților marginalizate. Proiectul reprezintă unul din cele 133 de proiecte incluse în amplul Program de intervenții prioritare (PIP), desfășurat la nivelul țării de către Fondul Român de Dezvoltare Socială (FRDS), în cadrul unui Proiect de incluziune socială (PIS) mai larg. Caracteristica cheie a PIP este accentul pe comunitățile rome. Proiectele sale vizează diferite aspecte ale excluziunii sociale a romilor, precum accesul redus la educație, sănătate, protecție socială și diferite tipuri de infrastructură (precum lipsa drumurilor în comunitățile lor).

Cei 214 beneficiari ai proiectului Bora – din care 129 sunt copii – se numără printre cei mai săraci din cei aproximativ 1.700 de romi ce trăiesc în cartierul respectiv. Bora este caracterizat de lipsuri multiple, inclusiv sărăcie generalizată, șomaj ridicat, abandon școlar (70%) sau lipsa accesului la școală (copii neînregistrați) și acces limitat la utilități.

Proiectul are două componente cheie: (i) infrastructura – construirea unui centru social multifuncțional pe terenul pus la dispoziție de primărie și (ii) servicii sociale comunitare – inclusiv activități educative, școlare și de *after-school*, activități de timp liber și culturale tradiționale, consiliere socială și juridică pentru adulți și informare și educație pentru sănătate. Proiectul implică un amplu proces participativ, 30 de reprezentanți ai comunității făcând parte dintr-un grup de inițiativă ce se ocupă de identificarea problemelor, găsirea soluțiilor și facilitarea dialogului. Implementarea proiectului este monitorizată de un compartiment special de monitorizare, facilitatori comunitari și supervizori ai proiectului din partea FRDS și de reprezentanții primăriei.

Proiectul a obținut rezultate pozitive. De exemplu, 50 de copii romi beneficiază de activități școlare și de *after-school*, inclusiv de masă gratuită, iar 214 părinți romi sunt implicați în activități de *networking* și consiliere menite să susțină participarea copiilor la educație. Drept urmare, absentismul și abandonul școlar au scăzut cu 20%.

Un punct forte cheie al proiectului îl constituie implicarea comunității de la bun început, din faza de elaborare. Unele dintre abordările sale participative cele mai eficiente ar putea fi preluate de proiectele implementate în alte comunități dezavantajate, precum cele adresate beneficiarilor locuințelor sociale, inclusiv utilizarea facilitatorilor pe parcursul ciclului proiectului, schimburi de cunoștințe cu alte comunități similare, dezvoltarea relațiilor de cooperare

între diferite comunități, asistarea beneficiarilor în vederea accesării altor tipuri de sprijin și monitorizarea și evaluarea constantă la fața locului, cu implicarea comunității.

Sursa: Banca Mondială (2014).

Dacă nu se combate fenomenul persoanelor fără adăpost pe viitor, costurile pentru societate vor crește. Trebuie luate câteva măsuri cruciale în viitorul apropiat: (i) eradicarea fenomenului copiilor fără adăpost printr-o abordare mai proactivă a serviciilor de protecție a copilului în acțiunile lor stradale și prin încurajarea furnizorilor locali de servicii și a asistenților sociali ai SPAS să îndrume mai sistematic persoanele cu risc spre serviciile speciale de care au nevoie; (ii) evaluarea dimensiunii populației fără adăpost în toate marile orașe; (iii) creșterea capacității adăposturilor; (iv) dezvoltarea capacității de implementare a intervențiilor stradale de urgență, asigurând acoperirea nevoilor de bază ale persoanelor nevoiașe legate de hrană, apă și asistență medicală; (v) adoptarea unor programe de regenerare care să abordeze problema așezărilor ilegale; (vi) încetarea tuturor evacuărilor ilegale; (vii) adoptarea unor politici preventive care să ofere protecție persoanelor ce riscă să ajungă în stradă, inclusiv persoanelor ce părăsesc penitenciarele, instituțiile de protecție a copilului, centrele de tip rezidențial și spitalele, victimelor violenței în familie, persoanelor dependente de droguri și persoanelor vulnerabile, singure și vârstnice.

2.7. Participare socială

Pentru a se bucura de drepturi depline într-un sistem democratic, membrii societății trebuie să fie informați și să devină cetățeni activi, să beneficieze de șansa de a se alătura celorlalți și de a conlucra pentru atingerea obiectivelor comune. Participarea socială în sine este nu numai un lucru benefic, ci are și efecte multiplicatoare: crește bunăstarea categoriilor vulnerabile și guvernanta locală și, în general, asigură o mai mare coeziune la nivelul societății. Guvernul ar trebui să încurajeze atât activitățile voluntare prin care populația României poate sprijini grupurile vulnerabile cât și alte tipuri de participare socială prin care vocea celor deprivati și marginalizați se face auzită în mod direct și imediat.

Obiective principale	Pagina
2.7.1. Îmbunătățirea climatului social și creșterea încrederii în instituții	257
2.7.2. Creșterea toleranței și reducerea discriminării	259
2.7.3. Creșterea participării la activități de voluntariat realizate cu și pentru categoriile vulnerabile	261
2.7.4. Împuternicirea comunităților sărace și marginalizate prin participare socială activă	261
2.7.5. Creșterea accesului la informații și cunoștințe prin inovare socială	264



2.7. Participare socială

Participarea socială cuprinde aspecte extrem de variate, de la voluntariat la vot și acțiuni politice. Strategia se concentrează asupra a două forme cheie de participare socială ce afectează direct persoanele excluse din punct de vedere social: (i) acțiunile de voluntariat prin care populația care nu este vulnerabilă poate ajuta categoriile vulnerabile (participare socială *pentru* cei defavorizați) și (ii) alte tipuri de participare socială prin care vocea celor deprivati și marginalizați se face auzită în mod direct și imediat.

Rata participării în cadrul diferitelor tipuri de organizații de voluntariat³²¹ este mult mai scăzută în România decât în majoritatea altor țări din Europa, în timp ce implicarea în acțiuni de voluntariat de care să beneficieze categoriile vulnerabile este aproape inexistentă. În medie, 26% dintre europeni iau parte la acțiuni voluntare și caritabile (în afara activității lor remunerate), fie periodic, fie ocazional,³²² însă doar 15% dintre români se implică în activități de voluntariat (doar patru alte state au un număr mai mic de voluntari – Grecia, Bulgaria, Portugalia și Polonia). Numai 3% dintre români au declarat în sondaje că fac muncă voluntară în cadrul unei organizații ecologice, caritabile sau de apărare a drepturilor omului (procent ce îi include pe cei ce desfășoară astfel de activități doar ocazional). Nivelul este de doar 1% în cazul persoanelor implicate doar în acțiuni caritabile.

Participarea socială a categoriilor vulnerabile este, adesea, un scop declarat al proiectelor de dezvoltare concepute pentru a împuternici aceste grupuri, de exemplu prin sporirea accesului lor la informații. În acest sens, participarea este definită ca „procesul prin care responsabilii de politici influențează și împart controlul la nivelul inițiativelor de dezvoltare și al deciziilor și resurselor ce le afectează.”³²³ În acest cadru conceptual, analiștii prezintă frecvent împuternicirea³²⁴ categoriilor marginalizate ca un mijloc de a reduce, în mod durabil, sărăcia în comunitățile defavorizate.³²⁵ Mai mult, împuternicirea nu reprezintă doar o modalitate de reducere a sărăciei monetare, ci și un scop în sine, lipsa de control asupra propriei vieți fiind unul din aspectele specifice sărăciei.³²⁶ Din aceeași perspectivă teoretică, împuternicirea persoanelor sărace poate permite îmbunătățirea diferitelor aspecte ale vieții lor, cum ar fi sporirea accesului la servicii de bază, îmbunătățirea mecanismelor de conducere la nivel local și național, promovarea unei ample reforme economice și dezvoltarea unei piețe favorabile persoanelor sărace, dar și sporirea accesului la justiție.³²⁷

³²¹ Există o largă paletă de organizații de voluntariat, ce include organizații religioase, organizații profesionale, sindicate, asociații culturale, cluburi sportive și partide politice.

³²² În plus, doar 2% dintre români sunt implicați în aceste activități în mod regulat, nu doar ocazional (România se situează la finele clasamentului, împreună cu Bulgaria și Polonia).

³²³ Banca Mondială (1996, p. XI).

³²⁴ Abilitarea înseamnă „capacitatea persoanelor sărace și a altor categorii excluse de a participa, negocia, schimba și trage la răspundere instituțiile ce le afectează bunăstarea” (Klugman, 2002:2).

³²⁵ Narayan (2000), Pozzoni (2005) și Eberlei (2007).

³²⁶ Pozzoni, (2005:14) și Klugman (2002:2).

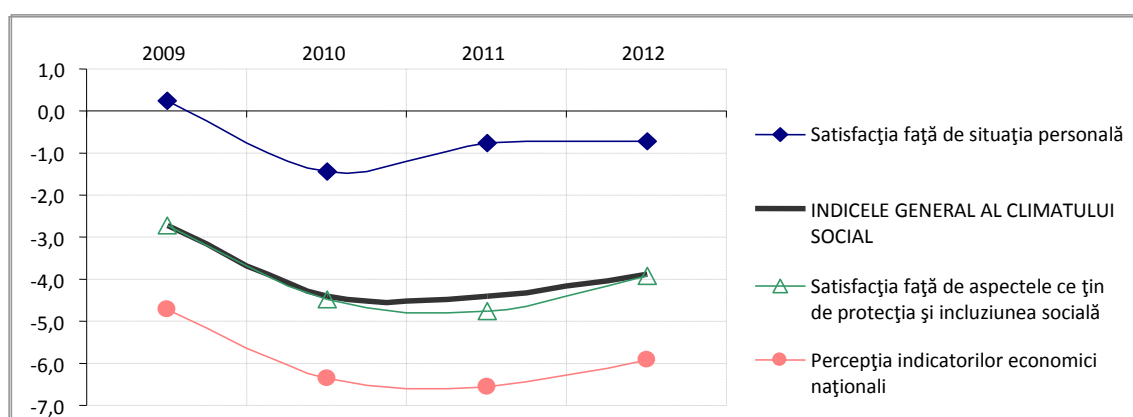
³²⁷ Banca Mondială (2002: vii).

În concluzie, participarea socială pentru și a categoriilor vulnerabile poate fi încurajată prin crearea unui mediu social benefic, creșterea încrederii în instituții și a toleranței, precum și prin reducerea discriminării. Este în egală măsură important să se creeze mecanisme instituționale care să permită categoriilor sărace sau marginalizate să participe mai mult în cadrul comunităților lor și care să încurajeze apariția unor inovații sociale menite să susțină participarea.

2.7.1. Îmbunătățirea climatului social și creșterea încrederii în instituții

Climatul social creează contextul în care acționează populația. Acesta poate fi coerent și favorabil participării sociale sau poate fi fragmentat, conducând astfel la izolare, marginalizare și chiar la conflicte sociale. Populația poate fi mulțumită sau nu de modul în care decurg lucrurile, de propria viață, de instituții sau alți actori din sectorul public. Nemulțumirea atrage, adeseori, inhibarea abilităților de dezvoltare personală și a implicării comunitare a indivizilor, dar și autoizolarea și refuzul de a lua parte la viața socială.

Figura 66: Climatul social din România, 2009-2012



Sursa: CE, Eurobarometre 2005-2012

Notă: Graficul prezintă valorile medii a 15 scoruri, de la -10 („complet nemulțumit” / „foarte prost”) la +10 („foarte mulțumit” / „foarte bun”). Satisfacția față de situația personală este dată de valoarea medie a patru scoruri care evaluează satisfacția respondentului față de: (i) viață în general; (ii) mediul de rezidență; (iii) situația profesională personală; (iv) situația financiară a familiei. Percepția economiei naționale este reflectată de media a șase scoruri legate de următoarele aspecte: (i) costul vieții; (ii) accesibilitatea costurilor energiei; (iii) accesibilitatea locuinței; (iv) eficiența administrației publice; (v) starea generală a economiei; (vi) situația țării la nivelul ocupării. Satisfacția față de aspectele ce țin de protecția și incluziunea socială este dată de scorul mediu din cinci domenii: (i) furnizarea serviciilor medicale; (ii) asigurarea pensiilor; (iii) ajutorul de șomaj; (iv) relațiile dintre persoanele ce provin din medii culturale sau religioase diferite ori de naționalitate diferită; (v) modul în care guvernul răspunde la problemele inegalității sociale și sărăciei. Indicele general al mediului social este media tuturor celor 15 scoruri.

Climatul social al României este mult mai divizat decât în celelalte state membre ale UE, deteriorându-se în perioada imediat următoare crizei, în contextul recesiunii economice, măsurilor de austeritate și crizei politice. Rezultatele celor cinci sondaje Eurobarometru³²⁸ menite să monitorizeze impactul crizei (2009 și 2010) și ale eurobarometrelor speciale privind climatul social (2011 și 2012) au scos în evidență o realitate îngrijorătoare. La nivelul statelor membre ale UE, România și Grecia s-au clasat pe ultimele locuri din perspectiva celor trei dimensiuni măsurate: (i) satisfacția respondenților față de situația personală; (ii) satisfacția acestora față de aspectele ce țin de protecția și incluziunea socială; (iii)

³²⁸ În România, sondajele Eurobarometru au fost realizate de către TNS Opinion & Social, la cererea Direcției Generale Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune.

percepția indicatorilor economici naționali.³²⁹ Generalmente, românii percep starea economiei naționale într-un mod destul de pesimist, majoritatea respondenților situând-se aproape de baza scării satisfacției (*complet nemulțumiți*). Indicatorul a înregistrat valori mai mici imediat după 2009 și o tendință ușor ascendentă după 2011 (vezi Figura 66). Mai mult, în opinia populației – începând cu perioada de criză – sărăcia s-a răspândit, resursele financiare ale cetățenilor au scăzut considerabil și a devenit tot mai dificilă plata cheltuielilor de întreținere, a utilităților și a costurilor medicale. Situația este agravată de faptul că administrația publică și serviciile de sănătate sunt percepute ca funcționând într-o manieră nesatisfăcătoare, iar protecția împotriva sărăciei și inegalității este considerată deficitară. Într-adevăr, un sondaj recent realizat la nivelul populației mai tinere a arătat, cât se poate de clar, faptul că sărăcia, corupția și șomajul reprezintă probleme grave ce trebuie eliminate în România.³³⁰

Climatul social se poate schimba prin îmbunătățirea durabilă a economiei, cu impact direct asupra bunăstării populației, prin scăderea nivelului perceput al corupției și a ineficienței administrației publice, precum și prin acordarea de servicii și prestații sociale cheie. În absența acestor elemente, orice alt efort de a crește în mod direct participarea sunt sortite a avea doar un impact limitat.

Încrederea instituțională este o altă condiție indispensabilă pentru succesul participării sociale. Principalul motiv pentru care populația trebuie să aibă o oarecare încredere (unii autori o numesc încredere precaută) în instituțiile statului este acela că participarea socială presupune, în mare parte, interacțiunea cu instituțiile centrale, regionale sau locale. Dacă nu au încredere în instituții, cetățenii nu doresc să interacționeze cu acestea, rezultând astfel o societate civilă care este separată de stat și se află într-o relație mai degrabă conflictuală decât de cooperare.

Încrederea în instituții este redusă și a scăzut începând cu 2009.³³¹ Diferitele sondaje relevă un nivel tot mai mic al încrederii în instituții după 2009. În 2012, aceasta a ajuns (potrivit Sondajului mondial privind valorile) la un nivel la care doar în jur de 30% din populație avea încredere în guvern și numai 20% avea încredere în Parlament (ambele înregistrând variații anuale semnificative) și în Președinție (în ultimii cinci ani remarcându-se o scădere semnificativă față de nivelurile înregistrate în anii 2000). Faptul că cel mult o treime dintre respondenți au încredere în instituții sugerează că cetățenii nu au niciun motiv să creadă că sistemul politic va răspunde cerințelor sau nevoii lor de participare socială. În cazul în care aceasta este realitatea, populația nu va fi prea dornică să recurgă la participare socială pentru a-și atinge obiectivele și s-ar putea să aleagă alte strategii care, în opinia sa, se pot dovedi mai eficiente în condițiile date, precum corupția sau litigiile duse la extrem.³³²

Pentru a crește nivelul de încredere instituțională, instituțiile publice cu responsabilități în anumite domenii sociale (precum ocuparea forței de muncă, învățământ superior și protecția copilului) sunt (sau ar trebui să fie) deschise tuturor. Dacă publicul percepe negativ modul în care își îndeplinesc responsabilitățile aceste instituții, atunci nu își va dori să interacționeze cu ele. Soluția la această problemă vizează două aspecte. În primul rând, instituțiile statului ar trebui să îmbunătățească modul în care răspund persoanelor cu care interacționează și care le fac solicitări, adică clienților lor. În al doilea rând, trebuie diseminate la scară largă exemplele pozitive de interacțiune între cetățeni și instituții (din România și din lume) pentru a promova modul în care au fost soluționate probleme similare și pentru a încuraja astfel participarea socială pe termen lung.

³²⁹ Singurele țări cu valori similare au fost Ungaria, Bulgaria și Portugalia, însă acestea s-au descurcat mai bine cel puțin în unele privințe.

³³⁰ FES și CURS (2014)

³³¹ În România, nivelul încrederii instituționale depinde foarte mult de etapa ciclului electoral în care se măsoară (de exemplu, vezi Tufiş, 2012).

³³² Pentru mai multe detalii, vezi Sztompka (1999).

2.7.2. Creșterea toleranței și reducerea discriminării

Toleranța constituie una din precondițiile principale ale participării sociale. Deși participarea socială poate avea loc și în contexte caracterizate de intoleranță, acest tip de participare socială nu încearcă să creeze legături între grupuri. Nici nu caută să înțeleagă și să îl accepte pe „celălalt”, indiferent de cum este definit acesta. Într-un context intolerant, participarea socială are loc în cadrul propriului grup, în spatele ușilor închise și elimină orice posibilitate de implicare mai consistentă, ceea ce conduce, în final, la fragmentarea societății sau a comunității. Participarea în contexte caracterizate de un grad ridicat de toleranță, însă, deschide calea posibilității unei mai mari implicări. „Celălalt” este acceptat ca un interlocutor în adevăratul sens al cuvântului, ca un partener acceptabil (sau chiar apreciat ori de încredere). Mai mult, acest tip de participare reunește și pune în legătură persoane din diferite grupuri, crește toleranța dintre grupuri și șansele unei cooperări viitoare între acestea.

Toleranța față de categoriile vulnerabile a crescut substanțial în România ultimilor ani, însă discriminarea continuă să plaseze aceste categorii într-o situație de risc în ceea ce privește excluderea socială.³³³ Din Tabel 39 reiese că încă se mai adoptă comportamente discriminatorii în interacțiunile de zi de zi, având în vedere numărul mare al persoanelor cu o atitudine negativă față de cei vulnerabili, atitudine fondată pe simpla apartenență a acestora din urmă la un anumit grup. Potrivit Sondajului european privind valorile realizat în 2008, populația adultă a României prezintă cea mai mică toleranță față de trei categorii considerate a fi posibil periculoase: persoanele alcoolice, dependenții de droguri și persoanele cu antecedente penale.³³⁴ Există însă o explicație pentru acest tip de intoleranță. Toate cele trei categorii cuprind persoane ce par a fi mai predispuse la acte de violență (sau cel puțin deranjante), acte ce pot fi interpretate ca o amenințare personală, întreaga literatură publicată până în prezent identificând percepția amenințării ca unul dintre cei mai importanți predictorii ai intoleranței.³³⁵ Îngrijorător este faptul că numeroși români s-au arătat în continuare intoleranți față de unele categorii vulnerabile, precum persoanele cu HIV/SIDA sau homosexualii.

Tabel 39: Proporția din populația totală ce și-a exprimat nemulțumirea de a avea drept vecini reprezentanți ai categoriilor enumerate

	Populația de 18 ani și peste			Elevi de liceu
	1993	1999	2008	2011
Familii numeroase	22%	14%	16%	-
Persoane de altă rasă	-	-	21%	27%
Persoane cu HIV/SIDA	66%	47%	39%	65%
Romi	72%	52%	40%	71%
Persoane labile emoțional	64%	53%	45%	-
Homosexuali	-	-	55%	74%
Persoane cu antecedente penale	67%	69%	56%	-
Dependenți de droguri	76%	74%	61%	-
Persoane alcoolice	79%	77%	63%	-

Sursa: Sondajul european privind valorile din 1993, 1999 și 2008; Fundația pentru o Societate Deschisă, 2011

Romii continuă să fie discriminați din cauza etniei lor. Datele Sondajului european privind valorile au indicat un nivel ridicat al intoleranței față de romi fondate pe prejudecăți. Astfel, reiese că 40% din populația adultă a României nu și-ar dori vecini de etnie romă, dublu față de procentul persoanelor ce

³³³ Deși nu există o metodologie general acceptată de măsurare a toleranței, majoritatea experților din domeniu folosesc una din cele trei metode disponibile (pentru mai multe detalii, vezi Gibson, 2013). Rezultatele prezentate aici au la bază una din aceste trei metode de măsurare. Cu cât este mai mare numărul persoanelor ce fac parte dintr-un grup, cu atât mai ridicat tinde să fie nivelul de intoleranță a populației față de acel grup.

³³⁴ Nivelul intoleranței a fost determinat prin măsurarea proporției din populația totală care și-a exprimat nemulțumirea de a avea drept vecini reprezentanți ai categoriilor enumerate.

³³⁵ Gibson (2006).

ar respinge un vecin cu alte caracteristici, inclusiv musulman (23%), de altă rasă (21%), imigrant (21%) sau evreu (19%).

Romilor li se neagă accesul la servicii și piețe din motive etnice. Discuțiile de focus grup realizate cu comunitățile rome de către Banca Mondială în 2014 au evidențiat faptul că atitudinea discriminatorie a furnizorilor de servicii constituie principalul obstacol ce împiedică accesul romilor la servicii.³³⁶ De exemplu, la nivelul educației, un studiu al UNICEF a arătat că (hetero)identificarea unui elev drept rom de către un profesor crește considerabil probabilitatea ca profesorul să se aștepte ca acel elev să termine cel mult opt clase, toate celelalte aspecte fiind egale sau constante.³³⁷ În sfera sănătății, practicile discriminatorii față de pacienții rome se manifestă prin „evitarea contactului fizic cu pacienții; neconsultarea pacienților și a aparținătorilor acestora în alegerea tratamentului; omiterea explicațiilor legate de riscurile administrării unui anumit tip de tratament; folosirea unor proceduri agresive.”³³⁸ Romii raportează practici discriminatorii și pe piața muncii. Într-un sondaj realizat în rândul a 402 romi din România, Bulgaria, Slovacia, Cehia și Ungaria, 64% dintre romii în vârstă de muncă au declarat că s-au confruntat cu discriminare.³³⁹ Un procent alarmant de 49% au afirmat că angajatorii le-au spus deschis că îi tratează diferit pentru că sunt rome și alte 5 procente au primit același răspuns din partea agențiilor de ocupare a forței de muncă.

Educația este un bun indicator al nivelului de toleranță și de încredere în ceilalți. Există o puternică relație între gradul de intoleranță și educație, în cazul tuturor grupurilor, cu excepția persoanelor alcoolice și a dependenților de droguri. Datele privitoare la elevii de liceu din România, prezentate în Tabel A 40, denotă trei tipare importante. În primul rând, liceenii sunt mult mai intoleranți decât restul populației față de orice grup. Diferența poate fi explicată de o combinație de factori, inclusiv efectul de atenuare a intoleranței datorat educației, tendința de exagerare a adolescenților și respectarea de către aceștia în mai mică măsură a standardelor comune referitoare la corectitudinea politică. În al doilea rând, cu cât este mai ridicat capitalul educațional al familiei, cu atât este mai scăzut nivelul intoleranței. În al treilea rând, această relație între educație și intoleranță este complet inversată în cazul romilor, în sensul că șansele ca o familie să se arate intolerantă față de această etnie cresc direct proporțional cu nivelul educației.

Sunt necesare acțiuni de advocacy pentru a crește gradul de conștientizare și toleranța față de diversitate (inclusiv în cazul diferitelor categorii marginalizate sau discriminate) și pentru a crea un mediu social și instituțional care să faciliteze integrarea socială a categoriilor vulnerabile. Acest tip de advocacy ar trebui să vizeze nu doar populația, ci și factorii de decizie și angajatorii. Includerea reprezentanților categoriilor vulnerabile în comisii și organisme decizionale de la nivel local (atât formale, cât și informale) ar contribui la consolidarea rolului și poziției acestora în comunitatea lor. Educația este, de asemenea, fundamentală pentru o mai bună acceptare a categoriilor marginalizate. Reducerea părăsirii timpurii a școlii, în general, și creșterea numărului de persoane ce dețin diplome universitare pot reduce nivelul intoleranței pe termen mediu și lung.

³³⁶ Banca Mondială (2014).

³³⁷ Stanculescu (2013). Etnia constituie singurul determinant semnificativ, în modelele de regresie multiplă, al riscului de abandon școlar și părăsire timpurie a școlii. *Ceteris paribus*, apartenența la etnia romă crește substanțial probabilitatea ca acel copil să abandoneze /părăsească timpuriu școala, indiferent de vârstă, sex, stare de sănătate, nivelul de educație al mamei, numărul copiilor din gospodărie, numărul părinților prezenți în familie, mediul de rezidență sau nivelul cheltuielilor școlare ale gospodăriei (ori venitul gospodăriei).

³³⁸ Wamseidel et al (2012).

³³⁹ ERRC (2005).

2.7.3. Creșterea participării la activități de voluntariat realizate cu și pentru categoriile vulnerabile

Actualul cadru legislativ ce reglementează voluntariatul nu încurajează participarea socială. Legea voluntariatului (nr. 95/2001) a fost adoptată în 2001, modificată în 2006 și revizuită din nou în 2014 (Legea nr. 78/2014). Cu toate acestea, cadrul legal prezent ridică unele obstacole dezvoltării participării sociale, din mai multe puncte de vedere. Cerința de a semna un contract descurajează voluntariatul spontan și pe termen scurt. De asemenea, asigurarea de sănătate și împotriva accidentelor legate de riscurile implicate de activitatea voluntară nu pare a fi obligatorie pentru organizațiile de voluntariat și nu există prevederi care să-i stimuleze pe angajatori să își încurajeze angajații să devină voluntari.³⁴⁰

În vederea asigurării unei participări mai consistente, mass-media are rolul de a crește gradul de conștientizare cu privire la bunele practici și importanța participării. Cu toate acestea, companiile pot contribui cel mai mult la promovarea voluntariatului. Până în prezent, puține companii au sprijinit acțiunile de voluntariat și, cel mult, și-au încurajat angajații să devină voluntari după orele de lucru și la sfârșit de săptămână. Pe viitor, companiile ar putea să acorde timp liber angajaților lor, de orice vârstă și cu orice vechime, pentru a se implica în calitate de voluntari. În plus, ar putea să se asigure că programele și consilierea oferite angajaților înaintea pensionării includ, în mod obișnuit, informații despre oportunitățile și avantajele voluntariatului.

2.7.4. Împuternicirea comunităților sărace și marginalizate prin participare socială activă

Abordarea dezvoltarea comunitate participative (DCP) reprezintă un mecanism de finanțare popular la nivel comunitar, ce are în vedere abilitarea populației sărace. DCP plasează controlul asupra deciziilor de planificare și resurselor de investiții pentru proiectele de dezvoltare locală la nivelul grupurilor comunitare. Susținătorii DCP pretind că asigură o alocare optimă a resurselor și crește eficiența, eficacitatea și sustenabilitatea investițiilor mici. În plus, aceștia sunt de părere că resursele sunt folosite mai eficient, scade nivelul de sărăcie, iar serviciile și facilitățile sunt mai bine adresate persoanelor sărace (printr-o distribuire progresivă a resurselor). Pe lângă efectele economice, dezvoltarea cu implicarea comunității este menită să sporească transparența procesului decizional, să dezvolte capacitatea autorităților și să le responsabilizeze mai mult. În teorie, toate aceste obiective pozitive pot fi atinse prin creșterea nivelului de informații disponibile și a participării (în special a celor săraci), dar și prin dezvoltarea capitalului social al populației.³⁴¹

În abordarea DCP, persoanele sărace sunt privite ca o resursă, nu ca o problemă socială ce trebuie rezolvată. DCP reprezintă un tip de dezvoltare ce caută să ofere „controlul asupra deciziilor și resurselor grupurilor comunitare.”³⁴² În alte tipuri de proiecte, persoanele sărace sunt considerate o problemă socială ce trebuie soluționată de către experți înzestrați cu competențe și resurse, în timp ce teoria dezvoltării comunitare participative subliniază faptul că populația săracă constituie o resursă cheie pentru propria dezvoltare. Astfel, susținătorii DCP afirmă că cei nevoiași au capacitatea necesară pentru „a se organiza eficient ca să ofere bunuri și servicii ce răspund nevoilor lor stringente ... în cazul în care beneficiază de reguli clare, acces la informații și sprijin adecvat.”³⁴³

³⁴⁰ Banca Mondială (2014). Pe lângă faptul că ar încuraja angajații să se implice, aceste schimbări ar putea și să ajute tinerii să dobândească competențe și experiență profesională în timpul activității de voluntariat.

³⁴¹ Mansuri și Rao (2004) și Klugman (2002).

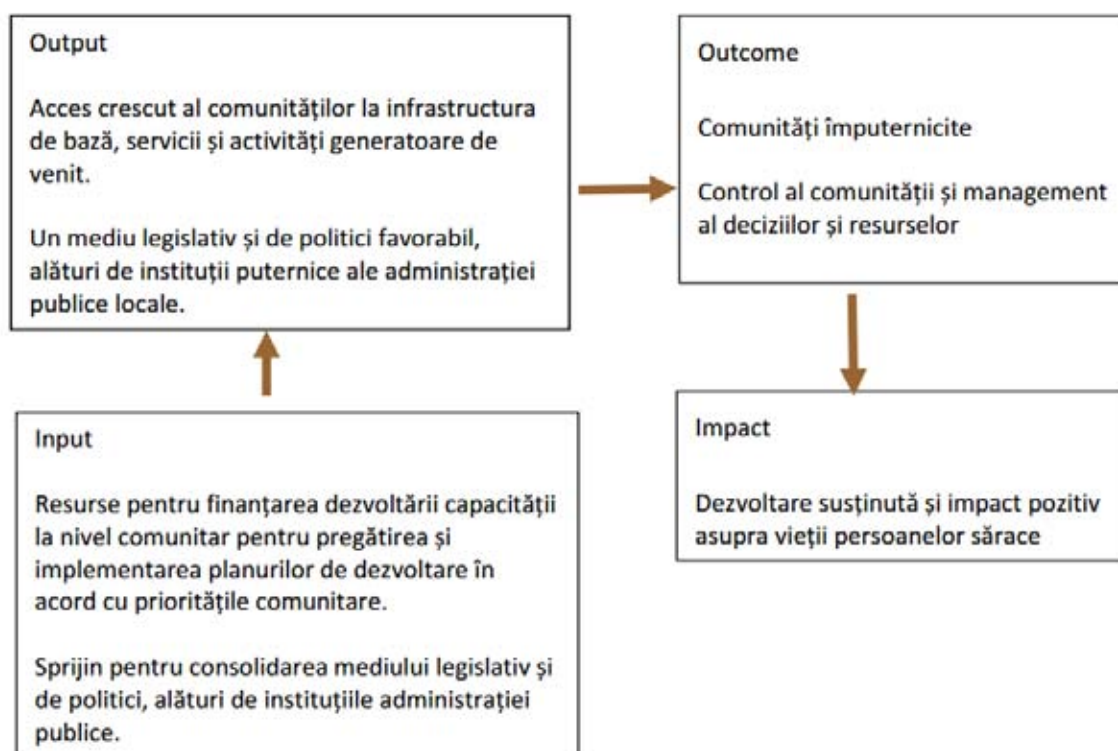
³⁴² Klugman (2002:303).

³⁴³ Klugman (2002:303).

Abordarea DCP este fondată pe un model logic explicit de administrare a resurselor, activităților și rezultatelor, ce trebuie urmărit în momentul implementării unui astfel de proiect pentru a obține rezultatele dorite (Figura 67):

- Resursele includ resursele necesare implementării proiectului și eforturile ce trebuie depuse pentru a schimba cadrul legislativ și politic la nivel local. Important este faptul că modul în care sunt distribuite și folosite resursele se decide de către comunitate, în baza nevoilor comunității.
- Se așteaptă ca efectul acestui mod de utilizare a resurselor să fie, pe de-o parte, îmbunătățirea infrastructurii (ceea ce va crește calitatea vieții sau chiar veniturile pe termen lung) și, pe de alta, schimbarea cadrului legislativ și politic (cu impact asupra normelor /regulilor ce guvernează funcționarea unei instituții). Aceste efecte rămân sub controlul direct al actorilor ce utilizează resursele și, din acest motiv, sunt considerate realizări (rezultate directe) ale proiectelor.
- În cazul în care resursele sunt folosite corespunzător și se obțin rezultatele dorite, se estimează o creștere a influenței comunităților, membrii comunității deținând un control mai mare asupra modului în care se iau deciziile și se distribuie resursele publice.
- Printr-o mai bună abilitare a comunităților și o mai mare responsabilizare a autorităților, impactul pe termen lung al unui proiect DCP poate fi îmbunătățirea considerabilă a calității vieții persoanelor sărace și inițierea unui proces de dezvoltare durabilă pentru aceste gospodării.

Figura 67: Schema rezultatelor din cadrul unei intervenții DCP sprijinite de Bancă



Sursa: Banca Mondială (2005, p 57)

Cu toate că imaginea prezentată de susținătorii acestei abordări este atrăgătoare, impactul la nivel mondial al proiectelor DCP este unul mixt, inclusiv în cazul celor din Proiectul de Dezvoltare Rurală (PDR), implementat de Banca Mondială în România între 2002 și 2006 (vezi Caseta 44). Pornind de la evidențele adunate, se pot trage o serie de lecții:

- Mecanismele participative de direcționare a resurselor sunt utile doar atunci când proiectele vizează comunitățile sărace, nu gospodăriile sărace dispersate. Cu alte cuvinte, direcționarea teritorială poate fi una progresivă, însă acest lucru este rareori valabil în cazul adresării gospodăriilor sărace

în general.³⁴⁴ Mai mult, unele studii au relevat faptul că eficacitatea direcționării teritoriale depinde și de plasarea persoanelor sărace într-un spațiu participativ creat de intervențiile DCP, prin urmare dacă nivelul de incluziune a săracilor nu este unul consistent, adresarea unor astfel de programe va fi sortită eșecului.³⁴⁵ Un alt studiu arată că populația săracă poate fi vizată în mod eficient de un mecanism participativ dacă agențiile finanțatoare își desfășoară activitatea într-un ritm adecvat, cu o monitorizare eficientă și mijloace de evaluare. În cazul în care finanțatorii dețin „o experiență redusă în ceea ce privește abordările participative” și se confruntă cu „nevoia de a obține rezultate rapide și vizibile”, rezultatele vor fi dezastruoase.³⁴⁶

- Evidențele referitoare la împuternicirea populației prin astfel de proiecte nu sunt, nici ele, convingătoare. Ceea ce sună bine în teorie, nu funcționează întotdeauna și în practică fiindcă progresele depind de motivarea autorităților locale să susțină abordarea DCP (vezi evidențele evaluării PDR România din Caseta 44).³⁴⁷
- Sustenabilitatea mult lăudată a abordării DCP pare să depindă și ea foarte mult de modul de implementare. Sustenabilitatea investiției atinge nivelul maxim în următoarele situații: (i) în comunitățile în care gospodăriile sunt cele care aleg tipul și locația investiției; (ii) când sunt implicate în proiect ONG-urile și persoanele ce pot crește nivelul de comunicare în cadrul comunității și accesul persoanelor defavorizate la informații și procesele decizionale; (iii) când atât autoritățile, cât și cetățenii beneficiază de instruire cu privire la modul adecvat de utilizare, întreținere și exploatare a infrastructurii (precum sistemele de apă /canalizare); (iv) când există o organizație la nivelul comunității care poate administra și supraveghea proiectele de investiții (de exemplu, colectarea fondurilor pentru reparații sau pentru consum individual și penalizarea gospodăriilor care nu plătesc sau nu își îndeplinesc obligațiile).³⁴⁸

În concluzie, persoanele sărace și alte categorii vulnerabile ar trebui împuternicite prin creșterea accesului la informații și participarea la procesul decizional. Sunt necesare trei măsuri cheie pentru ca acest lucru să devină realitate: (i) când se implementează mici proiecte de infrastructură la nivel local, ar trebui din start să fie înglobată intrinsec în proiecte o abordare participativă, cu accent pe incluziunea celor săraci și vulnerabili; (ii) guvernul ar trebui să ofere autorităților locale relevante și populației vizate asistență tehnică privind implementarea și managementul acestor proiecte; (iii) autoritățile locale ar trebui instruite pentru a înțelege importanța incluziunii categoriilor sărace și vulnerabile în procesele decizionale (inclusiv în formularea și implementarea proiectelor mici de investiții).

Caseta 44: Evaluarea Proiectului de Dezvoltare Rurală, 2002-2006

Descrierea proiectului: Proiectul de Dezvoltare Rurală (PDR), implementat în perioada 2002-2006, a avut drept scop creșterea capacității de dezvoltare rurală a autorităților din cinci județe (Sălaj, Dolj, Botoșani, Tulcea și Călărași) și 100 de comune din cadrul acestor județe și acordarea unor granturi de investiții (în domeniul apei și drumurilor). Granturile acordate au fost concepute pentru a „facilita învățarea practică, îmbunătățind în paralel nivelul de trai al locuitorilor din mediul rural.” A trebuit ca autoritățile locale – atât la nivelul județelor, cât și al comunelor – „să stabilească priorități și strategii de investiții, să aleagă dintr-o listă de tipuri și tehnologii de infrastructură și să coordoneze implementarea, exploatarea și întreținerea investițiilor.” Obiectivele finale au fost: „(i) creșterea eficienței procesului decizional și a managementului autorităților locale; (ii) o mai mare responsabilizare a autorităților față de cetățeni și grupurile comunitare și creșterea implicării acestora din urmă în procesul de luare a deciziilor; (iii) creșterea eficacității autorităților locale în ceea ce privește obținerea unor beneficii investiționale pentru beneficiari.”

Structura evaluării: În vederea evaluării proiectului, s-a avut în vedere o structură elaborată, cu realizarea unui studiu inițial în 2002 și a unui de evaluare în 2006, care au vizat atât localitățile din proiect și unele comune de

³⁴⁴ Wassenich și Whiteside (2004:82).

³⁴⁵ Mansuri și Rao (2004:17) și Banca Mondială (2005:23).

³⁴⁶ Platteau (2002:10)

³⁴⁷ Potete (2003)

³⁴⁸ Sara și Katz (2000), Mansuri și Rao (2004)

control (cu șanse similare de a lua parte la program), și au fost elaborate instrumente de cercetare concepute pentru colectarea datelor la nivel de comună, sat și gospodărie /individual.

Performanța direcționării: În cadrul comunelor din PDR, majoritatea sub-proiectelor de infrastructură rutieră au fost implementate în centrele administrative care aveau deja drumuri mai bune și acces mai mare la instituții decât alte sate. Există câteva posibile explicații ale acestui fapt. De exemplu, este posibil ca populația acestor sate să fi fost mai bine reprezentată la nivel administrativ local și/sau să fie mai numeroasă. Un alt motiv poate fi faptul că de aceste drumuri beneficiază nu numai populația centrelor administrative, ci și locuitorii din alte sate.

Informarea și participarea la activitățile PDR: Datele actuale arată că aproximativ jumătate din respondenții sondajului au fost informați despre proiect, în principal de către autoritățile locale. Mai mult, aproximativ o cincime dintre ei au afirmat că au fost implicați în deciziile legate de aceste investiții. Cu toate acestea, se remarcă variații semnificative în ceea ce privește nivelul de informare a respondenților. În satele cu sub-proiecte de infrastructură, informațiile au fost diseminate în mai mare măsură decât în satele lipsite de orice investiții. Mai mult, persoanele sărace și cele vârstnice au fost mai puțin informate decât restul populației. În general, persoanele cu un nivel de educație mai scăzut au participat într-o mai mică măsură la procesul de luare a deciziilor.

Împuternicirea și participarea la întâlnirile publice: PDR pare să fi avut un impact direct pozitiv atât asupra participării (la întâlnirile publice), cât și la nivelul împuternicirii. Mai mult, proiectul pare să fi avut efecte indirecte asupra gradului de încredere și informare, chiar și atunci când se păstrează constante caracteristicile individuale (precum sexul, venitul și educația), caracteristicile comunitare și nivelul inițial al aspectelor studiate (participare, abilitare, încredere și informare). În plus, analizând mecanismele din spatele schimbărilor, se poate observa că creșterea participării pare a se datora schimbării comportamentului autorităților (care au devenit mai dispuse să invite sătenii la întâlnirile publice), în timp ce abilitarea pare să fi fost influențată de participarea la procesul decizional din cadrul PDR și chiar de o bună informare cu privire la modul în care s-au luat deciziile la nivelul PDR.

Sustenabilitatea investiției: În teorie, unul din avantajele abordării DCP este sustenabilitatea investițiilor, în condițiile în care cetățenii sunt mai dornici să le întrețină și să efectueze lucrări publice. Totuși, evaluarea impactului nu prezintă rezultate clare în acest sens. Deși autoritățile publice par a fi mai dispuse să implice comunitățile în astfel de activități, rata participării nu a crescut semnificativ în comunitățile din proiect.

Impactul asupra bunăstării: Având în vedere perioada scurtă în care s-a implementat PDR și suma mică investită în infrastructură, evaluarea nu a relevat niciun impact major la nivelul bunăstării beneficiarilor (cu excepția gradului de conectare la rețeaua de alimentare cu apă).

Sursa: Grigoraș (2015)

2.7.5. Creșterea accesului la informații și cunoștințe prin inovare socială

Potrivit Cadrului strategic comun (CSC) al UE,³⁴⁹ acțiunile ce se încadrează în obiectivul tematic al incluziunii sociale ar trebui aliniate la acțiunile enumerate în cadrul obiectivelor tematice de dezvoltare a TIC, creștere a competitivității întreprinderilor mici și mijlocii (IMM-uri) și investire în educație, competențe și învățare pe tot parcursul vieții. Fondul Social European³⁵⁰ promovează inovarea socială în toate sectoarele ariei sale de competență, iar statele membre sunt invitate să identifice inițiative de inovare socială care răspund unei nevoi efective. Inovarea socială presupune formularea și aplicarea unor noi idei (produse, servicii și modele) cu scopul de a elimina provocările sociale din diverse domenii, cum ar fi cel al incluziunii sociale. Inovațiile sociale din sfera rețelelor de socializare pot consolida autonomia cetățenilor, pot asigura accesul categoriilor vulnerabile la informații și servicii sociale, dar și la piața muncii, și pot spori participarea acestor categorii la nivelul societății. În consecință, asigurarea accesului la Internet pe întreg teritoriul țării și sprijinirea dezvoltării competențelor digitale reprezintă factori cheie favorabili inovării sociale.

³⁴⁹ Comisia Europeană, SWD(2012) 61 final, Partea II, Bruxelles, 14 martie 2012.

³⁵⁰ Propunere de regulament privind FSE, COM (2011) 607 final.

Noile tehnologii, TIC și serviciile inovatoare lipsesc aproape cu desăvârșire în sectorul social. În perioada 1995-2005, utilizarea acestor tehnologii a cunoscut o răspândire rapidă în multe sectoare din România, urmată de o scădere dramatică din cauza neconcordanțelor legislative, lipsei fondurilor și reducerii numărului de profesioniști în sistem. Toate acestea au contribuit la adoptarea, la nivelul cercetării, mai degrabă a unei strategii de 'subzistență' decât a unei gândiri inovatoare și revoluționare, mai ales în sectorul social.

Sunt necesare investiții pentru a spori accesul tuturor categoriilor vulnerabile la informații și cunoștințe în formate cât mai diversificate. Într-un mod sau altul, toate formele de participare presupun costuri, iar accesul la informații nu constituie o excepție. E nevoie de timp și/sau bani pentru a accesa sursele de informații. Unele persoane pot avea un acces redus la informații fiindcă nu știu să citească sau au nevoie de o prezentare într-un format special, cum ar fi în Braille, caractere de mari dimensiuni, limbaj mimico-gestual sau subtitrare, niciunul dintre acestea nefiind răspândit în România. Așadar, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere următoarele acțiuni: (i) furnizarea unor informații accesibile în toate domeniile cu privire la politicile publice, servicii și bunuri și dezvoltarea unor tehnologii care să elimine barierele de comunicare în cazul tuturor categoriilor vulnerabile, precum și (ii) crearea unor puncte de informare accesibile persoanelor cu dizabilități, cât mai aproape de domiciliul acestora, de exemplu, prin creșterea numărului (și a formării) interpreților de limbaj mimico-gestual și acces la materiale ușor de citit, în Braille și audio.

Persoanelor cu dizabilități, în mod special, va trebui să li se asigure un mediu lipsit de bariere. Această categorie este puternic afectată de lipsa accesibilității, de exemplu, la nivelul locuințelor și al comunicării, mai ales în mediul rural sau zonele urbane defavorizate. Aceasta limitează mobilitatea persoanelor cu dizabilități, dar și accesul acestora la informații, rămânând astfel în afara unei game variate de oportunități și servicii.

Agenda digitală pentru Europa prezintă opțiunile tehnologice de creștere a participării categoriilor vulnerabile la nivelul societății. Pe lângă formele de participare aduse până acum în discuție, inovațiile tehnologice din ultimii 20 de ani au deschis calea spre noi tipuri de participare, ce fie se manifestă integral în mediul virtual, fie îmbină prezența online cu activități în spațiul fizic. Deși aceste noi forme de participare pot crește numărul de cetățeni activi și pot încuraja participarea, mai ales în situațiile în care acest lucru era dificil în trecut, pot implica și costuri de acces care pot fi prea ridicate pentru unele categorii vulnerabile.

În primul rând, pentru a putea accesa Internetul și a participa la mediul online, trebuie să fie disponibilă infrastructura fizică. Aceasta nu constituie neapărat o barieră în România – cu excepția, poate, a zonelor celor mai izolate – având în vedere că, la finele lui 2013, 90% dintre locuințele din România aveau acces la conexiune fixă în bandă largă (comparativ cu media UE de 97%). Chiar și în mediul rural, acest tip de conexiune era disponibil în 78% dintre gospodării.³⁵¹

În al doilea rând, există problema costului financiar individual. Pentru a putea accesa Internetul și a participa la mediul online, trebuie să deții un calculator conectat la Internet, lucru ce implică niște costuri. Aceste costuri se pot dovedi prea mari pentru mulți români, în condițiile în care jumătate dintre cei cu risc de sărăcie și excluziune socială nu își permit un calculator, iar 42%, servicii de Internet. Datele Agendei digitale relevă faptul că 56% dintre gospodăriile din România dețineau un abonament de Internet în bandă largă la finele lui 2013, mult sub media UE (76%), dar peste nivelul înregistrat la sfârșitul lui 2012.

Nu în ultimul rând, există și un cost educațional. Chiar dacă o persoană are acces la un calculator conectat la Internet, trebuie să dețină cunoștințe de operare a acestuia pentru a putea accesa Internetul și a participa la mediul virtual. Aceasta nu constituie neapărat o problemă pentru generația mai tânără, însă poate fi un obstacol insurmontabil cel puțin pentru unele persoane vârstnice din mediul rural, mai ales dacă acestea nu au utilizat niciodată un calculator. În 2013, 45% dintre români au declarat că intră

³⁵¹ <https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/country/romania> accesat la data de 6 octombrie 2014.

pe Internet cel puțin săptămânal (utilizatori regulați), mult sub media UE de 72%. 42% din populație nu a folosit niciodată Internetul – mai puțin ca în 2012, dar încă mult peste media UE de 20%. Per ansamblu, populația deține competențe digitale foarte reduse, iar nivelul este și mai scăzut în cazul categoriilor dezavantajate, ceea ce înseamnă că Internetul și calculatoarele reprezintă un mijloc ineficient de a asigura incluziunea și participarea acestora. Mai mult, majoritatea utilizatorilor români accesează Internetul doar pentru a se informa sau a socializa și foarte puțini în scopul participării economice, sociale, culturale sau politice (de exemplu, prin comerț online, vânzări online, căutarea unui loc de muncă, învățare online, e-sănătate sau e-guvernare). Acest tipar comportamental reflectă nu numai preferințele și competențele populației, ci și proasta dezvoltare a serviciilor de e-guvernare. Foarte puține servicii publice sunt actualmente disponibile online, iar nivelul lor de sofisticare este relativ redus.³⁵² Strategia națională de e-guvernare (e-România) cuprinde obiective ambițioase (promovarea transparenței, creșterea eficienței administrative prin reducerea costurilor și a birocrăției, asigurarea accesului larg și permanent la informații și servicii publice și prevenirea corupției cu ajutorul instrumentelor digitale), însă se aplică în continuare doar la nivel teoretic. Toate acestea denotă faptul că Guvernul României nu depune suficiente eforturi pentru a conecta populația la economia bazată pe cunoaștere și pentru a deschide calea inovării sociale.

Caseta 45: Dezvoltare comunitară prin inovare socială – Un exemplu de bună practică

Proiectul de economie bazată pe cunoaștere (EBC), implementat în perioada 2006-2012 de Ministerul Comunicațiilor și Societății Informaționale și finanțat de Banca Mondială, a creat o legătură benefică între dezvoltarea TIC și incluziunea socială. Proiectul a vizat 255 de comune și orașe mici, selectate în funcție de deficitul identificat la nivelul cunoștințelor. Proiectul a dus la creșterea gradului de deținere, acces și utilizare a competențelor digitale de către cetățeni, firme și servicii publice locale. Inițial dezavantajate, comunitățile implicate în proiect au ajuns să înregistreze valori ale indicatorilor din sfera cunoștințelor egale sau peste media națională. În aceste comunități, serviciile publice locale (inclusiv cele sociale) s-au dezvoltat, serviciile online locale s-au multiplicat (rata de utilizare fiind semnificativ mai ridicată decât la nivel național), iar infrastructura socială s-a extins și modernizat considerabil. În prezent, multe din aceste comunități se numără printre cele cu cea mai ridicată rată de utilizare a fondurilor europene pentru dezvoltare.

În ceea ce privește categoriile vulnerabile, impactul cel mai vizibil a fost asupra copiilor cu vârste cuprinse între 3 și 15 ani și asupra tinerilor de 16-24 de ani. Indiferent de factori precum situația economică a familiei, etnie (romii sunt suprareprezențați statistic în aceste comunități), nivelul de educație, statutul ocupațional al părinților sau dotările gospodăriei, copiii și tinerii din aceste comunități folosesc calculatorul și Internetul în mod regulat, cu o rată comparabilă cu media europeană (70 – 80%). Acești tineri posedă competențe digitale mai bune decât restul populației, fiind puternic implicați în diverse acțiuni comunitare. În plus, tinerii au dezvoltat o preferință pentru mijloacele online de informare și interacționare cu autoritățile publice. Principalul determinant al acestui comportament îl reprezintă dotarea cu TIC a școlilor și numărul mult mai mare al lecțiilor asistate de calculator. Așadar, proiectul EBC este un model de inovare socială ce recurge la TIC pentru a încuraja incluziunea socială și a asigura șanse egale categoriilor vulnerabile, mai ales copiilor, tinerilor, femeilor, romilor și persoanelor cu dizabilități.

Sursa: Stănculescu (2012).

³⁵² Astfel, în 2013, doar 5% din populația de 16-74 de ani a folosit serviciile de e-guvernare (față de 41% în UE-27).

3. POLITICI ZONALE

3.1. Dimensiunea teritorială a sărăciei

Guvernul ar trebui să aibă ca obiectiv reducerea inegalităților geografice prin îmbunătățirea definirii zonelor urbane și rurale și prin dezvoltarea unor soluții instituționale pentru administrarea zonelor urbane funcționale care să permită orașelor dinamice să își lărgască masa demografică și economică. Calitatea vieții în comunitățile rurale ar trebui să fie crescută prin îmbunătățirea accesului la servicii și infrastructură de bază de calitate, explorând în același timp posibilitatea unei reforme administrative a localităților rurale. În cele din urmă, este necesar să se dezvolte un program care să ofere mai multe resurse și asistență pentru orașele mici recent declarate și pentru orașele foarte mici.

Obiective Principale	Pagina
3.1.1. Reducerea inegalităților geografice	269
3.1.2. Îmbunătățirea calității vieții în comunitățile rurale	274
3.1.3. Îmbunătățirea calității vieții în comunitățile urbane mici	285



3.1. Dimensiunea geografică a sărăciei

Sărăcia are o puternică dimensiune geografică în România, prin urmare unul dintre principalele obiective ale guvernului ar trebui să fie asigurarea unei alocări a resurselor în funcție de distribuția geografică a nevoilor la nivelul țării, în plan regional, județean și local. În acest sens, secțiunea de față dezbate modul în care este distribuită sărăcia pe teritoriul țării și analizează posibile modalități de reducere a acestor inegalități geografice.

3.1.1. Reducerea inegalităților geografice

În cadrul său financiar multianual pentru perioada 2014–2020, UE a alocat un buget de un trilion de euro sprijinirii creșterii și locurilor de muncă, precum și reducerii sărăciei și excluziunii sociale. Succesul depinde de elaborarea unor politici și programe adecvate și de adresarea eficientă a acestora. Hărțile sărăciei pot oferi, acum, informații mai detaliate decât în trecut despre variațiile sărăciei la nivel național, putând astfel îmbunătăți procesul de alocare a resurselor. Hărțile pot, de asemenea, determina responsabilii de politici să acorde o atenție mai mare celui mai eficient mod de a alocă resursele, în ideea de a crește nivelul de trai, prin vizarea fie a zonelor sărace, fie a populației nevoiașe. Deși combinația potrivită de abordări variază de la o țară la alta, hărțile oferă informații importante care ajută responsabilii de politici să găsească cea mai bună soluție.

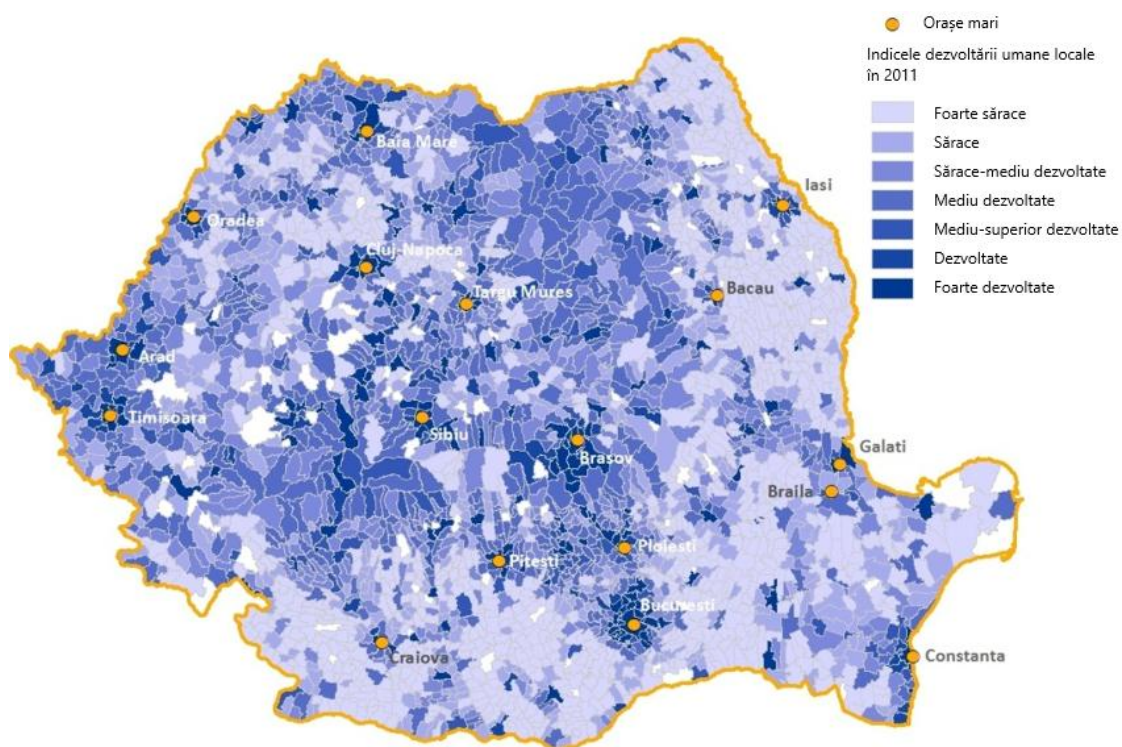
Indicele dezvoltării umane locale (LHDI),³⁵³ conceput în scopul măsurării nivelului general de dezvoltare în fiecare localitate dintr-o anumită țară, arată că sărăcia comunitară are o puternică dimensiune geografică în România. Așa cum reiese din Figura 68, localitățile din estul și sudul țării, în special cele situate mai aproape de graniță, sunt în general mai puțin dezvoltate. Într-o oarecare măsură, dezvoltarea deficitară a acestor regiuni poate fi atribuită schimburilor comerciale limitate dintre România și țări precum Ucraina, Moldova sau Bulgaria și distanței lor față de granița de vest, pe unde trec 70% din exporturile României. După cum se menționează și în proiectul de Strategie de dezvoltare teritorială a României, Munții Carpați împiedică, la rândul lor, accesul localităților din est și sud la piețele occidentale.

Un alt tipar geografic, așa cum reiese din Figura 68, este dat de importanța orașelor în ceea ce privește impulsivitatea dezvoltării. De obicei, cu cât este situată mai aproape de un oraș dezvoltat, cu atât este mai dezvoltată localitatea. Așadar, este esențial să crească accesul la centrele urbane dinamice, aceasta

³⁵³ Indexul LHDI măsoară capitalul total al unităților administrative rurale și urbane din România, din perspectiva a patru dimensiuni: (i) capital uman, (ii) capital de sănătate, (iii) capital vital și (iv) capital material (Banca Mondială, 2014). Capitalul uman se măsoară prin indicatorul referitor la stocul de educație, la nivel local (pentru populația de 10 ani și peste). Capitalul de sănătate se măsoară ca speranța de viață la naștere, la nivel local. Capitalul vital se măsoară în baza vârstei medii a populației adulte (de 18 ani și peste). Nu în ultimul rând, capitalul material este măsurat ca scor factorial din trei indicatori ce țin de nivelul de trai: (i) dimensiunea suprafeței locuibile, (ii) numărul de automobile personale la 1.000 de locuitori și (iii) distribuția gazelor pentru consum casnic în respectiva unitate teritorială. Cele patru valori ale dimensiunii capitalului comunitar sunt agregate prin calcularea unui alt scor factorial.

fiind una dintre cele mai eficiente soluții, ce permite unui număr mai mare de cetățeni să profite de oportunitățile oferite de astfel de orașe (precum locuri de muncă, educație, servicii medicale, cultură și divertisment).

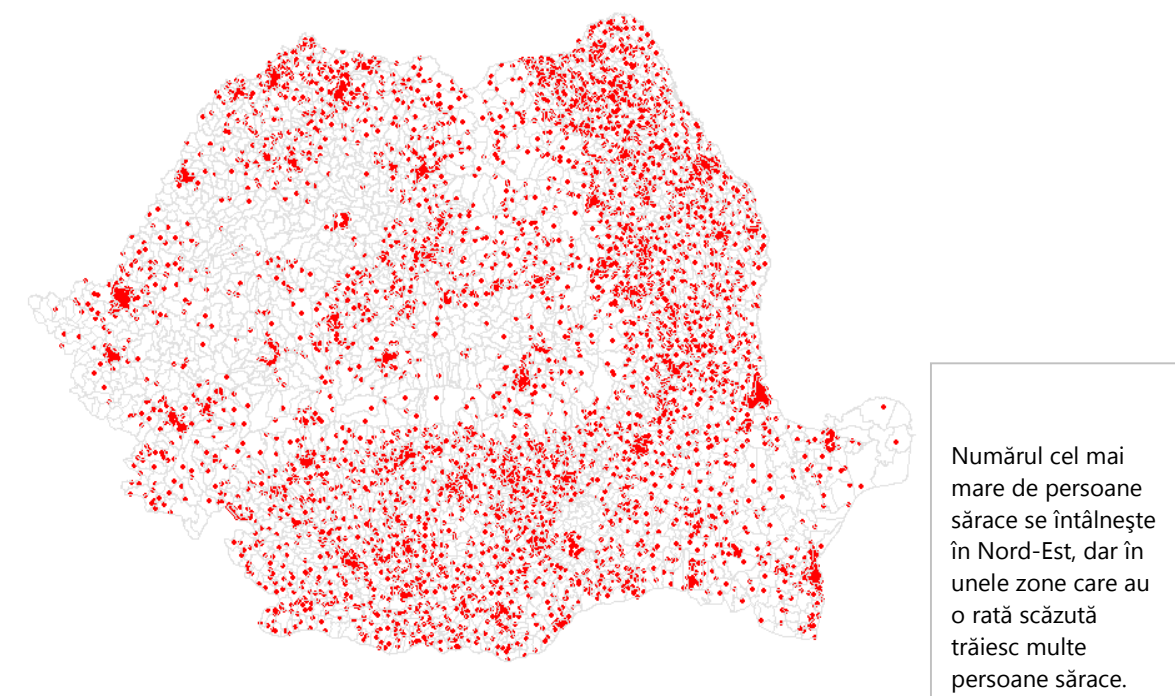
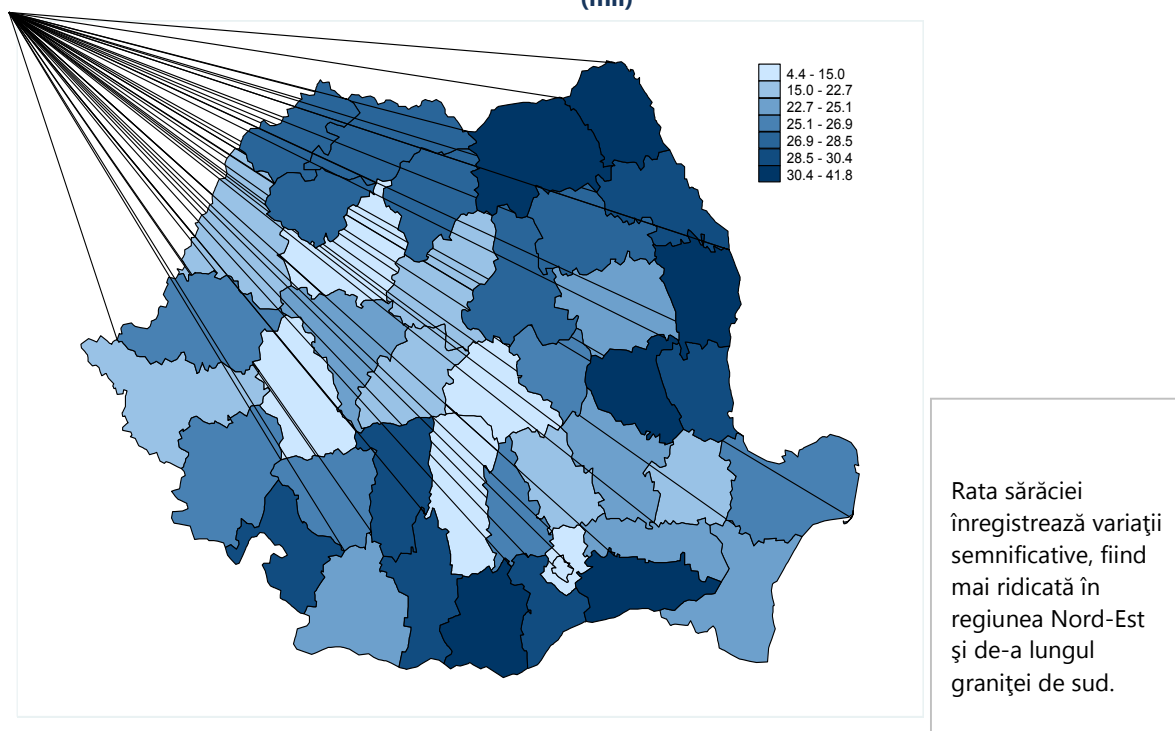
Figura 68: Indicele dezvoltării umane locale pentru 2011



Sursa: Banca Mondială (2014: 109).

În cazul României, hărțile sărăciei întocmite de Banca Mondială în 2013 confirmă informațiile disponibile cu privire la sărăcia înregistrată la nivelul țării, relevând totodată noi date. De exemplu, din studiile anterioare reiese că regiunea de Nord-Est prezintă cele mai ridicate rate ale sărăciei, harta sărăciei de la nivel județean (Figura 69) confirmând faptul că toate cele șase județe din regiune se confruntă cu un risc crescut de sărăcie. În schimb, regiunea Sud este eterogenă, cuprinzând județe cu rate foarte ridicate ale sărăciei, precum Călărași și Teleorman, și județe cu rate ale sărăciei relativ scăzute, cum este Prahova. În mod similar, în județul Cluj se înregistrează a doua cea mai mică rată a sărăciei din România (după București), însă în județele învecinate din regiunea Nord-Vest (Bistrița-Năsăud, Maramureș, Sălaj și Satu Mare) sărăcia atinge un nivel superior mediei naționale. Identificarea județelor în care rata sărăciei este mai mare poate ajuta responsabilii de politici să adreseze mai eficient resursele pentru dezvoltare și reducerea sărăciei.

Figura 69: Rata riscului de sărăcie și numărul de persoane sub pragul sărăciei în 2012, la nivel județean (mii)



Sursa: Estimări realizate de Banca Mondială folosind datele Recensământului Populației și al Locuințelor din 2011 și ale anchetei EU-SILC 2012, colectate de Institutul Național de Statistică.

Notă: Riscul de sărăcie este definit în baza standardului UE de 60% din venitul mediu pe adult echivalent la nivel național, după transferurile sociale.

Adresarea zonelor sărace se poate face eficient doar dacă se acordă prioritate acelor zone care înregistrează nu numai o rată ridicată a sărăciei, ci și un număr mare de persoane sărace. Responsabili de politici sunt atenți atât la zonele cu un nivel ridicat al sărăciei, cât și la cele cu cel mai mare număr de persoane sărace. Acești doi indicatori nu sunt identici: zonele extrem de sărace pot avea o densitate demografică redusă, în timp ce orașele mari tind să aibă rate scăzute ale sărăciei, dar un număr important de persoane sărace din cauza populației mari. De exemplu, în ciuda unei rate a sărăciei mai scăzute, județul Cluj are mai mulți locuitori expuși riscului de sărăcie decât Sălajul, iar în București trăiesc mai multe persoane în risc de sărăcie decât în 14 județe. Hărțile sărăciei sugerează o altă abordare privind alocarea resurselor în vederea reducerii sărăciei, abordare ce ia în calcul faptul că multe persoane sărace trăiesc în zone relativ înstărite. Ambele hărți ilustrează clar faptul că regiunea Nord-Est – în special Botoșani, Iași și Suceava – prezintă *atât* o rată ridicată a sărăciei, *cât* și un număr mare de persoane nevoiașе și ar trebui să i se acorde prioritate pe fiecare criteriu.

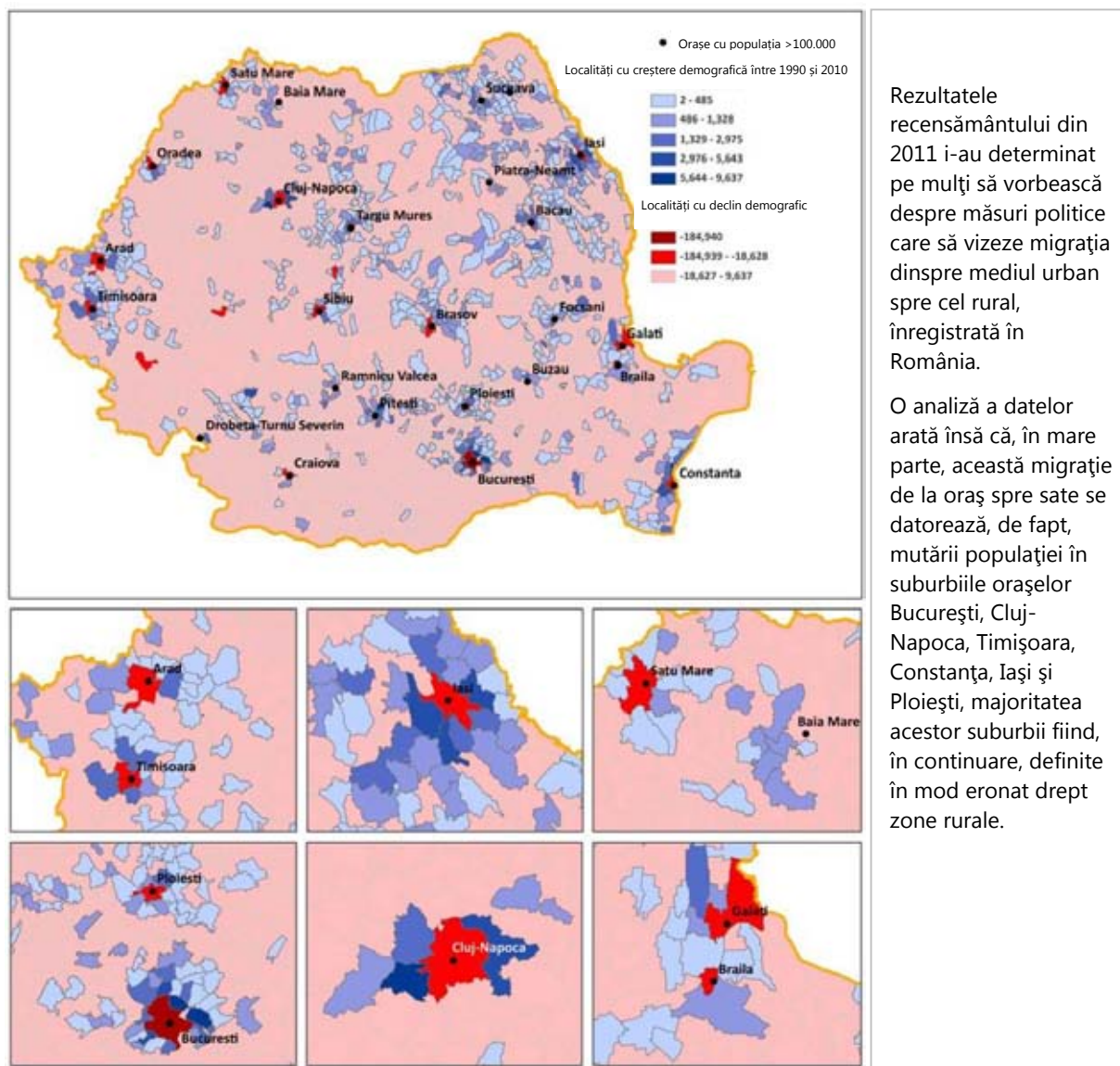
Regiunile Nord-Est și Sud ale țării înregistrează valori mai slabe decât alte zone la aproape toți indicatorii socio-economici, mai ales în mediul rural. Ca o regulă generală, în România, cu cât proporția populației rurale este mai mare, cu atât este mai adâncă sărăcia în regiunea sau județul respectiv. Așadar, disparitățile interregionale sunt, în principal, rezultatul marilor discrepanțe dintre zonele urbane și cele rurale. Un studiu realizat recent de Comisia Europeană arată cât se poate de clar faptul că decalajul rural-urban este mai accentuat în România decât în țările din Europa de Vest (Bertolini et al, 2008). După 1989, odată cu realizarea primelor schimbări structurale în România, decalajul urban-rural s-a adâncit, mediul rural ocupând în mod vădit o poziție tot mai dezavantajată. Zonele rurale sunt caracterizate printr-o incidență a sărăciei monetare mai mare decât în mediul urban (vezi secțiunea privind Disparitățile geografice). Ratele mortalității infantile și a copiilor sub 5 ani au fost întotdeauna mult mai ridicate în rândul copiilor de la țară decât al celor de la oraș.³⁵⁴ În mediul rural, infrastructura a fost mereu mai slab dezvoltată și de mai proastă calitate. Accesul la învățământul secundar superior, serviciile medicale și sociale este mult mai limitat în localitățile rurale. În general, gospodăriile din mediul rural sunt situate mult mai departe de un liceu sau spital important decât locuitorii din mediul urban (vezi și capitolele privind Educația și Sănătatea). Prin urmare, următoarea secțiune a acestui capitol va analiza calitatea vieții din zonele rurale și comunitățile urbane mici, precum și fondurile europene disponibile pentru finanțarea dezvoltării comunitare.

Actuala definiție administrativă a zonelor rurale și celor urbane trebuie îmbunătățită, din perspectiva noilor zone suburbane sau periurbane ce continuă să fie considerate zone rurale. În *Raportul privind dezvoltarea globală 2009: remodelarea geografiei economice*, Banca Mondială a propus o metodologie unitară pentru măsurarea urbanizării (indicele de aglomerație). Potrivit acestui indice, teritoriul României este urban în proporție de aproximativ 65% și rural în proporție de 35% în cazul în care zonele suburbane sau periurbane (cunoscute și ca „zone urbane funcționale”) sunt definite drept urbane. Raportul din 2014 al Băncii Mondiale, *Orașe competitive: remodelarea geografiei economice a României*, indică faptul că, deși populația țării a scăzut între 1990 și 2010, inclusiv în cele mai mari centre urbane, unele localități au înregistrat o creștere a populației. Așa cum ilustrează și harta de mai jos, cea mai mare creștere demografică a avut loc în zonele periurbane ale orașelor mari și dinamice (Figura 70). Pentru a deveni motoare de creștere, orașele, în special cele mai dinamice, trebuie definite ca zone urbane funcționale. În caz contrar, există riscul subminării chiar și a celor mai bune strategii locale și al obținerii, în final, a unor rezultate nesatisfăcătoare în domeniul dezvoltării.

³⁵⁴ De exemplu, în 2013, rata mortalității infantile era de 10,4 născuți-vii la 1.000 de locuitori în mediul rural, comparativ cu 6,8 în mediul urban (Institutul Național de Statistică, Tempo Online, <https://statistici.insse.ro/shop/>).

Figura 70: Marile orașe au început să creeze zone urbane funcționale

Sursa: Banca Mondială, 2014.



Responsabilii de politici trebuie, de asemenea, să identifice și să implementeze mecanisme instituționale adecvate pentru gestionarea zonelor urbane funcționale, care să permită orașelor dinamice (sau poliilor de creștere) să își lărgască masa demografică și economică. Un studiu al Băncii Mondiale (Banca Mondială, 2013) a propus înființarea unor agenții de dezvoltare metropolitană, similare Agențiilor pentru Dezvoltare Regională ale României, care ar urma să planifice și să administreze zonele urbane funcționale, precum și să implementeze proiecte la nivel metropolitan. Pentru ca zonele urbane funcționale dinamice să devină motoare economice în regiunile în care sunt situate, responsabilii de politici ar trebui să le ajute să își extindă masa economică și demografică. Este, de asemenea, important ca un număr cât mai mare de persoane să aibă acces la oportunitățile pe care le oferă aceste orașe (precum locuri de muncă, educație, servicii medicale, cultură, divertisment etc.). Având în vedere că acești poli de creștere au atras deja numeroase noi investiții, va fi necesar să se extindă sistemele de transport public metropolitan (în mod ideal, către zonele dens populate și cu un flux ridicat de navetiști),

să se dezvolte o nouă infrastructură de conectare, să se modernizeze și să se întrețină corespunzător infrastructura existentă.³⁵⁵

3.1.2. Îmbunătățirea calității vieții în comunitățile rurale

Aproape jumătate din populație (46%, potrivit recensământului din 2011) trăiește în zonele administrative rurale. Îmbătrânirea populației rurale și plecarea la muncă în străinătate a multor locuitori de la țară – în special a tinerilor și femeilor – duc la adâncirea sărăciei din mediul rural.

Accesul la infrastructură și servicii de bază de calitate în mediul rural

Disponibilitatea unor servicii și a unei infrastructuri de bază fiabile reprezintă o precondiție fundamentală pentru asigurarea unei bune calități a vieții și a incluziunii sociale în mediul rural. În această secțiune, vom analiza: (i) disponibilitatea fizică a infrastructurii și serviciilor de bază; (ii) accesul financiar și fizic la infrastructura și serviciile de bază; (iii) calitatea infrastructurii și serviciilor de bază. Fiecare dintre aceste aspecte va necesita un răspuns politic adaptat.

A. Disponibilitatea fizică a infrastructurii și serviciilor de bază în mediul rural

În România, există un decalaj pronunțat între mediul urban și cel rural la nivelul disponibilității fizice a infrastructurii și serviciilor de bază, comunitățile rurale aflându-se într-o poziție extrem de dezavantajată din acest punct de vedere. Totuși, se observă variații în funcție de tipul infrastructurii sau al serviciilor. Având în vedere actualul decalaj între mediul rural și cel urban, responsabilii de politici trebuie să extindă rapid oferta de servicii și infrastructuri de bază în localitățile rurale. Aceasta va presupune măsuri „tangibile”, precum proiecte zonale de investiții, finanțate în principal prin Programul Național de Dezvoltare Rurală (PNDR), Programul Operațional Regional (POR) și, într-o oarecare măsură, prin Programul Operațional Infrastructură Mare (POIM). Principalele domenii în care ar trebui efectuate astfel de investiții sunt:

Rețeaua rutieră: În 2012, rețeaua de drumuri județene și municipale cuprindea în total 67.298 de kilometri, din care drumurile municipale reprezentau 47%. Întreaga rețea rutieră se întindea pe 81.185 de kilometri. Densitatea drumurilor rurale era de 15 kilometri la 100 km², adică mai puțin de jumătate din media națională (35,1). Aceste niveluri de densitate sunt printre cele mai mici din Uniunea Europeană.

Utilități de bază: Localitățile rurale se află mult în urma celor urbane în ceea ce privește disponibilitatea utilităților de bază, precum alimentarea cu apă, canalizarea și gazele naturale, o excepție importantă reprezentând-o însă curentul electric, care este disponibil practic în toate locuințele din mediul rural. În 2012, doar 13% (2.011) dintre comunitățile rurale erau conectate la rețeaua publică de alimentare cu apă potabilă, față de 99% dintre orașe. Doar 4% (616) dintre localitățile rurale erau conectate la sistemul public de canalizare, comparativ cu 97% dintre cartierele urbane. În plus, doar 4% (650) dintre comune și sate aveau acces la rețeaua de distribuție a gazelor naturale, spre deosebire de 95% dintre locuințele urbane.

Unități preșcolare: Mediul rural este chiar și mai afectat în ceea ce privește unitățile preșcolare și școlile profesionale /specializate, confruntându-se cu un deficit infrastructural major. Grădinițele de aici reprezintă numai 7,4% din totalul acestor unități înregistrat la nivel național în anul școlar 2012/2013. În mod similar, în 2011, doar 1% din cele 295 de creșe din România erau situate în comunitățile rurale.

³⁵⁵ Aceste investiții ar trebui prioritizate în baza unei atente analize a tendințelor locale și regionale și a unui set de criterii clare (de exemplu, disponibilitatea resurselor necesare pentru întreținerea și funcționarea infrastructurii noi sau a celei modernizate).

Lipsa acestor unități preșcolare în mediul rural împiedică părinții copiilor de vârstă preșcolară să se întoarcă la muncă cu normă întreagă, ceea ce limitează venitul familiei.

Școlile: Numărul total al școlilor publice a scăzut semnificativ atât în mediul rural, cât și în cel urban, deși declinul a fost mult mai accentuat în zonele rurale. Între 1996 și 2012, numărul școlilor urbane a scăzut cu 55%, în timp ce numărul școlilor rurale a fost diminuat cu 85%. În schimb, numărul elevilor a scăzut cu numai 20% în ambele medii, în aceeași perioadă. Chiar dacă populația României a urmat o tendință generală descendentă, nici populația urbană, nici cea rurală nu a înregistrat o scădere mai mare de 10 procente după 1990. Declinul numărului de unități de învățământ a fost mult mai precipitat. Se remarcă diferențe notabile de dinamică între nivelurile de învățământ. În timp ce numărul unităților de învățământ primar și secundar s-a înjumătățit în mediul urban, scăderea a fost de 75% în mediul rural. În cazul liceelor, s-a constatat o ușoară creștere a numărului total în ambele medii. Mai mult, se estimează că peste 90% dintre școlile primare și gimnaziale – dintre care 70% se află în mediul rural – necesită îmbunătățiri (proiectul de Program Operațional Regional 2014-2020). Cu toate acestea, în timp ce numărul școlilor a scăzut, cel al profesorilor a urmat mai mult sau mai puțin tendința ratei de cuprindere a elevilor, reducându-se cu un procent similar. Se observă un bun raport numeric între elevi și profesori și nu există disparități însemnate între mediul urban și cel rural, cel puțin la nivelul învățământului preuniversitar.

Învățământul secundar superior: Numărul liceelor agricole a scăzut cu peste 80% în ultimii 15 ani și numai 34 funcționau încă în mediul rural în 2011. Lipsa învățământului agricol specializat în localitățile rurale atrage managementul prost al exploatațiilor agricole și reduce oportunitățile de câștig pentru o serie de categorii profesionale care se confruntă cu venituri mici și sărăcie.

Sănătate: Asemenea școlilor, numărul clinicilor medicale a cunoscut, în România, o tendință extrem de negativă, ca și numărul cadrelor medicale de altfel. Declinul înregistrat în mediul rural (de 38,9% din 2005) a fost mai rapid decât la nivel național (de 16,5%). Din cele 360 de spitale ce funcționează actualmente în România, doar 8,9% sunt situate în comunitățile rurale. În mod similar, numai 7,5% din totalul clinicilor și 13,1% din cabinetele medicilor de familie se află în mediul rural. Totodată, în 2012, un medic deservea 1.752 de locuitori în mediul rural, de șapte ori mai mult decât în mediul urban. În plus, în 98 dintre comunitățile rurale nu este disponibil niciun medic.³⁵⁶

Tehnologia informației și a comunicațiilor: Nivelul de implementare a TIC în România rămâne unul foarte scăzut, potrivit standardelor europene. În 2012, doar jumătate dintre gospodăriile române aveau cel puțin un calculator și acces la Internet. Gospodăriile rurale sunt și mai în urmă, doar 32% deținând un calculator și numai 28% fiind conectate la Internet. Acesta constituie un decalaj infrastructural major, ce trebuie eliminat.

B. Decalajul între mediul rural și cel urban la nivelul accesului la infrastructura și serviciile de bază

Populația din mediul rural se confruntă, de asemenea, cu numeroase bariere fizice și financiare în ceea ce privește accesarea infrastructurii și serviciilor de bază. Cel mai bun răspuns la provocările identificate în această subsecțiune este oferit de programele „intangibile”, care se adresează categoriilor celor mai vulnerabile. Împreună cu programele sociale, PNDR și Programul Operațional Competitivitate (POC), acestea pot contribui la creșterea veniturilor în mediul rural, prin crearea de locuri de muncă și sprijinirea diversificării veniturilor, în special pentru persoanele în vârstă de muncă cu venituri mici (precum șomerii de la țară sau micii agricultori).

Rețeaua rutieră: Doar jumătate dintre comune au acces direct la rețeaua rutieră națională, ceea ce înseamnă că actuala rețea rutieră deservește doar trei cincimi din totalul populației rurale. Aceasta atrage un decalaj major la nivelul accesului, ce trebuie eliminat.

³⁵⁶ Strategia națională de raționalizare a spitalelor, 2011.

Utilități de bază: În ceea ce privește accesul financiar la utilitățile de bază, precum apă curentă, canalizare, curent electric și gaze naturale, statisticile existente nu indică, în termeni nominali, niciun decalaj major între gospodăriile din mediul urban și cele din mediul rural. În realitate, 66,3% dintre gospodăriile urbane – comparativ cu doar 33,6% dintre cele rurale – s-au confruntat cu dificultăți și întârzieri la plata facturilor de utilități în 2012. Cu toate acestea, nu există o analogie numerică perfectă, prin urmare comparațiile pot induce în eroare. Disponibilitatea mult mai redusă a acestor servicii în mediul rural face ca și incidența facturilor la utilități să fie proporțional mai mică, ceea ce poate explica aparenta disciplină a gospodăriilor rurale (Figura 71). Dacă disponibilitatea acestor servicii ar fi egală, este posibil ca balanța să încline din nou în favoarea gospodăriilor urbane, având în vedere veniturile mai ridicate ale acestora.

Figura 71: Ponderea populației cu acces la apă curentă (sus) și canalizare (jos), în 2011



Sursa: Banca Mondială (2014: 152).

Educație: În 2011, doar 45,5% dintre copiii sub 4 ani din mediul rural erau înscriși la creșă. Mai mult, cei 256.856 de copii din comune înscriși la grădiniță reprezintă numai 80% din numărul echivalent din mediul urban. La nivel național, absolvirea învățământului primar (clasele I-IV) este satisfăcătoare (peste 90%), fără disparități majore între mediul urban și cel rural. Cu toate acestea, încep să apară decalaje în ciclul gimnazial (clasele V-VIII), în cazul căruia nivelul de absolvire ajungea, în 2012, la 66% în mediul rural și la 85% în mediul urban, diferența lărgindu-se la finele liceului. În 2013, trei sferturi dintre persoanele cu loc de muncă din localitățile urbane aveau studii liceale sau superioare, în timp ce 42%

dintre persoanele ocupate din mediul rural aveau doar studii primare ori secundare sau nu aveau niciun fel de studii.

Ocuparea forței de muncă: Decalajul înregistrat în educație între mediul urban și cel rural se reflectă în structura forței de muncă ocupate, având un impact direct asupra nivelului veniturilor și a oportunităților de angajare. În 2013, un sfert dintre persoanele ocupate din mediul rural erau lucrători familiari neremunerați, iar o altă treime erau lucrători pe cont propriu. Spre comparație, în mediul urban, peste 90% din forța de lucru era constituită din salariați.

Sănătate: Pe lângă infrastructura defectuoasă și numărul insuficient de cadre medicale, mai ales în mediul rural, constrângerile financiare limitează, la rândul lor, accesul la serviciile de sănătate. În această privință, nu există diferențe semnificative între locuitorii din mediul urban și cei din mediul rural, 75,8%, respectiv 74,2% afirmând că nu își permit astfel de servicii. Cu toate acestea, se remarcă o diferență notabilă între cele două medii la nivelul accesului fizic, datorată distanței foarte mari sau lipsei transportului public până la serviciile medicale – 5% fiind situate la o distanță foarte mare /nedeservite de transport public față de 8,2%. Trebuie clar îmbunătățită infrastructura de transport și extinsă rețeaua de unități sanitare în mediul rural.

Tehnologia informației și a comunicațiilor: Veniturile mici ale majorității populației rurale reprezintă principala cauză a penetrării și utilizării reduse a Internetului în bandă largă în mediul rural. În plus, nivelul competențelor digitale este, în continuare, scăzut în comunitățile rurale, deși acestea ajung rapid din urmă restul țării. Aproximativ 60% din populația rurală de 16-74 de ani nu a folosit niciodată un calculator sau Internetul, față de 30% din populația urbană (în 2013). Totuși, numărul locuitorilor din comunecare au accesat Internetul a crescut de 3,5 ori între 2007 și 2013, un ritm mult mai alert decât cel înregistrat în rândul locuitorilor de la oraș.

C. Calitatea infrastructurii și serviciilor de bază în mediul rural

Calitatea infrastructurii și serviciilor de bază din mediul rural este la fel de importantă ca și disponibilitatea și accesibilitatea acestora și nu ar trebui ignorată, deși este mai greu de fundamentat prin date statistice. Anumiți indicatori de performanță (precum realizările în domeniul educației și sănătății din mediul urban în comparație cu cele din mediul rural) pot oferi unele informații, deși în determinarea acestor rezultate sunt implicați factori multipli. Cu toate acestea, guvernul trebuie să intensifice eforturile de monitorizare a calității infrastructurii și serviciilor de bază și de îmbunătățire a acestora, acolo unde este cazul. Aceste eforturi ar trebui să vizeze, în principal, programe care să finanțeze dezvoltarea infrastructurii rurale (precum străzi și utilități), precum și monitorizarea calității serviciilor rurale prin ministerele de resort (cum ar fi Ministerul Sănătății sau Ministerul Educației).

Tabel 40: Distribuția drumurilor publice în funcție de categorie și gradul de modernizare, în 2012

	Național	Județean	Municipal
Modernizat	93%	27%	8%
Cu îmbrăcămînți ușoare rutiere	6%	45%	16%
Pietruit	2%	22%	47%
De pământ	0%	6%	28%

Sursa: Institutul Național de Statistică.

Rețeaua rutieră: În cazul drumurilor din mediul rural, calitatea proastă reprezintă un inconvenient și mai mare decât disponibilitatea sau accesul fizic. Drumurile comunale se află într-o stare mult mai proastă decât drumurile naționale și cele județene (Tabel 40). Doar 8% dintre drumurile rurale sunt modernizate (comparativ cu 93% dintre drumurile naționale) și 75% dintre ele sunt drumuri pietruite sau de pământ. În caz de ploii sau ninsori abundente, multe din aceste drumuri devin impracticabile, blocând accesul populației la provizii și servicii vitale și întrerupând activitățile economice. Din cei 23.000 de kilometri de drumuri județene ce asigură legătura cu rețeaua transeuropeană de transport TEN-T, 60% au nevoie

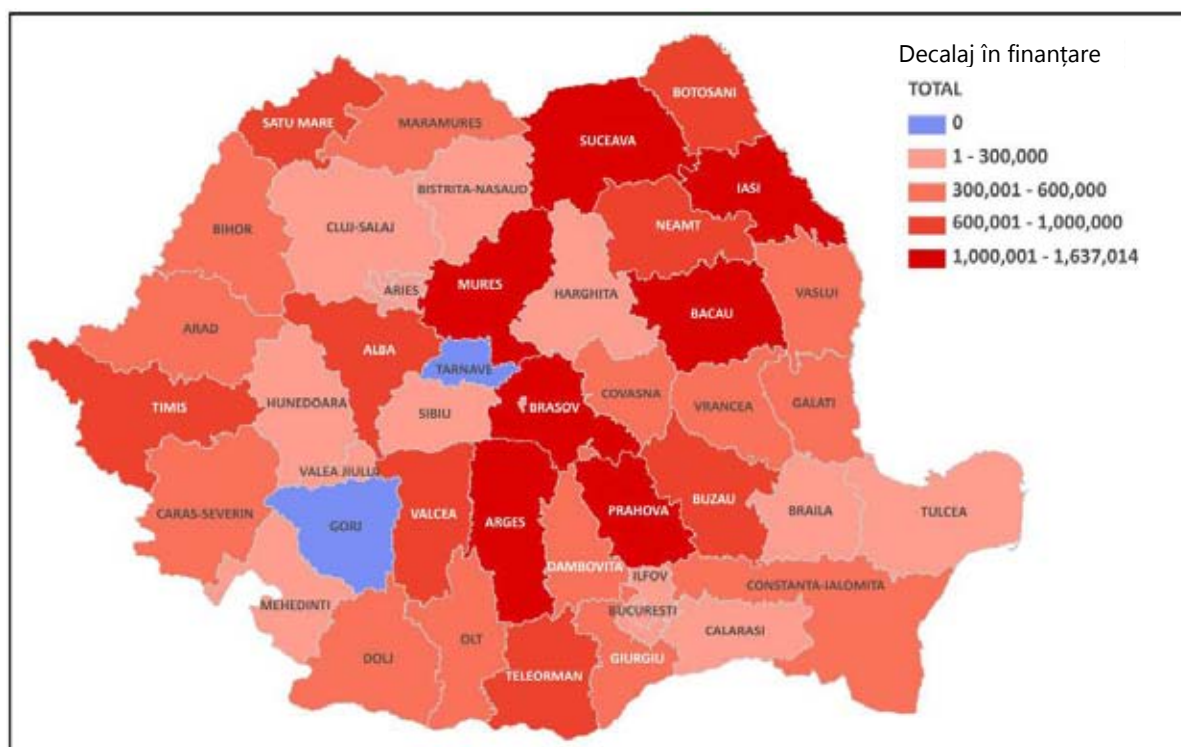
Figura 72: Județele cu cea mai mare pondere a drumurilor județene și comunale ce necesită modernizare, în 2011



Educație: Calitatea învățământului preuniversitar este mai scăzută în mediul rural decât în cel urban. Conform unui studiu realizat pentru Ministerul Educației Naționale în 2012, în școlile rurale indicatorii referitori la calitatea standard înregistrează valori cu 10 procente mai mici decât în cele urbane. Legea prevede evaluarea externă a învățământului românesc, o dată la cinci ani. Un set format din 24 de indicatori de performanță – stabiliți prin Hotărârea de Guvern nr. 21 din 2007 – stă la baza acreditării și evaluării școlilor. Folosind acești indicatori, se calculează un scor cumulat pentru fiecare școală. Concluzia raportului de evaluare a fost că elevii din mediul rural au acces la o educație de calitate inferioară față de colegii lor din mediul urban și că guvernul trebuie să intensifice eforturile menite să elimine decalajul de calitate.

Sănătate: Nu există date clare referitoare la standardele de calitate din cadrul sistemului român de sănătate. În acest domeniu, asigurarea calității este încă în fază incipientă (vezi Strategia națională de sănătate 2014-2020: 36), cu excepția laboratoarelor. Standardele de calitate, procedurile și protocoalele pentru unitățile medicale sunt în curs de elaborare, însă evidențele empirice au arătat nu o dată că nu se îndeplinesc nici măcar standardele minime, acolo unde există astfel de standarde.

Figura 73: Investiții necesare în rețeaua de apă și canalizare, pe regiuni, în 2014 (în mii de euro)



Sursa: Master planurile regionale din domeniul apei.

Tehnologia informației și a comunicațiilor: În general, România se situează pe o poziție fruntașă în ceea ce privește calitatea serviciului de Internet în bandă largă. Potrivit unui raport recent realizat de Akamai, un important administrator de conținut online de la nivel mondial, România ocupă poziția a 18-a în lume, cu o viteză medie de conexiune de 9,3 Mbps în primul trimestru al anului 2014 (Akamai, 2014). Conform aceluiași raport, viteza de penetrare a Internetului în România este de asemenea mare, țara situându-se pe locul șase la nivel mondial în privința creșterii trimestriale a conectivității în bandă largă (peste 4 megabiți pe secundă). Deși nu există o defalcare a calității serviciilor de Internet pe medii de rezidență, putem presupune că principalul inconvenient pentru potențialii utilizatori rurali nu este calitatea serviciilor TIC. În schimb, guvernul trebuie să se concentreze pe asigurarea disponibilității acestor servicii și extinderea accesului, mai ales prin creșterea oportunităților de generare a veniturilor și a competențelor digitale în mediul rural.

Comunitățile rurale mici și izolate

Zonele rurale sunt extrem de eterogene. Acestea sunt organizate în 2.861 de comune (unități administrative), ce cuprind în jur de 12.366 de sate. Principalele criterii de diferențiere a satelor sunt poziția geografică, numărul de locuitori, distanța până la oraș și tipul administrativ (central /periferic). 92% dintre comune sunt formate dintr-un sat central și unul sau mai multe sate periferice. Satele centrale tind să concentreze resursele administrative și instituționale ale comunei (primăria, dispensarul, școala, biblioteca, poșta și secția de poliție). Infrastructura publică, prea puțin modernizată în majoritatea comunităților rurale, este mult mai proastă în satele periferice. Satele cele mai prospere sunt cele situate în apropierea unui oraș și/sau a unui drum european (Sandu, 2000 și Stănculescu, 2004). De fapt, multe dintre aceste sate dezvoltate fac parte din localități suburbane sau periurbane.

Satele mici și foarte mici sunt cele mai dezavantajate, mai ales cele cu o populație îmbătrânită și/sau situate în zone izolate. Recensământul din 2011 a identificat un total de 3.172 de sate cu mai puțin de 200 de locuitori, din care aproximativ jumătate (1.610 sate) sunt foarte mici (sub 100 de locuitori). În jur de 3,4% din întreaga populație rurală (aproximativ 312.000 de persoane) locuiește în sate mici, din care sub 1% locuiește în satele foarte mici. Majoritatea acestor sate mici ocupă o poziție periferică la nivelul comunelor din care fac parte (fiind situate uneori la mulți kilometri de satul central) și au o populație în vârstă (

Tabel A 44, Tabel A 47). Peste 41% din populația satelor cu mai puțin de 200 de locuitori și 45% din populația satelor foarte mici este în vârstă de 55 de ani și peste.³⁵⁷ Satele mici și foarte mici sunt răspândite pe întreg teritoriul țării, dar par a fi mai concentrate în regiunile Vest și Centru (

Tabel A 42, Tabel A 43). De asemenea, satele cu o populație în vârstă sunt mai des întâlnite în regiunile vestice ale țării (Nord-Vest, Vest și Sud-Vest) (Tabel A 48). În privința infrastructurii de bază, satele mici și foarte mici prezintă nevoi de dezvoltare similare cu cele ale comunităților mai mari (

Tabel A 45, Tabel A 49).³⁵⁸ Cu toate acestea, din cauza structurii lor demografice, aceste sate au și nevoi specifice legate, în special, de dezvoltarea serviciilor sociale, mai precis sprijin oferit vârstnicilor în activitatea zilnică (sprijin la domiciliu) și acces mai bun la educație de calitate (în special la educația timpurie a copilului și învățământul primar pentru copiii mai mici) deoarece, în multe din aceste sate, școlile au fost închise sau sunt subfinanțate din cauza numărului mic de elevi (Tabel A 46).

Între comunitățile rurale, comunele mici cu sub 2.000 de locuitori sunt cele mai dezavantajate din punctul de vedere al dezvoltării umane și sociale. În comunele din România, numărul de locuitori variază semnificativ, de la un minim de 119 locuitori până la un maxim de aproape 23.000.³⁵⁹ Comunele mici (cele cu mai puțin de 2.000 de locuitori) reprezintă 26% (sau 751 comune) și au, la un loc, o populație de peste 1,1 milioane de locuitori (vezi Tabel A 50). Aceste comune sunt răspândite pe tot teritoriul țării, dar par a fi mai concentrate în regiunile Vest, Centru și Sud-Vest, un tipar similar cu cel al satelor mici și al celor cu o pondere ridicată a populației în vârstă (Tabel A 51). În privința disponibilității, accesibilității financiare și calității infrastructurii de bază, comunele mici înregistrează un procent al locuințelor conectate la utilități și al gospodăriilor care se confruntă cu dificultăți și întârzieri la plata facturilor de utilități (încălzire, curent și gaze) similar cu cel al celorlalte comune (

³⁵⁷ În același timp, copiii cu vârste între 0 și 17 ani reprezintă doar 18%, respectiv 16% din populația totală. Pentru a face o comparație, în satele cu peste 200 de locuitori, copiii reprezintă 22%, în timp ce locuitorii de 55 de ani și peste constituie 31% din totalul populației.

³⁵⁸ Satele cu o pondere ridicată a locuitorilor în vârstă par a înregistra un procent mai mic al locuințelor conectate la utilități, precum gaze naturale, apă curentă sau canalizare, însă de obicei cererea pentru aceste servicii este și ea mai redusă (unii vârstnici sunt prea săraci ca să poată acoperi costul gazelor și apei curente, în timp ce alții nu doresc să investească în astfel de facilități pentru că sunt obișnuiți să aducă apă de la izvor sau fântână).

³⁵⁹ Brebu Nou (Weidenthal) este cea mai mică comună din țară (119 locuitori, potrivit recensământului din 2011). Aceasta este o fostă comună săsească ce include două sate și este situată în Munții Semenic, în județul Caraș-Severin din vestul României. Cea mai mare comună este Florești, o suburbie periurbană a orașului Cluj-Napoca, județul Cluj, în regiunea Centru.

Tabel A 52, Tabel A 53). Cu toate acestea, Indicele dezvoltării umane locale (LHDI) indică faptul că aceste comune mici au fost și sunt în continuare mult mai puțin dezvoltate decât comunele mai mari, chiar și atunci când acestea din urmă sunt izolate (Tabel 41). Din Tabel 41 putem vedea că, pe de-o parte, comunele izolate (cele slab conectate la centrele urbane) riscă să fie dezavantajate doar dacă sunt mici (altfel spus, când au mai puțin de 2.000 de locuitori), iar, pe de altă parte, comunele mici sunt, în general, mai slab conectate la cele mai apropiate orașe decât comunele mai mari (cu alte cuvinte, prezintă un risc mai mare de izolare). Deși în perioada 2002-2011 comunele mici au prezentat o evoluție pozitivă la nivelul dezvoltării infrastructurii, iar între 2009 și 2012 au atras mai multe fonduri europene pe cap de locuitor decât comunele mai mari, comunele mici nu au reușit să reducă semnificativ decalajul de dezvoltare. Mai mult, potrivit celor prezentate în secțiunile anterioare cu privire la serviciile sociale, educație și sănătate, comunele mici se află în mod clar într-o poziție dezavantajată, în sensul că dețin un număr mai mic de lucrători comunitari (asistenți sociali, asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari romi, mediatori școlari și cadre didactice calificate), instituții locale cu capacități reduse și foarte puține servicii primare și comunitare.

Tabel 41: Dezvoltarea umană și economică a comunelor mici și a comunelor izolate

	Comune mici (<2.000 de locuitori)	Comune izolate (>2.000 de locuitori)	Alte comune (nici mici, nici izolate)	Mediul urban
Număr comune	751	375	1.735	320
Populație medie (număr locuitori)	1.474	3.558	3.932	34.000
Indicele de conectivitate urbană (IURCON)	1,4	1,0	1,7	1,4
Ponderea comunelor izolate (%)	23	100	0	-
Indicele dezvoltării umane locale 2002 (LHDI 2002)	29,8	32,7	33,5	44,3
Indicele dezvoltării umane locale 2011 (LHDI 2011)	33,5	36,7	37,7	47,2
Evoluția LHDI (2011 ca % din 2002)	112	112	112	106
Cheltuieli totale aferente proiectelor cu finanțare europeană, în perioada 2009-2012 (euro pe cap de locuitor)	174	153	112	61
Ponderea veniturilor proprii în veniturile totale ale bugetului local, în 2007 (%)	12,9	16,0	17,4	38,6
Ponderea veniturilor proprii în veniturile totale ale bugetului local, în 2012 (%)	19,1	20,8	22,8	41,6
Evoluția veniturilor proprii (2012 ca % din 2007)	148	130	131	108
Ponderea investițiilor de capital în cheltuielile totale ale bugetului local, în 2007 (%)	26,0	22,6	25,4	19,4
Ponderea investițiilor de capital în cheltuielile totale ale bugetului local, în 2012 (%)	20,7	18,4	20,4	16,5
Evoluția investițiilor de capital (2012 ca % din 2007)	80	81	80	85

Sursa: Recensământul Populației și al Locuințelor din 2011; Banca Mondială (2014) pentru LHDI 2002 și 2011; Date privind execuția bugetelor locale, postate de Ministerul Administrației și Internelor. Calcule realizate de Banca Mondială.

Note: IURCON estimează conectivitatea urbană, în baza distanței unei comune față de orașele învecinate mici, mijlocii, mari și foarte mari. Cu cât valoarea IURCON este mai mare, cu atât comuna este mai bine conectată la centrele urbane. Comunele izolate sunt localitățile cu cele mai mici valori ale indicelui IURCON.

Totodată, indicatorii referitori la bugetul local arată că aceste comune mici sunt dezavantajate și din punctul de vedere al dezvoltării economice (Tabel 41). Măsura în care comunitățile locale depind de sprijin de la bugetul de stat este un indicator relevant al potențialului local de creștere economică. Dacă bugetul local cuprinde un număr mic de transferuri de la bugetul central și un nivel ridicat al veniturilor

proprii (din colectarea de taxe locale), acesta este un semn că localitatea respectivă se bucură de o dezvoltare economică solidă și că deține o bază extinsă de contribuabili (cetățeni și firme). Conform datelor Ministerului Administrației și Internelor, proporția medie a veniturilor proprii (sau a independenței față de bugetul de stat) în cazul localităților din România era de doar 24%, la finalul lui 2012. La nivelul acestei medii, se constată variații semnificative între mediul urban (42%), comune (22%) și comunele mici (19%). Doar un număr mic de localități au reușit să atingă pragul de independență de peste 50% în 2012, mai precis 84 de orașe (sau 26% dintre orașe, cu excepția Bucureștiului) și 135 de comune (din care 109 nu sunt nici mici, nici izolate). În consecință, investițiile de capital sunt reduse și au scăzut în ultimii ani, în toate localitățile.

Aceasta înseamnă că responsabilii de politici ar trebui să ia în considerare reformarea structurii administrației locale, ca un mod realist și eficient de a încuraja dezvoltarea rurală. În momentul de față, este prea scump pentru majoritatea localităților să investească în dezvoltarea oricărei infrastructuri sau serviciu de bază. Prin urmare, responsabilii de politici trebuie să formuleze legi adecvate care să permită comunităților rurale să fuzioneze și să creeze comunități mai puține ca număr, dar de dimensiuni mai mari, care să fie mai bine conectate la centrele urbane (în special la polii de creștere). Aceasta va contribui la reducerea inegalităților existente între mediul rural și cel urban, precum și în interiorul comunităților rurale.

Fondurile europene ca instrument de dezvoltare a infrastructurii și serviciilor de bază în mediul rural

România beneficiază de finanțări din partea mai multor fonduri europene pentru a-și extinde realizările în domeniul sănătății, serviciilor sociale, mediului fizic și infrastructurii economice în regiunile sale cel mai puțin dezvoltate. Aceste fonduri sunt Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR), Fondul Social European (FSE) și Fondul European pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală (FEADR). Se așteaptă ca guvernul să aloce aproximativ 3,5 miliarde de euro (10%) din aceste fonduri pentru atingerea Obiectivului tematic 9 al UE privind promovarea incluziunii sociale și combaterea sărăciei și a discriminării.³⁶⁰

Va trebui ca aceste fonduri să fie cheltuite cu atenție pentru a le garanta eficiența. În Tabel 42 prezentăm domeniile în care se impun investiții în infrastructura și serviciile de bază din mediul rural, prioritizându-le în funcție de nevoile cele mai stringente.

Tabel 42: Prioritățile de investiție în infrastructura și serviciile de bază din mediul rural

	Disponibilitate fizică	Acces financiar și fizic	Calitate
Drumuri	Medie	Medie	Ridicată
Utilități de bază:			
- Apă potabilă	Ridicată	Ridicată	Ridicată
- Canalizare	Ridicată	Ridicată	Ridicată
- Curent electric	Redusă	Redusă	Redusă
- Gaze naturale	Ridicată	Redusă	Ridicată
Educație	Medie*	Redusă	Medie
Sănătate	Ridicată	Ridicată	Nu este disponibil**
TIC	Medie	Medie	Redusă

Note: *Ridicată doar în cazul educației preșcolare și al școlilor profesionale /specializate.

**Nu sunt disponibile evaluări ale calității.

³⁶⁰ Distribuția provizorie a fondurilor europene în sprijinul Obiectivului tematic 9 în România este următoarea: FEDR (0,5 miliarde de euro), FSE (1,1 miliarde de euro) și FEADR (1,8 miliarde de euro).

Având în vedere prioritățile prezentate în Tabel 42, fondurile europene trebuie utilizate pentru:

- A extinde și moderniza infrastructura fizică a zonelor rurale, mai precis drumurile și utilitățile de bază (în special sistemele de apă, canalizare și gaze naturale).
- A extinde și moderniza unitățile de învățământ și medicale din mediul rural și pentru a crea stimulente care să încurajeze furnizorii de servicii (precum profesorii și medicii) să activeze în aceste zone.
- A extinde rețeaua TIC în mediul rural și a elabora politici menite să crească nivelul de competențe digitale în aceste zone.
- A crea programe adresate categoriilor vulnerabile (atât în mediul urban, cât și în cel rural) în vederea creșterii accesului acestora la educație și sănătate.
- A elabora, monitoriza și aplica standarde de calitate pentru serviciile de dezvoltare umană (precum cele de educație și sănătate), în mod diferit pentru centrele urbane și comunitățile rurale.
- A crea programe menite să diversifice veniturile și să creeze noi oportunități de angajare în mediul rural (folosind fondurile FEADR, FEDR și FSE), precum și să sporească mobilitatea forței de muncă și dobândirea de competențe (folosind fondurile FEADR și FSE) pentru a depăși barierele datorate veniturilor, ce pot împiedica accesul anumitor segmente ale populației rurale la infrastructură și servicii.
- A împuternici comunitățile locale – prin LEADER³⁶¹ – astfel încât acestea să răspundă de propria lor dezvoltare și să își prioritizeze nevoile de investiții. Aceasta va contribui la direcționarea fondurilor către zonele unde nevoia este cea mai mare.

Tabel 43 prezintă o sinteză a investițiilor prioritare, precum și principala sursă de finanțare pentru fiecare dintre ele.

Tabel 43: Priorități cheie în vederea creșterii disponibilității infrastructurii și serviciilor de bază în mediul rural, cu principalele surse de finanțare

	Investiții pentru sporirea disponibilității fizice	Investiții pentru facilitarea accesului financiar și fizic	Investiții pentru creșterea calității***
Drumuri	Drumuri locale (FEADR/PNDR), drumuri județene (FEDR/POR), TEN-T (FEDR și FC/POIM) ³⁶²	n.d.	La fel ca și pentru disponibilitate fizică
Utilități de bază:			
Apă potabilă și canalizare	Localități cu 2.000-10.000 de locuitori echivalenți* (FEADR/PNDR), peste acest nivel (FEDR și FC/POIM)	n.d.	La fel ca și pentru disponibilitate fizică
Curent electric	n.d.	n.d.	n.d.
Gaze naturale	n.d.	TBD**	n.d.
Educație	Grădinițe, creșe și unități <i>after-school</i> din mediul rural, licee agricole (FEADR/PNDR), alte unități de învățământ (FEDR/POR)	TBD**	La fel ca și pentru disponibilitate fizică
Sănătate	Clinici rurale și centre de îngrijire comunitară (FEADR/PNDR), spitale regionale și județene, centre de asistență primară și centre integrate de îngrijire comunitară (FEDR/POR)	TBD**	La fel ca și pentru disponibilitate fizică
TIC	Mica infrastructură TIC din mediul rural (FEADR/PNDR), alt tip de infrastructură TIC (FEDR/PO Competitivitate)	TBD**	La fel ca și pentru disponibilitate fizică

³⁶¹ LEADER (*Liaison Entre Actions de Développement de l'Économie Rurale* sau Conectarea Acțiunilor de Dezvoltare a Economiei Rurale) este o metodă de dezvoltare locală concepută de Rețeaua Europeană de Dezvoltare Rurală (REDR), care permite membrilor comunităților locale să dezvolte o anumită zonă folosind potențialul inherent al acesteia.

Notes: *Localitățile sub 2.000 de locuitori trebuie să mai aștepte până cel puțin în 2018, dată până la care localitățile mai mari trebuie să îndeplinească anumite standarde UE. TBD** - Măsuri „intangibile” adresate populației ce urmează a fi determinate. *** Măsurile complementare (inclusiv monitorizarea și aplicarea corespunzătoare) nu sunt incluse în acest tabel.

FEADR acoperă cam 50% din resursele puse la dispoziția României de fondurile UE în vederea realizării obiectivelor de incluziune socială și reducere a sărăciei. Aceste fonduri vor finanța următoarele acțiuni:³⁶³

- Crearea, extinderea și îmbunătățirea rețelei de drumuri locale în mediul rural. Conectivitatea la rețeaua de drumuri principale este unul din principiile importante ce stau la baza investițiilor FEADR.
- Crearea, extinderea și îmbunătățirea rețelelor publice de apă și canalizare (M07, sub-măsura 7.2). Aceste proiecte de investiție sunt complementare celor demarate în cadrul Programului Operațional Infrastructură Mare. Vor fi implementate doar în localitățile rurale cu o populație cuprinsă între 2.000 și 10.000 de locuitori echivalenți (L.E.),³⁶⁴ cu condiția să fie incluse în master planurile regionale. Localitățile cu sub 2.000 L.E. vor putea finanța investiții în infrastructura de apă după 2018, dacă România își îndeplinește angajamentele asumate în concordanță cu Directiva 91/271/CEE. Potrivit liniilor directe ale UE, investițiile în infrastructura de apă trebuie efectuate în localitățile cu cel puțin 50 de locuitori, în timp ce investițiile în sistemul de canalizare ar trebui realizate în comunitățile cu cel puțin 2.000 de locuitori echivalenți.
- Crearea, modernizarea sau extinderea infrastructurii de educație /îngrijire a copilului (M07, sub-măsura 7.2): (i) crearea și modernizarea (inclusiv mobilarea) grădinițelor, creșelor și unităților *after-school* și (ii) extinderea și modernizarea unităților de învățământ secundar cu profil agricol.
- Crearea și/sau modernizarea clinicilor medicale rurale și a centrelor de îngrijire comunitară (M07, sub-măsura 7.2).

Comunele vor fi eligibile pentru finanțare în cadrul acestor patru măsuri, dar și ONG-urile vor putea beneficia de susținere în scopul modernizării unităților de învățământ (grădinițe) și a infrastructurii sociale (unități *after-school*). Se așteaptă ca, până în 2023, să se deruleze și să se finalizeze un total de 1.151 de operațiuni. În plus, PNDR investește în întreținerea, conservarea și renovarea patrimoniului cultural local din mediul rural (M07, măsura 7.6), inclusiv a mănăstirilor, ceea ce se așteaptă să genereze un impact pozitiv la nivelul turismului local și să stimuleze dezvoltarea activității economice la nivel local.

FEDR, prin Programul Operațional Regional, acoperă doar aproximativ 14% din resursele menite să ajute România să sporească incluziunea socială și să reducă sărăcia. Cu toate acestea, POR oferă României fonduri suplimentare care au efecte pozitive asupra calității vieții în mediul rural. Fondurile FEDR vor finanța următoarele acțiuni:

- Crearea unei rețele de spitale regionale, dotarea spitalelor județene cu tehnologii adecvate, dezvoltarea sistemului de asistență primară și înființarea unor centre integrate de îngrijire comunitară. Pentru această componentă, este alocat un buget provizoriu de 400 de milioane de euro (contribuția UE). Cu toate acestea, în momentul de față, nu este disponibilă o defalcare pe subcomponente sau ținte.
- Centrele integrate de îngrijire comunitară dețin o relevanță importantă în ceea ce privește eliminarea decalajului de la nivelul accesului la serviciile medicale din mediul rural. Acestea vor integra servicii medicale și sociale și vor căuta să fie, printr-o mai bună acoperire teritorială, mai aproape de beneficiari.
- Investiții în infrastructura educațională, ce vor sprijini modernizarea unităților de învățământ, de la cele preșcolare și școli generale până la liceele specializate și universități. Pentru această componentă, este alocat un buget provizoriu de 340 de milioane de euro (contribuția UE).

³⁶³ La 1 iulie 2014, nu era disponibilă o distribuție financiară detaliată pe măsuri.

³⁶⁴ L.E. reprezintă raportul dintre nivelul total al poluării produse într-un interval de 24 de ore de unitățile industriale și servicii și nivelul individual al poluării, sub forma reziduurilor menajere, produse de o persoană în același interval.

- Aceste investiții sunt prevăzute în Strategia națională din domeniul educației și formării profesionale 2014-2020. Deși strategia recunoaște că mediul rural se confruntă cu provocări mai mari, nu stabilește ținte specifice pentru modernizarea unităților rurale de învățământ.
- Investiții în infrastructura rutieră. POR prevede 900 de milioane de euro (contribuția UE) pentru modernizarea drumurilor județene care asigură conectarea la rețeaua TEN-T. Totodată, acoperă dezvoltarea sau repararea centurilor adiacente.
- Accesul la mica infrastructură TIC și la infrastructura și serviciile de bază poate fi îmbunătățit și prin axa LEADER, care acordă sprijin grupurilor de acțiune locală active în mediul rural și orașele mici cu mai puțin de 20.000 de locuitori.

În plus, **POIM** (Infrastructură Mare) – combinând resursele oferite de FEDR și Fondul de Coeziune (FC), în valoare de 2,5 miliarde de euro, respectiv 6,9 miliarde de euro – va contribui, printre altele, la dezvoltarea rețelei TEN-T și la modernizarea infrastructurii mari de apă și canalizare. Cu toate că nu se concentrează pe localitățile rurale în mod special, aceste proiecte de investiție vor produce beneficii indirecte.

În vederea folosirii cât mai optime a fondurilor europene pentru reducerea sărăciei și a excluziunii sociale în mediul rural, ar trebui acordat mai mult sprijin autorităților locale și actorilor locali de la nivelul micro-regiunilor (grupuri de comune /GAL) sau al comunităților rurale pentru dezvoltarea serviciilor sociale de bază și a celor integrate. Trebuie dezvoltată capacitatea autorităților locale de a integra prioritățile de finanțare și de a elabora proiecte legate de infrastructura și serviciile sociale, în sensul: (i) evaluării nevoii de servicii sociale și integrate (inclusiv servicii de îngrijire la domiciliu și de lungă durată, centre de zi, servicii recreative etc.), (ii) formării și facilitării cu privire la programul LEADER și folosirii cadrului GAL (grup de acțiune locală), (iii) folosirii mai eficiente a infrastructurii TIC în serviciile comunitare, inclusiv a noilor tehnologii care pot veni în sprijinul nevoilor locuitorilor din mediul rural.

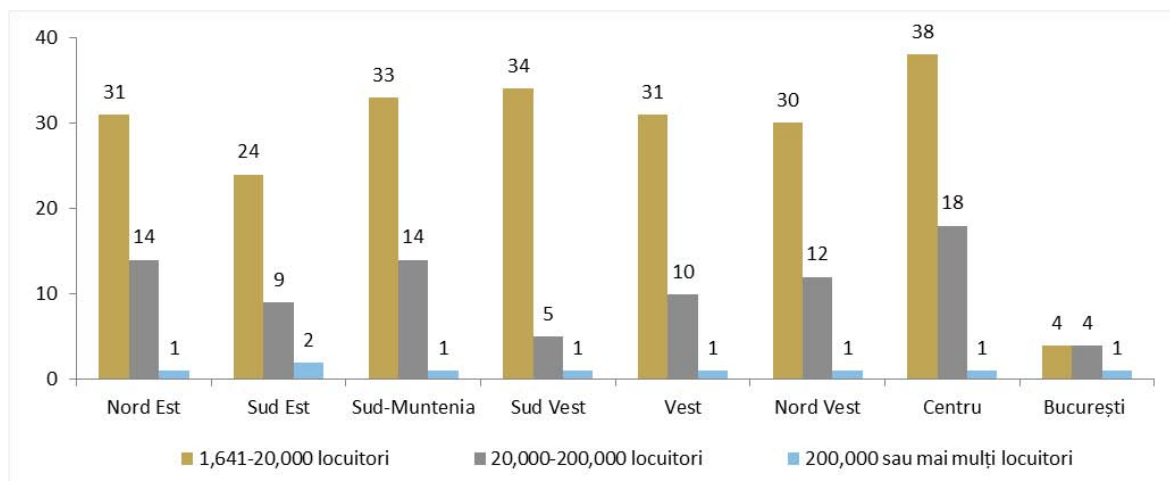
3.1.3. Îmbunătățirea calității vieții în comunitățile urbane mici

Comunitățile urbane sunt mult mai dezvoltate decât cele rurale, însă cu discrepanțe majore între diferitele tipuri de zone urbane, în funcție de numărul de locuitori. Potrivit Anuarului Regional 2013 (Eurostat), în întreaga Europă, rata riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE) prezintă o puternică dimensiune geografică sau, altfel spus, este influențată de poziția geografică. Cu toate acestea, la nivelul riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPE), riscului de sărăcie (monetară) (AROP) și deprivării severe multiple, cel mai mare decalaj în funcție de gradul de urbanizare este înregistrat în Bulgaria și România. Astfel, România prezintă a doua cea mai mare diferență între ratele riscului de sărăcie sau excluziune socială înregistrate la nivelul a trei grade diferite de urbanizare: o diferență de 19 puncte procentuale între zonele slab populate și cele dens populate. Mai mult, rata riscului de sărăcie (AROP)³⁶⁵ – una dintre cele mai ridicate dintre statele membre ale UE – înregistrează variații semnificative, de la aproximativ 7% în zonele dens populate la 19% în cele cu o densitate medie (zone urbane mici) și peste 31% în zonele (rurale) slab populate. Așadar, diferențele (în funcție de gradul de urbanizare) sugerează că rata riscului de sărăcie nu depinde exclusiv de caracteristicile personale, precum educația, statutul ocupațional, tipul gospodăriei și vârsta, din moment ce în zonele (rurale) slab populate rata este de 4,5 ori mai mare decât în zonele dens populate (orașe mijlocii și mari).

Majoritatea centrelor urbane din România sunt orașe mici, cu mai puțin de 20.000 de locuitori, mai precis 225 dintr-un total de 320 de orașe (Figura 74). Cu toate acestea, datele recensământului din 2011 indică faptul că majoritatea populației urbane (43,1% din 10,859 milioane de locuitori) locuiește în orașe mijlocii, 37,6% în orașe mari și doar 19,3% în aceste orașe mici (vezi Tabel A 54).

³⁶⁵ Rata riscului de sărăcie nu este ajustată în funcție de diferențele înregistrate la nivelul costului vieții între diversele tipuri de zonă și, prin urmare, decalajul dintre diferitele zone poate fi supraestimat.

Figura 74: Distribuția regională a orașelor din România, în funcție de mărimea populației (număr)

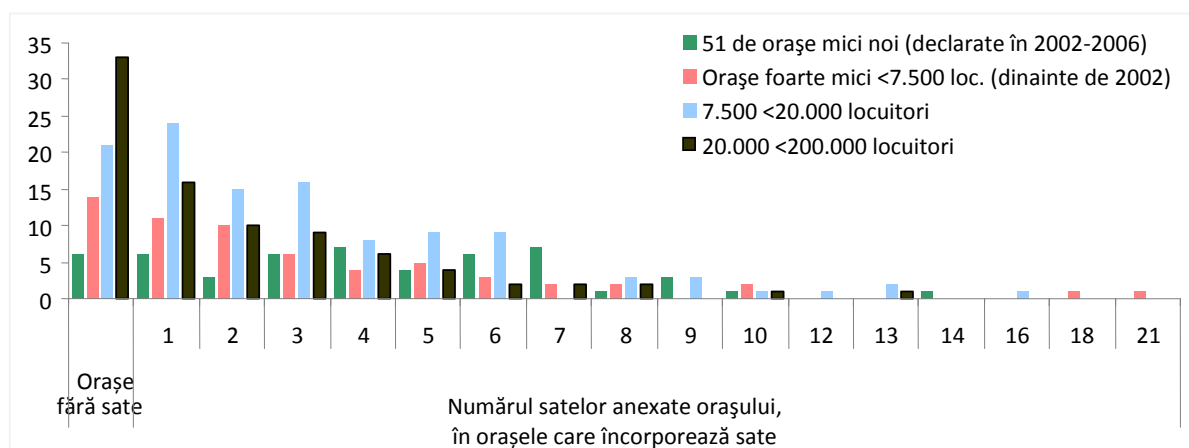


Sursa: Recensământul Populației și al Locuințelor din 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

Notă: Doar 9 orașe au peste 200.000 de locuitori (inclusiv capitala București, cu peste 1,88 milioane de locuitori).

Sunt necesare investiții în infrastructura satelor anexate orașelor, în vederea îmbunătățirii calității vieții populației din orașele mici și a eliminării decalajului dintre orașele mici dezavantajate și alte zone urbane. În România, doar 80 de orașe (din cele 320) nu includ sate (așezări compacte cu case ce au un aspect rural, situate de obicei la câțiva kilometri distanță de centrul orașului). În schimb, 88% dintre orașele mici declarate recent (în perioada 2002-2006), 80% din celelalte orașe mici și 62% dintre orașele mijlocii cuprind între 1 și 21 de sate, așa cum reiese și din Figura 75. Există, de exemplu, orașe mici în zona montană, unde satele sunt răspândite pe o rază de peste 10 km față de centrul orașului. Într-adevăr, multe orașe mici sunt slab populate și apar pe hartă ca niște aglomerări de așezări distante, cu o slabă conectare rutieră între acestea. Spre deosebire de ele, orașele mijlocii sunt dens populate, iar creșterea lor este legată, în principal, de un proces de suburbanizare. Unele orașe mijlocii s-au întins până la granița anumitor sate, încorporându-le astfel în mod natural. Așadar, la nivelul orașelor mici, prezența satelor reflectă mai degrabă un efort de a atinge pragul demografic administrativ pentru dobândirea statutului de unitate administrativă urbană, în timp ce, în cazul orașelor mijlocii, prezența satelor ține mai mult de extinderea zonei funcționale.

Figura 75: Orașele din România, în funcție de mărimea populației și numărul de sate anexate (număr)



Sursa: Institutul Național de Statistică, baza de date SIRUTA. Calcule realizate de Banca Mondială.

Numărul de sate încorporate (sau de cartiere rurale) este puternic corelat³⁶⁶ cu nivelul de dezvoltare umană a orașului: cu cât numărul de sate anexate orașului este mai ridicat, cu atât este mai mare și probabilitatea ca acel oraș să fie subdezvoltat (în baza LHDI).³⁶⁷ Din moment ce orașele mici declarate recent (între 2002 și 2006) și orașele foarte mici cu sub 7.500 de locuitori includ, în medie, un număr mai mare de sate (peste cinci), acestea au un caracter rural mult mai accentuat și, corelat, un risc de subdezvoltare mai ridicat decât alte zone urbane.

Orașe mici declarate recent (2002–2006)

Categoria orașelor mici este extrem de eterogenă, reprezentând un mix de orașe agricole, foste orașe (mono)industriale și zone turistice. Unele orașe mici au o istorie și tradiții îndelungate (mai ales în Transilvania – regiunea Centru), altele au fost formate în perioada comunistă, ca urmare a procesului de industrializare (în special în jurul unei foste mari întreprinderi din industria grea), în timp ce altele au fost declarate orașe din punct de vedere administrativ în ultimii ani (în urma presiunii de a crește proporția populației urbane la nivelul țării). Din cele 225 de orașe mici (cu sub 20.000 de locuitori), 79 sunt foarte vechi, fiind create înainte de 1950, 90 au fost înființate în perioada comunistă (1950-1989), 5 au fost incluse oficial între așezările urbane în perioada 1990-2000, iar 51 au fost declarate orașe³⁶⁸ în ultimii ani (2002-2006). Aceste orașe mici recent declarate cuprind, în total, aproximativ 385.000 de locuitori și au o populație medie de aproximativ 7.500 de locuitori (vezi Tabel A 55).

În România, orașul tipic este mic, include sate, are sau avea în trecut un aspect industrial,³⁶⁹ nu prezintă componente turistice sau istorice³⁷⁰ și este oarecum subdezvoltat din punct de vedere social.

Orașele mici cele mai dezavantajate sunt cele 51 declarate recent. De fapt, acestea sunt așezări urbane cu un nivel slab de dezvoltare a infrastructurii, facilităților, funcționalității și aspectului urban. Indicele dezvoltării umane locale (LHDI) arată că acestea au fost și sunt în continuare mult mai puțin dezvoltate decât alte zone urbane (Figura 76). Mai mult, 57% dintre aceste orașe mici declarate recent se numără printre zonele urbane cel mai puțin dezvoltate din România (chintila inferioară a LHDI2011). Pe lângă acestea, un număr mare (41%) de orașe foarte mici (sub 7.500 de locuitori) se află printre zonele urbane cel mai puțin dezvoltate din țară.

³⁶⁶ Coeficientul Pearson de corelație între numărul satelor anexate și LHDI2002 este -0,18 ($p=0,001$) și -0,23 ($p=0,000$) pentru LHDI2012.

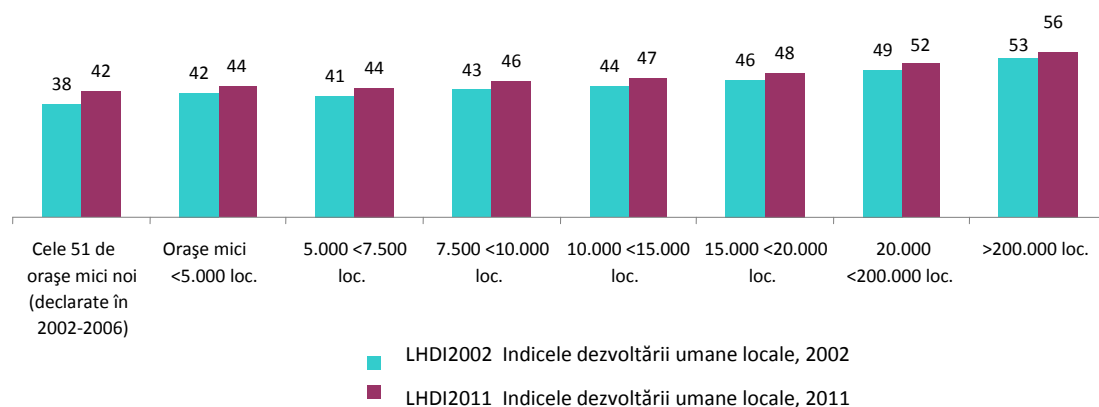
³⁶⁷ Vezi definiția LHDI din nota de subsol de la începutul acestui capitol.

³⁶⁸ De exemplu, Legea nr. 83/2004 prin care 35 de așezări au fost declarate orașe; [http://www.lege-online.ro/lr-LEGE-83%20-2004-\(51035\).html](http://www.lege-online.ro/lr-LEGE-83%20-2004-(51035).html).

³⁶⁹ Profilul economic dominant al orașelor mici, determinat în baza unei tipologii elaborate într-un studiu anterior al Băncii Mondiale (Stănculescu, 2005), indică faptul că aproximativ 180 de orașe mici (din cele 225 în total) prezentau, în trecut, o componentă industrială. Numărul, dimensiunea și sectorul economic ale întreprinderilor locale au variat, dar în majoritatea orașelor mici fostele întreprinderi au fost închise după 1990 și au fost înființate ulterior doar firme mici, în special în sectorul comerțului și al serviciilor.

³⁷⁰ Dimensiunea istorică se referă la existența în oraș a unui centru sau zone istorice care, înainte de perioada comunistă, a fost locuită de evrei (în regiunile estice) sau de sași (în regiunile centrale și vestice ale țării). Mai târziu, casele din aceste zone au fost naționalizate. După 1990, unele au fost restituite foștilor proprietari, în timp ce altele au rămas în proprietatea municipalității, care le-a folosit pe post de locuințe sociale. La ora actuală, în aceste zone locuiesc cel mai adesea categoriile sărace și marginalizate ale populației. Totuși, casele respective sunt bine poziționate în cadrul orașului și au o valoare imobiliară ridicată. Turismul nu este neapărat asociat aspectului istoric. Cel mai adesea, acesta depinde de existența spațiilor culturale, sportive, recreative sau istorice la nivelul orașului. Sub aspectul locuirii, în orașele mici turistice predomină casele care, datorită utilizării lor în scop turistic, sunt mai mari, modernizate, mai bine întreținute și, astfel, mai scumpe decât în alte orașe mici.

Figura 76: Nivelul mediu al dezvoltării umane locale (LHDI) în zonele urbane din România, în funcție de tip și mărimea populației, în 2002 și 2011



Sursa: Recensământul Populației și al Locuințelor din 2011 și Banca Mondială (2014) pentru LHDI 2002 și 2011. Calcule realizate de Banca Mondială. Vezi și Tabel A 56.

Orașele mici recent declarate, deși mai dezvoltate decât zonele rurale de dimensiuni asemănătoare, sunt cele mai dezavantajate așezări urbane din multe puncte de vedere, după cum urmează:

- **Buget local:** Din analiza datelor privind execuția bugetelor locale³⁷¹ reiese că: (i) veniturile proprii pe cap de locuitor³⁷² ale orașelor mici sunt de 2-3 ori mai mari decât cele ale comunităților rurale – chiar și atunci când se păstrează constante numărul de locuitori și județul – dar mult mai reduse decât în orașele mai mari; (ii) la nivelul așezărilor urbane, orașele mici declarate recent dețin cea mai scăzută „putere economică”; (iii) cheltuielile aferente proiectelor cu finanțare europeană³⁷³ sunt mai mari în comunitățile rurale decât în orașele mici, mai ales în cazul localităților foarte mici cu sub 5.000 de locuitori. Datele sunt prezentate în Figura 77 și Tabel A 57.
- **Utilități de bază:** Oferta serviciilor de bază este mult mai săracă în orașele mici, mai ales în cele declarate recent, comparativ cu orașele mai mari, însă mult mai bună decât în localitățile rurale, la nivelul următoarelor servicii: apă curentă prin rețeaua publică; apă caldă prin rețeaua publică; sistem de canalizare conectat la o stație publică de evacuare a apelor reziduale; curent electric; gaze naturale prin rețeaua publică. De exemplu, procentul locuințelor conectate la sistemul public de canalizare variază între 4% în comunitățile rurale și 22% în orașele mici recent create, ajungând la 64% în orașele mici declarate înainte de 2002. Datele sunt prezentate în Tabel A 58.

³⁷¹ Date postate de Ministerul Administrației și Internelor, disponibile la:

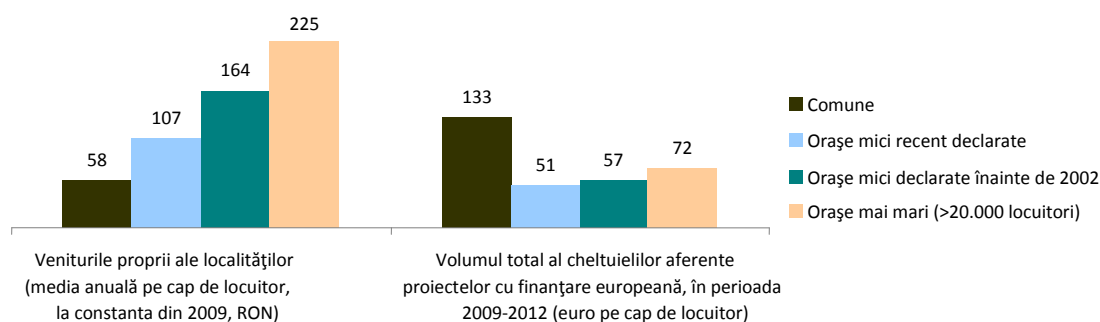
http://www.dpfbli.mai.gov.ro/sit_ven_si_chelt_uat.html (data accesării: 10 ianuarie 2014), precum și date demografice de la recensământul din 2011 (Institutul Național de Statistică).

³⁷² Veniturile proprii reflectă autonomia fiscală a municipaliității și potențialul economic local. Acestea nu includ cotele defalcate din impozitul pe venit în scopul echilibrării bugetelor locale, pentru a analiza categoria de venituri asupra căreia municipalitatea deține un control mai mare. Formula pe cap de locuitor permite comparații verticale (localități cu statut sau dimensiuni diferite – urban /rural) și orizontale (localități cu același statut, dar din județe diferite). Se calculează ca medie anuală pentru perioada 2009-2012, în baza datelor privind execuția bugetelor locale. Veniturile sunt calculate în lei constanți, cu baza 2009; indicele inflației este preluat din datele Institutului Național de Statistică (www.insse.ro).

³⁷³ Cheltuielile aferente proiectelor finanțate din surse externe includ programe cu finanțare europeană (fonduri structurale, Programul Național pentru Dezvoltare Rurală și Programul Operațional pentru Pescuit), dar și alte programe (precum cele finanțate de ambasadele străine). Cu toate acestea, se poate presupune că, la nivel național, acestea reflectă cu precădere programele cu finanțare europeană și, în cazul comunelor, cheltuielile acoperite de Programul Național pentru Dezvoltare Rurală. Se calculează ca variabilă substitutivă pentru volumul total al fondurilor europene absorbite în perioada 2009-2012, ca suma tuturor cheltuielilor efectuate în proiectele finanțate de fondurile europene (în euro pe cap de locuitor), date transformate în euro folosind rata anuală de schimb valutar a Băncii Naționale a României și datele demografice de la recensământul din 2011 (Institutul Național de Statistică). Acest tip de cheltuieli nu este disponibil pentru perioada 2007-2008 în sursa de date administrative (Ministerul Administrației și Internelor).

- Educație: Nivelul de educație al populației în vârstă de muncă este mult mai scăzut în orașele mici declarate recent comparativ cu alte orașe mici (și în special cu orașele mai mari), dar mai ridicat decât în mediul rural (vezi Figura A 10).
- Ocuparea forței de muncă: Rata ocupării forței de muncă în sectoarele non-agricole este mult mai mare în zonele urbane mici decât în cele rurale, dar mai mică decât în orașele mai mari, în timp ce în comunitățile rurale, ocuparea în agricultură atinge un nivel foarte ridicat (vezi Tabel A 59). Astfel, Tabel A 59 și Tabel A 60 arată că, la nivelul populației în vârstă de muncă, ponderea salariaților crește de la 28% în comune la 42% în orașele mici recent declarate, la 51% în alte orașe mici și 57% în orașele mai mari cu peste 20.000 de locuitori.

Figura 77: Indicatori ai bugetului local – comparație între orașele mici, orașele mai mari și comune



Sursa: Datele privind execuția bugetelor locale postate de Ministerul Administrației și Internelor. Calcule realizate de Banca Mondială.

În concluzie, pe lângă orașele mari dinamice, considerate motoare de creștere, cele 51 de orașe mici recent declarate (sub 20.000 de locuitori) și cele 61 de orașe foarte mici (sub 7.500 de locuitori) trebuie să beneficieze de mai mult sprijin și asistență în încercarea lor de a recupera decalajele de dezvoltare și de a se dezvolta mai rapid decât alte zone urbane.

Fondurile europene ca instrument de dezvoltare comunitară

Autoritățile publice locale din România, orașe mici și comune, au diferite surse de venituri la bugetul local, printre cele mai importante fiind cele provenind de la bugetul de stat și de la Uniunea Europeană. În această secțiune analiza se concentrează pe cheltuieli de investiții din surse externe bugetului local, finanțate din diferite fonduri europene, într-o perspectivă comparativă cu cele de la bugetul de stat. Alte surse de venituri ale bugetului local sunt veniturile proprii, sumele de echilibrare, transferurile din Fondul de Rezervă al Guvernului, împrumuturile bancare, dar acestea nu vor fi abordate în această secțiune. Sunt analizate trei întrebări cheie:

- Pentru care din programele finanțate din fonduri europene autoritățile publice locale reprezintă beneficiari eligibili?
- Care sunt variațiile în privința criteriilor de eligibilitate pentru autoritățile publice locale din România?
- Care sunt principalele obiective de investiții finanțate din fonduri europene și din cele de la bugetul de stat?

Autoritățile publice locale (APL) reprezintă beneficiari eligibili pentru aproape toate fondurile europene. Cu excepția a două programe operaționale (Transport și Asistență Tehnică), toate celelalte programe europene (inclusiv Programul Național de Dezvoltare Rurală și Programul Operațional pentru Pescuit) includ autoritățile publice locale printre beneficiarii eligibili. Cu toate acestea, criteriile de eligibilitate diferă între programe în privința: (i) zonelor urbane versus a celor rurale; (ii) mărimea populației și (iii) forma parteneriatului.

Criteriile de eligibilitate pentru programele finanțate din fonduri europene diferă între zonele urbane și cele rurale. Definirea zonelor urbane și rurale se bazează pe legislația națională (diferită de standardele OECD), care include comunele și satele în zona rurală și orașele/municipiile (precum și satele aparținătoare) în zona urbană. O diferențiere clară între zonele urbane și cele rurale este inclusă în Programul Operațional Regional (POR), Programul Operațional Sectorial Mediu și Programul Național de Dezvoltare Rurală (PNDR). POR este direcționat în principal către autoritățile publice locale din mediul urban (consilii județene și orașe), în timp ce PNDR vizează în principal zonele rurale. Totuși, ambele includ beneficiarii din celălalt mediu de rezidență (drumurile județene în cazul POR și orașele ca parte a GAL pentru PNDR). Cu toate acestea, această diferențiere creează la rândul ei inegalități în termeni de acces la finanțare. În contrast cu toate celelalte programe operaționale, beneficiarii PNDR (majoritatea în mediul rural) pot beneficia de serviciile Fondului de Garantare a Creditului Rural, care oferă credit în condiții mult mai avantajoase decât cele oferite de instituțiile financiare (cum sunt băncile). Acest program oferă oportunități de finanțare chiar și pentru cele mai sărace³⁷⁴ comune din România,³⁷⁵ dar nu este disponibil autorităților locale din mediul urban. O soluție pentru această problemă ar putea fi crearea parteneriatelor urban-rural, prezentată în paragrafele următoare.

Mărimea populației localității reprezintă un alt criteriu de diferențiere între fondurile europene. Sunt utilizate trei praguri explicite de populație ca și criteriu de eligibilitate pentru localitățile urbane, cele de 10.000, 20.000 și 100.000 locuitori pentru POR (Axa 1.1, DMI 1.1),³⁷⁶ Axa LEADER din PNDR³⁷⁷ și Programul Operațional de Pescuit (AP 4).³⁷⁸ Totuși, chiar și în acele programe care nu menționează un prag clar, mărimea populației joacă un rol important în finanțarea proiectelor de investiții, cum este cazul sistemelor de apă și canalizare din Programul Operațional Sectorial Mediu, care menționează că "se concentrează, din motive de eficiență (rezultat pe cap de locuitor) către aglomerările medii și mari".³⁷⁹ Mai mult decât atât, numărul locuitorilor este de asemenea un predictor important pentru capacitatea financiară a unității administrativ-teritoriale, care este în același timp esențială pentru asigurarea co-finanțării (inclusiv prin împrumuturi bancare), necesară pentru fluxul financiar al proiectelor.

Dezvoltarea unor parteneriate între autoritățile locale reprezintă un element cheie în atragerea investițiilor din fonduri europene. Aceste fonduri sunt deschise finanțării pentru două tipuri de parteneriate prevăzute de programele operaționale: asociațiile de dezvoltare intercomunitară (ADI) și Grupurile de Acțiune Locală (GAL) dar și parteneriate dintre autorități locale și alți parteneri eligibili. Ambele forme de parteneriat (ADI și GAL) au fost prevăzute ca metode de îmbunătățire a capacității administrative.³⁸⁰ Parteneriatele măresc șansele primăriei din mediul rural de a accesa fonduri europene.³⁸¹ Un partener cu o capacitate administrativă dezvoltată (inclusiv resurse umane specializate) sau nivel înalt al capacității financiare (pentru susținerea costurilor studiilor de fezabilitate sau a celor privind firmele de consultanță) poate ajuta toți membrii parteneriatului să atragă surse de finanțare externe bugetului local din fonduri europene. Mai mult decât atât, dimensiunea crescută a mărimii populației acoperite de parteneriat poate să satisfacă condițiile de cost-eficiență pentru investițiile majore. În același timp aceste ADI sau GAL-uri formate din comune și orașe pot contribui la dezvoltarea integrată a zonelor urbane și rurale în parteneriat cu alți factori interesați privați. Chiar și acele autorități

³⁷⁴ Sărăcia definită în termeni de capacitate financiară (ponderea veniturilor proprii în total venituri ale bugetului local).

³⁷⁵ Marin (2014).

³⁷⁶ Numai orașele peste 10.000 locuitori sunt eligibile.

³⁷⁷ Atât comunele cât și orașele mici (sub 20.000 locuitori) sunt eligibile dar numai ca membrii în GAL care poate include unul sau mai multe orașe (doar în cazuri excepționale), care totuși nu pot depăși 20.000 locuitori sau peste 25% din numărul total al locuitorilor din GAL (MADR, 2013: 396).

³⁷⁸ Sunt eligibile zonele rurale și cele urbane (sub 100.000 locuitori) ca membrii ale parteneriatului local (Grupul de Acțiune Locală pentru Pescuit), dar populația totală inclusă în acest tip de parteneriat ar trebui să fie între 10.000 și 150.000 locuitori (MADR, 2014: 86).

³⁷⁹ POS Mediu, Februarie 2012: 68.

³⁸⁰ PNDR (2012).

³⁸¹ Marin (2014).

publice locale care nu sunt menționate în mod explicit printre beneficiarii eligibili ai anumitelor fonduri europene pot dezvolta parteneriate cu alți beneficiari (eligibili) pentru a depune aplicații pe aceste linii de finanțare. De exemplu, Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane include ca beneficiari eligibili instituțiile și organizațiile membre ale Pactelor Regionale și Locale pentru Ocupare și Incluziune Socială. În plus, un alt tip de parteneriat cu beneficii potențiale pentru un număr mare de comune și orașe mici este reprezentat de asociațiile autorităților locale cum sunt Asociația Comunelor din România și Asociația Orașelor din România. Ambele asociații au implementat proiecte de mari dimensiuni finanțate din fonduri europene³⁸² care au avut impact în numeroase localități.

Se pare că orașele mici au mai puține surse de finanțare decât comunele, iar accesul lor la finanțare europeană depinde în bună măsură de capacitatea lor de a dezvolta și participa în parteneriate. Pentru orașele mici, parteneriatele sunt o condiție esențială pentru accesarea finanțării europene disponibile, în special prin ADI și GAL (Caseta 46). Este totuși necesară o analiză a volumului finanțărilor disponibile, alături de diferențele în capacitatea de absorbție (atât la nivel de program, cât și al autorității locale).

Caseta 46: Grupurile de Acțiune Locală, Axa LEADER, România, sfârșitul anului 2013

Raportul de Progres pentru Programul Național de Dezvoltare Rurală în 2013 (Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale, 2014: 105-109) prezintă cele mai recente date privind Grupurile de Acțiune Locală (GAL) aprobate pentru finanțare în cadrul Axei LEADER.

La sfârșitul anului 2013, erau 163 GAL-uri cu Planuri de Dezvoltare Locală selectate pentru finanțare,³⁸³ care:

- ☐ acoperă o suprafață totală de 142,267 km², care reprezintă 78,3% din ținta preconizată;
- ☐ acoperă o populație de peste 6,77 milioane locuitori (comparativ cu o țintă de 9,36 milioane);
- ☐ includ ca parteneri 1.781 comune și 77 orașe mici;
- ☐ includ peste 6.942 membrii, din care 5.103 parteneri privați și ONGuri;³⁸⁴
- ☐ au primit asistență financiară pentru implementarea planurilor de dezvoltare locală, prin acordarea de granturi pentru proiecte locale; un număr total de 2.040 proiecte locale au fost contractate (comparativ cu o țintă de 9.502). Majoritatea proiectelor, chiar și cele mai mari granturi, au fost atrase de GAL-urile din trei regiuni: nord-est (518 proiecte în valoare totală de 16 MEURO), sud (354 proiecte, peste 15,1 MEURO) și centru (301 proiecte, mai mult de 12.1 MEURO).

Localitățile membre în GAL-uri sunt răspândite în întreaga țară, după cum arată harta de mai sus, dar sunt mai bine reprezentate în regiunile nord-est și centru. Astfel, proporția localităților membre în GAL-uri scade la nivelul orașelor mici (urban) de la 35% în nord-est și 32% în centru la 18-26% în celelalte regiuni; rata participării în GAL-uri a comunelor (rural) scade de la aproape 80% în centru la 69% în nord-est, 62-65% în vest și nord-vest, 57-60% în sud-est și sud și mai puțin de 48% în sud-vest, respectiv 13% în București-Ilfov.

Cu cât un oraș (cu mai puțin de 20.000 locuitori) are mai mulți locuitori și o capacitate financiară mai ridicată, cu atât cresc șansele ca acesta să acceseze fonduri europene pe cont propriu și nu în parteneriate cu comunitățile rurale învecinate. Orașele mici care au o probabilitate mai mare de a participa în GAL-uri pentru accesarea finanțărilor europene sunt cele recent declarate (după 2001), cu o populație între 5.000 și 7.000 locuitori, cu un nivel relativ scăzut de dezvoltare comunitară și de potențial economic (nivel scăzut al veniturilor proprii ale bugetului local). Pentru că mărimea populației reprezintă un criteriu, rata participării la GAL-uri este de 52% pentru orașele între 5.000 și 7.500 locuitori comparativ cu 37-39% din orașele foarte mici, cu mai puțin de 5.000 locuitori

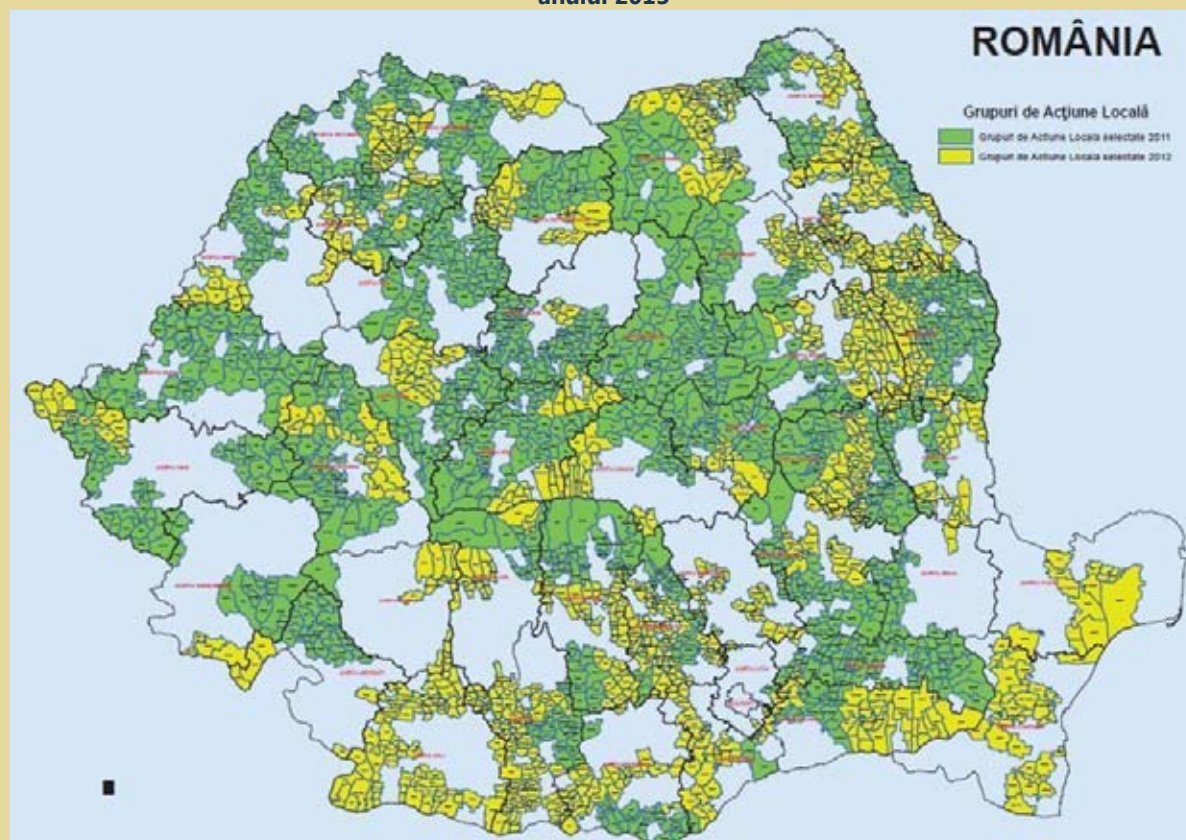
³⁸² Detalii privind proiectele implementate pot fi accesate pe www.acor.ro și www.aor.ro.

³⁸³ În 2011, 81 GALuri cu o finanțare publică totală de 227,55 MEURO și în 2012, alte 82 GALuri cu o planuri de dezvoltare locală cu o finanțare publică totală de 226,1 MEURO.

³⁸⁴ Grupurile de Acțiune Locală sunt constituite din parteneri publici și privați din teritorial rural și trebuie să includă reprezentanți din diferite sectoare socio-economice. Apartenența la GAL este deschisă pentru oricine trăiește între granițele GAL. Atât persoanele private și cele publice sau organizațiile private locale pot deveni membrii. Numărul membrilor este un indicator bun al cunoașterii și recunoașterii GAL în cadrul teritoriului. Sursa: http://enrd.ec.europa.eu/enrd-static/leader/leader/leader-tool-kit/the-local-action-group/en/what-is-the-lag-s-structure_en.html.

ca și cele între 7.500 și 10.000 locuitori, și de 22% pentru orașele între 10.000-15.000, respectiv un singur oraș cu mai mult de 15.000 locuitori. Între orașele mici nou înființate rata participării în GAL este de 43% comparativ cu cea de 32% pentru orașele declarate în mod oficial înainte de 2002. Aceste orașe accesează fonduri europene ca parteneri în GAL-uri nu numai datorită criteriului legat de populație, dar și datorită capacității lor reduse de a co-finanța și implementa proiecte de mari dimensiuni. De fapt, rata de participare în GAL-uri pentru orașele mici scade de la 46% pentru cele mai puțin dezvoltate (chintila inferioară a LHD2011) la 25% pentru cele mai dezvoltate.

Figura 78: Harta Grupurilor de Acțiune Locală selectate pentru finanțare în cadrul Axei LEADER, sfârșitul anului 2013



Sursa: Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale, <http://www.pndr.ro/content.aspx?item=2243&lang=RO>.

Comunele de toate tipurile participă în GAL-uri. Totuși se pare că cele care au cel mai scăzut nivel al veniturilor proprii și o dimensiune mai extinsă a sărăciei au o tendință mai accentuată de a fi parteneri în GAL-uri. În același timp, comunitățile mici și izolate (cu mai puțin de 2.000 locuitori) au dificultăți în participarea la parteneriate locale. Astfel, rata participării este de 54% pentru comunele mici și izolate, comparativ cu 63% din cele mici dar neizolate, 69% pentru comunele izolate mai mari de 2.000 locuitori și 62% pentru celelalte comune.

Proiectele de investiții finanțate din fonduri europene corespund în cea mai mare parte cu nevoile de dezvoltare locală ale comunelor și orașelor mici. Un bun exemplu este Măsura 322 a PNDR care este de departe cel mai popular program (în termeni de volum al fondurilor solicitat prin aplicații). Măsura 322 finanțează investiții în infrastructura de drumuri, apă, în cea socială și culturală, dar majoritatea fondurilor sunt cheltuite pentru îmbunătățirea drumurilor și a infrastructurii de apă în zonele rurale. Pentru mediul urban, investiții asemănătoare sunt finanțate prin POR și POS Mediu. În 2013, mai multe programe pentru sistemele de apă și canalizare finanțate de la bugetul de stat³⁸⁵ au fost unite sub umbrela Planului Național de Dezvoltare a Infrastructurii (PNDI). PNDI are un portofoliu extins de investiții în infrastructură în mediul rural. Valoarea totală a proiectelor finanțate se ridică la aproximativ

³⁸⁵ În principal administrate de Ministerul Dezvoltării Regionale și Turismului, care a devenit în prezent Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice.

14 miliarde de lei, cu circa jumătate din investiții în drumuri comunale și județene și jumătate în proiecte de apă și canalizare.

Importanța finanțării europene pentru autoritățile locale a crescut în ultimii ani datorită diminuării volumului de resurse de investiții disponibil de la bugetul de stat,³⁸⁶ cu excepția PNFI. Asociația Comunelor din România concluzionează că "majoritatea arieratelor a fost cauzată de politicile imprevizibile ale Guvernului și ale ministerelor în finanțarea proiectelor de dezvoltare prin programele naționale de investiții. Practica acestor programe a fost de a aproba mii de obiective și a transfera sume mici pentru implementare, fără un orizont de timp clar în privința alocării tuturor resurselor până la finalizare".³⁸⁷ În acest context, o mare parte a finanțării disponibile prin finanțările europene poate reprezenta o soluție mai bună de finanțare pentru autoritățile locale, în special dacă ținem cont de nivelul scăzut al veniturilor proprii ale comunelor sărace și orașelor mici. Totuși, ca regulă generală, mediul accesării fondurilor europene a fost de asemenea perceput de autoritățile locale ca fiind lipsit de predictibilitate (în special pentru POSDRU) și complexitate crescută în termeni de documentație, legislație relevantă și număr al instituțiilor de control.³⁸⁸

³⁸⁶ ExpertForum (2014).

³⁸⁷ Agenda Comunelor din România (2012: 5).

³⁸⁸ Marin (2014).

3.2. Integrarea comunităților marginalizate

Guvernul ar trebui să aibă ca obiectiv eliminarea segregării spațiale legată de inegalitățile economice și financiare, prin implementarea unor servicii integrate - sociale, de sănătate și educaționale - la nivel de comunitate, pe baza unor parteneriate cu organizații non-guvernamentale care acționează la nivel local.

Obiective principale	Pagina
3.2.1. Integrarea comunităților rurale marginalizate	298
3.2.2. Integrarea comunităților urbane marginalizate	300
3.2.3. Integrarea comunităților rome	306
3.2.4. O abordare zonală intersectorială integrată pentru zonele marginalizate	311



3.2. Integrarea comunităților marginalizate

Segregarea spațială sau rezidențială ocupă, din nou, un loc prioritar pe agenda europeană în condițiile în care afectează aproape toate orașele europene, atât cele prospere sau în creștere, cât și cele aflate în descreștere. Segregarea rezidențială se referă la mediul de trai, însă segregarea este un fenomen ce poate apărea și în școli, la locul de muncă sau la nivelul serviciilor publice, putând afecta populația în orice dimensiune socială și demografică, inclusiv vârstă, etnie, religie, venit sau clasă socială (locuitorii înstăriți într-o zonă, săracii în alta) sau o combinație a acestora. În contextul dezvoltării urbane, segregarea rezidențială constituie principalul cadru de referință. Segregarea depinde puternic de concentrarea demografică, implicând suprareprezentarea statistică a unui grup și subreprezentarea unuia sau mai multor altor grupuri într-un spațiu anume, dar și de fragmentarea spațiului urban în zone cu vizibile diferențe spațiale. „Când aceste fragmente devin inaccesibile, avem de-a face cu segregarea în gheto-uri, comunități închise sau alte manifestări ale suprasegregării. Una dintre cele mai extreme forme de segregare este polarizarea, în cazul căreia există o confruntare între diferitele părți ale orașului.” (Colini et al, 2013: 10).

Segregarea spațială poate reprezenta o alegere deliberată, ca și în cazul gentrificării anumitor zone sau al comunităților închise – care sunt forme de autosegregare alese de categoriile mai înstărite. Un alt exemplu este separarea forțată a anumitor persoane ca urmare a unor factori externi, cum este cazul zonelor sărace cu o populație marginalizată numeroasă. Ghetoul reprezintă forma cea mai extremă de segregare forțată. „Nu există o regulă universală pentru a stabili ce poate fi considerat ‘acceptabil’ și ce constituie un nivel ‘extrem’ de segregare, însă este clar că ambele forme extreme de autosegregare a persoanelor înstărite și formele forțate de segregare a populației sărace contribuie la problema unei societăți inegale și a dezvoltării urbane ‘inevitabile’.” (Colini et al, 2013: 11)

Tipul cel mai răspândit de segregare, în România, este cel provocat de inegalitățile economice și financiare. Acestui aspect i s-a acordat o atenție redusă în literatura de specialitate, cel puțin comparativ cu dimensiunea rasial-etnică. Factorii ce au dus la apariția segregării spațiale, în România, sunt schimbările structurale provocate de tranziția țării la o economie de piață, șomajul, precaritatea economică în creștere și fragilitatea sistemelor de protecție socială, precum și politicile imobiliare și de urbanism promovate în perioada comunistă și în primul deceniu post-comunist.

Măsurarea și monitorizarea segregării rezidențiale nu reprezintă, în prezent, o practică comună în orașele europene. Cu toate acestea, unele autorități locale din Germania și Olanda au creat „sisteme de avertizare timpurie” sofisticate pentru monitorizarea segregării (de exemplu, în Berlin în 1998), eforturi analizate de o multitudine de studii (Rețeaua tematică RegGov URBACT, 2010). Un ghid util referitor la monitorizarea dezvoltării urbane a fost realizat de Ministerul Federal German al Transportului, Construcțiilor și Dezvoltării Urbane în 2009 (MTCDU, 2009), ca o resursă pentru planurile integrate de dezvoltare locală. Respectivul ghid include o varietate de indicatori ce vizează mediul fizic (de exemplu, vechimea și calitatea locuințelor, forme locative), contextul social și datele demografice (de exemplu, grupe de vârstă, etnie și persoane în întreținere), calitatea vieții și șansele sociale (de exemplu, venit, loc de muncă, studii și sănătate). Cu toate acestea, interpretarea acestor date este critică și sensibilă

deoarece o astfel de analiză definește, adesea, unele zone ca fiind 'problematic', interpretare preluată la nivelul politicilor. Având în vedere importanța contextului local, cercetarea calitativă constituie o completare esențială la analiza statistică, oferind înțelegerea mai aprofundată a unei zone. Cu toate acestea, deși cunoștințele solide sunt importante în elaborarea politicilor, acestea nu pot înlocui voința politică de a realiza o schimbare.

De obicei, politicile europene, naționale și locale încurajează intervenții zonale acolo unde se consideră că există probleme. Intervențiile zonale se împart, în mod normal, în măsuri tangibile și măsuri intangibile (Colini et al, 2013: 29), după cum urmează:

- Printre *intervențiile tangibile* se numără programele de restructurare fizică, care implică demolarea anumitor clădiri și construirea de noi infrastructuri și locuințe sau reabilitarea locuințelor, crearea unor noi spații publice (precum centre sociale sau culturale și parcuri) și îmbunătățirea transportului în comun.
- *Intervențiile intangibile* includ consolidarea rețelelor și interacțiunilor între localnici (de exemplu, prin programe de inserție profesională și formare în anumite domenii, activități stradale menite să identifice și să rezolve problemele stringente ale persoanelor fără adăpost sau ale altor categorii de persoane în situații extreme, festivaluri locale care reunesc comunitatea) și acordarea de sprijin persoanelor în vederea accesării pieței muncii prin formare, practică și stagii.

Însă, de multe ori, aceste inițiative nu vizează factorii determinanți ai segregării spațiale, cum ar fi dereglementarea pieței imobiliare sau nivelul redus al protecției sociale. Pe de altă parte, în atenția proiectelor de regenerare a cartierelor intră adesea clădirile și infrastructura, fără a se ține cont de factorul demografic, acceptându-se prețuri tot mai mari la terenuri și case, ceea ce îi obligă pe locuitorii cu posibilități mai reduse să se mute. Proiectele de regenerare, cel puțin în teorie, trebuie să găsească un echilibru între incluziune socială și competitivitate economică, putând fi eficiente dacă beneficiază de susținere din partea unui număr mare de actori publici și privați (instituții publice, proprietari, locatari și firme). În timp ce politicienii dau, de multe ori, câștig de cauză intervențiilor rapide și vizibile cu efecte imediate, un cartier nu se schimbă de la o zi la alta, iar măsurile progresive mai „blânde” se dovedesc adesea mai eficiente pe termen lung. De asemenea, cel puțin în România, numeroase comunități marginalizate și cartiere defavorizate au o proastă reputație în rândul populației largi, ceea ce înseamnă că administrația locală și politicienii care se implică în regenerarea lor pot adesea pierde sprijinul politic.

Atât intervențiile zonale, cât și cele adresate populației sunt esențiale pentru combaterea segregării în zonele marginalizate. Intervențiile sectoriale (adresate populației) și cele spațiale (zonale) trebuie integrate în strategie. Politicile și programele relevante ar trebui coordonate între diferitele niveluri de guvernare (integrarea verticală a politicilor) și sectoare (integrarea orizontală a politicilor):

- *Integrarea verticală a politicilor* poate fi realizată prin numeroase moduri. Un mod ar fi ca responsabilii de politici de la nivel național să elaboreze politici naționale importante, selectând zonele de intervenție și încurajând cooperarea la nivel regional și local. Acest model este des întâlnit în Anglia, Franța, Olanda și Suedia. În alte țări, precum Ungaria sau Spania, regulile și criteriile de selecție a zonelor defavorizate sunt determinate la nivel național sau regional, însă actorii de la nivel local decid ce zone necesită intervențiile respective.
- *Integrarea orizontală a politicilor* înseamnă coordonarea tuturor politicilor relevante pentru dezvoltarea unei zone. Pe lângă intervențiile din plan fizic, sunt importante și componentele politicilor sectoriale ce țin de locuire, transport public, educație, locuri de muncă, cultură și acordarea de servicii sociale. Integrarea orizontală a politicilor implică adaptarea serviciilor și a organizațiilor existente la nevoile specifice zonei și o mai bună coordonare între diferiții furnizori de servicii. Pentru consolidarea integrării orizontale, URBACT, un program UE ce promovează dezvoltarea urbană durabilă, sugerează „crearea unor spații multifuncționale și proiecte de colaborare cu diferiți parteneri în vederea stabilirii unei acțiuni concrete care să permită partenerilor să colaboreze la nivel orizontal.” (URBACT, 2011: 54).

Caseta 47: Exemple de bune practici în domeniul intervențiilor menite să elimine segregarea socio-spațială în Europa

Sunt disponibile câteva exemple de bune practici în domeniul intervențiilor zonale și al celor adresate populației, din diferite țări europene.

INTERVENȚII ZONALE

Anglia: *New Deal for Communities (NDC)*

Programul New Deal for Communities a fost inițiat de guvernul Blair și a vizat câteva dintre cartierele cele mai defavorizate din Anglia. Acesta s-a desfășurat între 1999 și 2008, cu scopul de a „elimina discrepanțele” dintre 39 de zone urbane defavorizate și restul țării, prin investiții ce s-au ridicat, în medie, la 50 de milioane de euro pentru fiecare zonă în decursul celor zece ani. Abordarea folosită a urmărit realizarea unei schimbări holistice prin trei rezultate la nivel de zonă – infrastructuralitate, comunitate, locuire și mediu fizic – și trei rezultate la nivelul populației – educație, sănătate și șomaj. În cadrul NDC, s-au încheiat parteneriate locale pentru fiecare zonă de regenerare în vederea asigurării unei schimbări coordonate de către comunitate.

INTERVENȚII SECTORIALE (ADRESATE POPULAȚIEI)

Franța: *Mixitate socială și regenerare urbană*

În anul 2000, a intrat în vigoare în Franța o lege numită *Solidarité et Renouvellement Urbains* (solidaritate și revitalizare urbană). Principalul scop al programului, aflat în curs de desfășurare, este să elimine segregarea urbană și să întărească solidaritatea între cetățeni în zonele urbane. Prin cerințele legislative prevăzute, acesta promovează diversitatea formelor locative. În zonele urbane, fiecare municipalitate trebuie să atingă o pondere a locuințelor sociale de minim 20% din totalul locuințelor până în 2020. (Pentru informații suplimentare, vezi www.aurg.org/sru/sru.htm.)

Germania: *Soziale Stadt (Orașul social)*

Acest program se adresează „cartierelor cu nevoi speciale de dezvoltare” și a fost lansat de guvernul federal în 1999, ca o continuare a primei Inițiative Comunitare URBAN. Face parte dintr-o schemă finanțată de guvernul federal și de landuri (Länder), adresată orașelor din întreaga Germanie și la care, până în 2012, au participat peste 500 de cartiere.

Programul *Soziale Stadt* urmărește modernizarea și stabilizarea zonelor urbane critice pentru a preveni adâncirea excluziunii sociale și a segregării, invitând locuitorii cartierelor să ia parte la elaborarea, prioritizarea și punerea în practică a acțiunilor locale „de jos în sus”.

Soziale Stadt din Renania de Nord-Westfalia a fost una dintre primele inițiative zonale și a beneficiat de schema de finanțare dedicată dezvoltării urbane, inițiată în landul respectiv în 1993. Abordarea sa reprezintă unul dintre cele mai complete modele de regenerare urbană integrată la nivel de cartier din Europa. Optzeci de cartiere urbane din Renania de Nord-Westfalia au creat și aplicat planuri locale de acțiune în cadrul acestui program.

Sursa: Colini et al (2013: 28-30).

La nivel european, segregarea rezidențială și integrarea cartierelor marginalizate sau defavorizate au făcut obiectul unor discuții și analize, în principal, în contextul zonelor urbane, ca parte a politicilor de regenerare și dezvoltare urbană. Totuși, în România, o mare parte a populației trăiește în mediul rural. Din cele 3.181 de unități administrative de la nivelul țării, doar 320 reprezintă așezări urbane, iar 2.861 sunt comune. Comunitățile segregate și marginalizate, cu un nivel ridicat de sărăcie extremă „nouă”, provocată de schimbările structurale ale tranziției la economia de piață, șomaj, precaritatea în creștere și fragilizarea sistemelor de protecție socială, apar în special în zonele urbane. Totuși, și mediul rural are parte de comunități marginalizate, deși acestea sunt mai puțin extinse decât în cazul orașelor.

În contextul României, comunitățile marginalizate „problematică” sunt, prin definiție, zone ce acumulează capital uman redus, grad redus de ocupare formală a forței de muncă și locuințe inadecvate. Această definiție este folosită atât pentru zonele rurale, cât și pentru cele urbane, însă cele două metodologii de identificare au la bază indicatori diferiți, în ideea de a reflecta specificul fiecărui mediu de rezidență (vezi Tabel A 61). Metodologia de identificare a zonelor urbane marginalizate a fost

concepută în cadrul *Atlasului zonelor urbane marginalizate* (Banca Mondială, 2014), iar cea aferentă zonelor rurale marginalizate a fost stabilită în cadrul prezentei Strategii și va fi elaborată mai în detaliu într-un *Atlas al zonelor rurale marginalizate*, ca parte a planului de implementare privind serviciile integrate. Ambele metodologii (pentru zonele urbane și cele rurale) au la bază datele recensământului din 2011, iar analizele sunt realizate la nivel de sector de recensământ (vezi Tabel A 62), folosind indicatori referitori la trei criterii generale: (a) capital uman, (b) ocupare formală și (c) locuire. Prin definiție, zonele (sectoarele de recensământ) marginalizate acumulează dezavantaje pe toate cele trei criterii.

În următoarele trei secțiuni, vom prezenta comunitățile marginalizate din mediul rural și cel urban din România, rome și non-rome. Secțiunea finală prezintă abordarea zonală multisectorială integrată, cea mai potrivită pentru integrarea acestor comunități, cuprinzând totodată lecțiile învățate din precedentele intervenții implementate de către diverse autorități locale sau organizații neguvernamentale.

3.2.1. Integrarea comunităților rurale marginalizate

În România, majoritatea persoanelor cu risc de sărăcie sau excluziune socială trăiesc în mediul rural (vezi Capitolul 2). Cu toate acestea, sărăcia rurală are multe nuanțe, de la sărăcia satelor mici și a celor cu o populație în vârstă (descrise într-o secțiune anterioară) la cea întâlnită în comunitățile marginalizate ce acumulează capital uman redus, nivel scăzut de ocupare formală a forței de lucru și locuințe inadecvate.

La nivel național, 6,2% din populația rurală, 5,3% dintre gospodăriile și 5,2% dintre locuințe sunt situate în zone rurale marginalizate. Aceste zone rurale reprezintă sectoare de recensământ extrem de defavorizate, în care populația are cel mult studii gimnaziale, câștigă venituri informale (mai ales din agricultură) și trăiește în locuințe precare, chiar și după standardele rurale, care au în general un acces redus la infrastructura și utilitățile de bază (case supraaglomerate și/sau fără acces la apă ori curent). Aceste zone marginalizate sunt considerate "problematic" din cauza unei combinații de factori, mai precis numărul mare de gospodării cu venituri mici, nivelul scăzut al educației și al calificărilor cerute pe piața muncii, preponderența mamelor singure, numărul mare de copii și rata ridicată a infracțiunilor minore. Într-o măsură mai mare decât celelalte comunități rurale, zonele marginalizate sunt caracterizate printr-o proastă accesibilitate fizică, cu drumuri de pământ, locuințe necorespunzătoare, expunere la riscuri de mediu (inundații, alunecări de teren etc.) și proasta calitate sau absența serviciilor publice. Tabelul următor (Tabel 44:) compară profilul zonelor marginalizate cu cel al zonelor nemarginalizate din mediul rural.

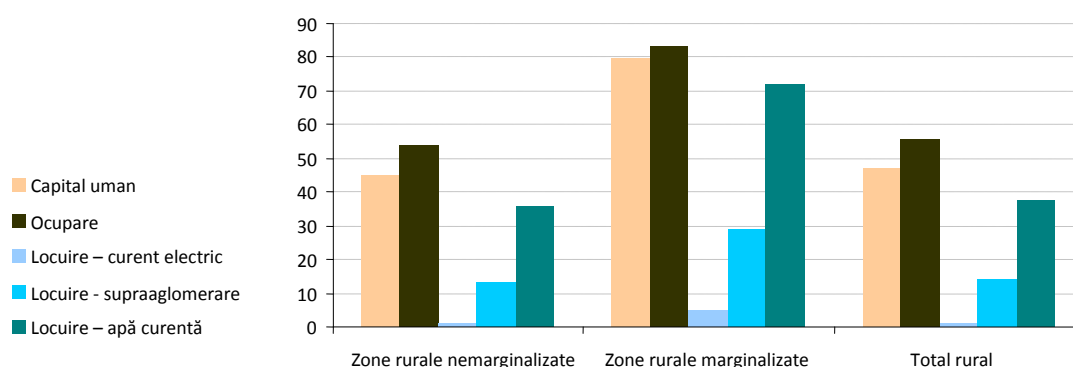
În 42% dintre sectoarele rurale marginalizate, un număr relativ ridicat de locuitori aparțin minorității etnice rome. Astfel, romii autoidentificați reprezintă, în medie, 27% din totalul locuitorilor, ceea ce pare să indice o proporție estimată³⁸⁹ a romilor heteroidentificați de aproximativ 42%. Potrivit cercetărilor calitative³⁹⁰ disponibile, comunitățile rurale marginalizate au apărut, în special, în comunele mari și mai dezvoltate, mai ales în localitățile periurbane, și includ două mari tipuri de comunități, mai precis cătunele rome și comunitățile de "venetici". Cătunele rome sunt numite popular "țigănie" și sunt, de obicei, situate la periferia unui sat. Comunitățile de "venetici" au fost formate de către persoanele venite în zonă înainte de 1989 și care s-au așezat în satele din apropierea orașelor. Acestea au primit apartamente în zonele cu blocuri construite în anii '80 sau în cartiere compacte (precum fostele ferme de stat sau fostele colonii de muncitori) și au lucrat fie la cooperativa din sat, fie la o întreprindere de

³⁸⁹ Potrivit Studiului național privind romii, realizat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții în 1998 (Zamfir și Preda, 2002), în mediul rural din România, la fiecare 100 de persoane heteroidentificate de etnie romă de către autorități, 64 de persoane se autoidentifică drept rome.

³⁹⁰ Spre exemplu, Stănculescu și Berevoescu (coord., 2004); Sandu (2005); Berescu et al. (2007); Stănculescu (coord., 2010). Nu sunt disponibile studii mai recente referitoare la acest subiect. În scopul realizării *Atlasului zonelor rurale marginalizate*, se va efectua un studiu calitativ în prima parte a anului 2015, în vederea identificării principalelor subtipuri și caracteristici ale comunităților rurale marginalizate.

stat dintr-un oraș apropiat. După 1990, o mare parte dintre ei au fost disponibilizați. Nefiind de loc din comună, nu li s-a restituit pământ, dar au rămas în sat. Prin urmare, mulți dintre ei au căzut în sărăcie.

Tabel 44: Zonele rurale marginalizate, în funcție de indicatorii cheie, în 2011



Criterii / Dimensiune	Indicatori cheie	Zone rurale nemarginalizate	Zone rurale marginalizate	Total Rural
Capital uman	Proporția populației de 15 -64 de ani care a absolvit maxim 8 clase	45	80	47
Ocuparea forței de muncă	Proporția persoanelor de 15-64 ani care nu urmează o formă de învățământ și nu au fost niciodată încadrate pe piața formală a muncii (angajați, patroni sau pensionari)	54	83	56
Locuire	Proporția locuințelor fără curent electric	1	5	1
	Proporția locuințelor supraaglomerate*)	13	29	14
	Proporția locuințelor fără apă curentă	36	72	38

Sursa: Recensământul Populației și al Locuințelor din 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

Per ansamblu, la nivelul comunelor din România, 2.244 de sectoare de recensământ³⁹¹ se încadrează în criteriile stabilite pentru zonele rurale marginalizate, în care trăiesc peste 564 mii de persoane. Copiii (0-17 ani) reprezintă peste o treime (34%) din populația totală a zonelor rurale marginalizate, în timp ce ponderea persoanelor vârstnice este de doar 13% (pentru a face o comparație, proporția medie la nivel rural este de 22% în cazul copiilor și 19% în cazul persoanelor de 65 de ani și peste). Una din patru gospodării situate în zonele rurale marginalizate este formată din cinci sau mai mulți membri (în timp ce în zonele nemarginalizate numai 15% dintre gospodării au cel puțin cinci membri), iar 16% dintre gospodării au cel puțin trei copii (ponderea este de numai 5% în zonele nemarginalizate). Ponderea mamelor adolescente este de peste trei ori mai mare în zonele rurale marginalizate decât în cele nemarginalizate (4,6% din fetele de 13-17 ani față de 1,3%). În timp ce în comunitățile rurale marginalizate, 80% dintre locuitorii adulți au terminat mai puțin de opt clase, din care 35% au numai studii primare, în comunitățile nemarginalizate procentele scad la 45%, respectiv 8%. Procentul persoanelor ce nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire (NEET) este de aproape două ori mai ridicat în rândul tinerilor de 15-19 ani ce trăiesc în zonele marginalizate (51% față de 23% în zonele nemarginalizate – Tabel A 64). Proporția persoanelor care nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire în rândul populației de 20-64 de ani ajunge la aproape 64% în zonele nemarginalizate, dar crește până la 88% în zonele rurale marginalizate; indicatorul atinge valoarea maximă pentru femeile rom din zonele rurale marginalizate (95%).

³⁹¹ Din totalul de 46.547 de sectoare stabilite pentru recensământul din 2011. Sectoarele de recensământ cu mai puțin de 50 de locuitori (2.470) nu au fost incluse în analiză.

Comunitățile rurale marginalizate fac parte din 991 de comune (sau 35% din comunele de la nivelul țării), prezentând diferențe regionale semnificative (vezi Tabel A 65). Sectoarele de recensământ marginalizate sunt situate în 1.605 sate (14% din sate) din toate județele și regiunile țării. Proporția populației ce trăiește în zonele (sectoarele de recensământ) rurale marginalizate este de peste două ori mai mare în comunele mari (peste 5.000 de locuitori) față de comunele mici, cu mai puțin de 2.000 de locuitori. Deși majoritatea comunelor (și a satelor) nu prezintă zone marginalizate, 663 sate au mai mult decât jumătate din populație care trăiește în astfel de zone.³⁹² În privința comunelor, 157 comune (reprezentând 5,5% din numărul total de comune)³⁹³ au mai mult de o treime din populație în comunități marginalizate.³⁹⁴

3.2.2. Integrarea comunităților urbane marginalizate

În ultimele decenii, în mediul urban din România și-a făcut apariția un nou tip de sărăcie extremă, concentrată la nivel teritorial.³⁹⁵ În cadrul orașelor, au apărut „insule” de sărăcie, locuitorii cărora sunt excluși de la orice tip de servicii sociale. În termeni comparativi, sărăcia este distribuită mai uniform în mediul rural. În localitățile rurale mici, izolate și cu populație în vârstă, care necesită la rândul lor politici de incluziune socială, proporția copiilor și a categoriilor vulnerabile afectate ajunge rareori la nivelul înregistrat în aceste „insule” urbane de sărăcie extremă.

La nivel național urban, 3,2% din populație, 2,6% dintre gospodării și 2,5% dintre locuințe sunt situate în zone marginalizate. Acestea sunt zone extrem de defavorizate ce acumulează capital uman redus (nivel slab de educație, sănătate precară și/sau număr mare de copii), grad redus de ocupare formală a forței de muncă și condiții inadecvate de locuire.³⁹⁶ Pe de o parte, zonele urbane marginalizate reprezintă, adesea, zone sărace, izolate din punct de vedere social, din cadrul orașelor din România și, ca atare, nu sunt întotdeauna reflectate corespunzător în statisticile agregate referitoare la sărăcie, realizate la nivel local sau județean. Pe de altă parte, ele reprezintă zone „problematic” descrise în diverse studii și vizate de programele de regenerare urbană și de politicile de combatere a segregării. Aceste zone marginalizate sunt considerate „problematic” din cauza unei combinații de factori, precum locuințe neadecvate, străzi insalubre și ponosite, numărul mare de gospodării cu venituri mici, nivel scăzut al educației și al calificărilor cerute pe piața muncii, starea de sănătate precară a populației, preponderența mamelor singure, numărul mare de copii, școli de proastă calitate și/sau segregate și rata ridicată a infracțiunilor minore. Aceste zone pot prezenta și inaccesibilitate fizică, sunt expuse degradării mediului, iar serviciile publice lipsesc sau sunt de proastă calitate. Astfel, valoarea de piață a terenurilor și locuințelor din zonă se află mult sub cea din alte părți ale orașului. Pentru categoriile și așa marginalizate, traiul în zone „problematic” poate deveni o povară în plus din cauza stigmatizării teritoriale ce poate reduce șansele la o educație adecvată, locuri de muncă optime sau ascensiune socio-economică. În general, interesele acestor zone sunt subreprezentate în structurile de decizie politică de la nivel local.

³⁹² 197 sate au între 40 și 49% pondere a populației în zone marginalizate și 209 sate au între 30 și 39% această pondere.

³⁹³ Cele cinci comune cu cea mai mare pondere a populației marginalizate sunt Bărbulești (județul Ialomița), Lipovu (Dolj), Ibănești (Vaslui), Voinești (Vaslui) și Jorăști (Galați).

³⁹⁴ 298 commune (10,4 %) au între 10 și 19% pondere a populației în zone marginalizate și 155 (5,4%) au între 20 și 29% pondere a populației în aceste zone.

³⁹⁵ Stănculescu și Berevoescu (2004); Sandu (2005); Berescu et al (2006); Berescu et al (2007); PCSDRA (2009); Stănculescu (2010); Botonogu (2011); Banca Mondială (2014).

³⁹⁶ Metodologia de identificare a zonelor urbane marginalizate a fost elaborată folosind datele recensământului din 2011, în cadrul unui studiu al Băncii Mondiale (Banca Mondială, 2014). Aceasta identifică trei criterii generale: (i) capital uman, (ii) ocupare formală și (iii) locuire. Analiza a fost realizată la nivel de sector de recensământ. Zonele (sau sectoarele de recensământ) marginalizate au fost definite ca fiind cele dezavantajate din toate cele trei privințe. În plus, studiul a identificat alte trei tipuri de zone urbane dezavantajate din punctul de vedere al unuia sau a două din cele trei criterii. Majoritatea populației urbane (67,8%) locuiește în zone nedezavantajate, în timp ce 11,7% trăiește în zone dezavantajate pe capital uman, 9,9% în zone afectate de șomaj, 5,2% în zone dezavantajate pe criteriul locuirii, iar 2,3% în alte zone urbane.

Zonele urbane marginalizate sunt adesea discriminate din punctul de vedere al drepturilor omului, în condițiile în care romii reprezintă o proporție semnificativă a populației în aproximativ 46% din zonele marginalizate identificate. Cu toate acestea, potrivit Studiului național privind romii realizat în 1998, romii autoidentificați reprezintă, în medie, 20,7% din populația totală a zonelor urbane marginalizate din România, ceea ce indică o proporție estimată a romilor heteroidentificați de aproximativ 40%.³⁹⁷ Astfel, 60 până la 80% dintre locuitorii zonelor urbane marginalizate aparțin altor grupuri etnice decât romii (majoritatea fiind români).

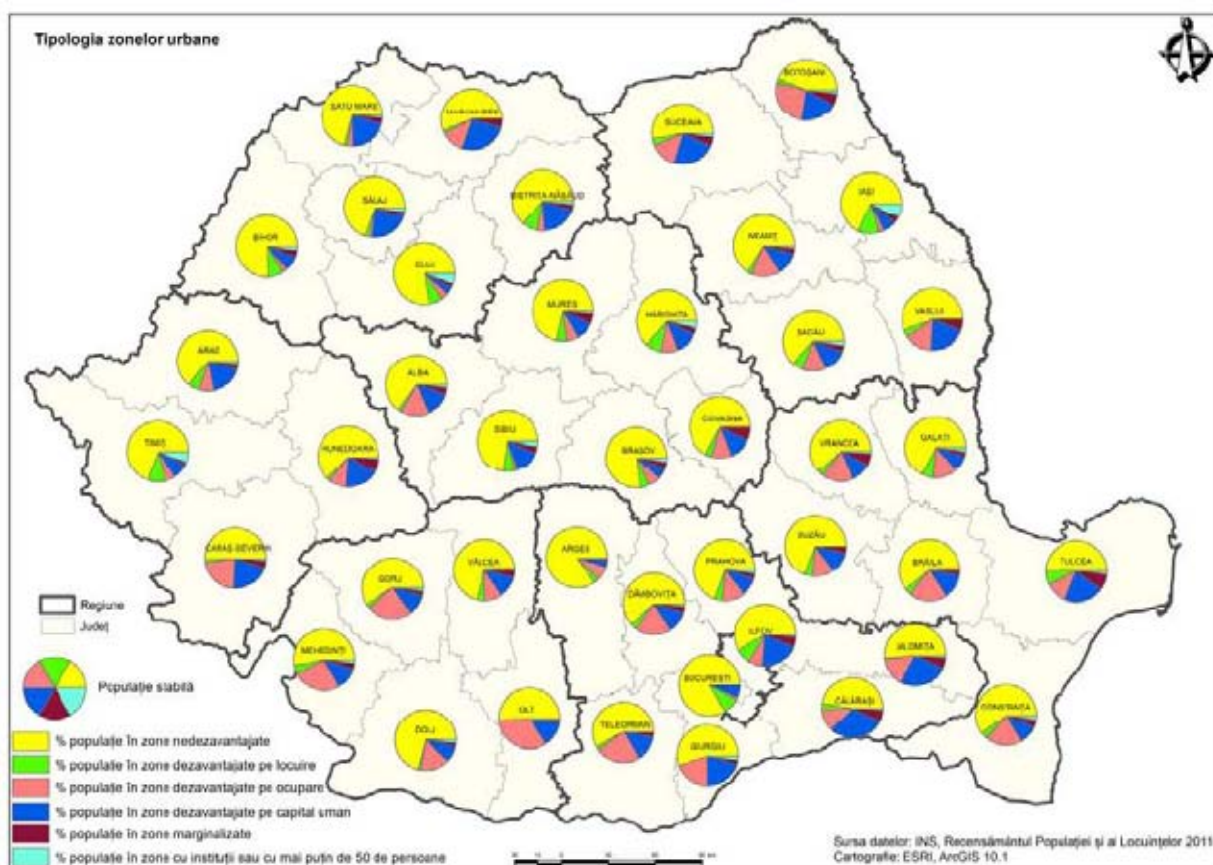
Per ansamblu, 1.139 dintre cele 50.299 de sectoare de recensământ din zonele urbane stabilite pentru recensământul din 2011 se încadrează în criteriile stabilite pentru zonele marginalizate, în care locuiesc aproape 342 mii de persoane. Acestea sunt situate în 264 de orașe din toate județele și în capitala București (vezi Figura 79). Datele recensământului arată că 342.933 de persoane locuiau în 2011 în zone urbane marginalizate. Copiii (0-17 ani) reprezintă aproape o treime (31,3%) din populația totală a zonelor urbane marginalizate, în timp ce ponderea persoanelor vârstnice este de doar 4,1%. Una din cinci gospodării situate în zonele urbane marginalizate este formată din cinci membri sau mai mulți, iar 11,9% dintre gospodării au cel puțin trei copii. Aproape jumătate dintre locuitorii adulți (48,9%) ai zonelor marginalizate au absolvit mai puțin de 8 clase. Ponderea persoanelor ce nu sunt nici angajate, nici cuprinse într-o formă de învățământ sau instruire (NEET) este aproape de trei ori mai ridicată în rândul tinerilor de 15-19 ani ce trăiesc în zone marginalizate decât media urbană (28% față de 10%). Proporția persoanelor ocupate în rândul populației de 20-64 ani ajunge la aproape 63% la nivel național în mediul urban, dar scade la aproximativ 48% în zonele marginalizate și chiar mai mult, până la 35%, în rândul femeilor, respectiv până la sub 31% în cazul romilor din aceste comunități, ajungând la un minim de 14% în cazul femeilor rome din zonele urbane marginalizate. Rata marginalizării urbane ale categoriilor cheie este prezentată în Anexă, mai precis în Tabel A 63.

Zone urbane marginalizate există în majoritatea orașelor țării, remarcându-se însă o serie de diferențe regionale semnificative (vezi Tabel A 65). Proporția populației ce trăiește în sectoare de recensământ urbane marginalizate este de peste zece ori mai ridicată în orașele foarte mici (cu mai puțin de 10.000 de locuitori) decât în București. Mai mult, numărul cel mai mare de locuitori ai zonelor urbane marginalizate se întâlnește în orașele mici (aproape 153.000 în orașele cu mai puțin de 20.000 de locuitori). Cu toate că 56 de orașe nu prezintă zone marginalizate, în cinci orașe, 398 peste o treime din populație (până la 47%) trăiește în astfel de zone. Se înregistrează și discrepanțe regionale. Ponderea populației din zonele marginalizate este de 4,3% în Nord-Est și Centru, 4,2% în Sud-Est și 3,7% în Vest, în timp ce celelalte regiuni înregistrează rate egale sau mai mici decât media națională de 3,2%.

³⁹⁷ Potrivit Studiului național privind romii realizat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții în 1998 (Zamfir și Preda, 2002), raportul între romii heteroidentificați și cei autoidentificați este următorul: la fiecare 100 de persoane heteroidentificate de etnie romă de către autorități, 56 de persoane în mediul urban și 64 în mediul rural se autoidentifică drept rome.

³⁹⁸ Aceste orașe sunt: Aninoasa (județul Hunedoara), Podu Ilieșilor (județul Iași), Budești (județul Călărași), Băneasa (județul Constanța) și Ștefănești (județul Botoșani).

Figura 79: Proportia populației urbane ce trăiește în fiecare tip de zonă dezavantajată sau în zonele marginalizate, în fiecare din cele 42 de județe



Sursa: Banca Mondială (2014:14).

Atlasul zonelor urbane marginalizate (Banca Mondială, 2014), publicat recent, a folosit metode de cercetare calitativă pentru a identifica patru mari subtipuri de zone urbane marginalizate, care se suprapun parțial.³⁹⁹

(1) Zone de tip ghetou cu blocuri de proastă calitate sau foste colonii de muncitori.⁴⁰⁰ Aceste zone marginalizate includ complexele de locuințe de proastă calitate, construite înainte de 1990 pentru muncitorii marilor întreprinderi socialiste. Cel mai adesea, sunt zone cu o populație redusă spre medie (cu 150-500 de locatari), concentrată într-unul sau mai multe blocuri de proastă calitate, cu un aspect dezolant. Printre principalele probleme întâlnite aici se numără supraaglomerarea, care pune o serioasă presiune asupra instalațiilor comune (curent, apă, canalizare, salubritate).

Pe lângă condițiile mizere, locuitorii zonelor de tip ghetou se confruntă cu trei probleme majore: (i) plata utilităților, (ii) teama de a fi evacuați din cauza restanțelor (în cazul locatarilor din locuințele sociale) și (iii) rețelele de sprijin insuficient dezvoltate și capitalul social scăzut din cauza proastei reputații a zonei. Plata utilităților reprezintă o provocare pentru o mare parte a populației României, dar în special pentru locuitorii zonelor de tip ghetou. În aproape toate ghetourile, majoritatea populației are datorii la plata utilităților, unele chiar istorice, acumulate de locatarii precedenți. Pentru a evita creșterea datoriilor la plata chiriei pentru locuința socială, unele municipalități recurg la evacuări.



Comunitățile de tip ghetou sunt împărțite între proprietari și chiriași, între „răi” și „cuminți”, între lideri autoprocamați și cei „slabi”, caracterizați prin stimă de sine scăzută, neîncredere în alte persoane și în instituții (publice sau private). În aceste comunități, predomină și sentimentul neputinței, accentuat de permanenta rușine de a locui într-o zonă cu o reputație proastă și însoțit de o atitudine de desconsiderare și discriminare din partea majorității populației. Mulți locuitori ai zonelor de tip ghetou nu își dezvăluie adresa tocmai pentru a fi respectați.



(2) Zone de tip mahala cu case și/sau adăposturi improvizate.⁴⁰¹ Aceste zone sunt cartiere vechi, de periferie, cu comunități extrem de sărace ce includ atât romi, cât și non-romi. Multe dintre ele s-au extins după 1990. Pe lângă casele de proastă calitate din chirpici, au fost ridicate de-a lungul timpului numeroase adăposturi improvizate, fie în curțile vechilor case, fie pe domeniul public. Aceste adăposturi sunt, de obicei, realizate din plastic și cartoane, cu o structură din lemn.

În aceste mahalale, comunitatea este răspândită pe un teritoriu întins, ceea ce îngreunează și mai mult rezolvarea problemelor lor. În unele mahalale, practic nu există nici urmă de infrastructură sau, în cel mai bun caz, au un robinet care asigură necesarul de apă pentru întreaga zonă. În altele, infrastructura există pe strada principală, însă nu este disponibilă în restul zonei (nici măcar curent electric). Prin urmare, multe din aceste zone sunt insalubre și expuse riscurilor climatice, cum ar fi ploile abundente sau inundațiile.

³⁹⁹ De notat faptul că aceste subtipuri nu se pot distinge din datele recensământului.

⁴⁰⁰ Foto: Banca Mondială (2014). Aleea Romanilor, Călan, județul Hunedoara.

⁴⁰¹ Foto: Berescu (2011). Pata Rât, Cluj, județul Cluj.

Principala problemă pentru populația acestor zone, pe lângă sărăcia extremă și condițiile de trai mizere, o constituie lipsa actelor de identitate și de proprietate, chiar și acolo unde autoritățile locale declară că au soluționat această problemă. Aceasta este o problemă întâlnită în toate zonele de tip mahala. Mult mai complicată este situația celor ce locuiesc în adăposturi din plastic și cartoane, amplasate pe domeniul public. Actuala legislație nu permite municipalităților să le confere statutul de proprietari sau dreptul legal de posesie. Problema poate fi soluționată doar prin intermediul legislației naționale.

În unele zone, în special în cele cu adăposturi improvizate, nu se cunoaște cu exactitate numărul de locuitori, iar recenzorii au reușit să obțină date doar de la o parte a populației. Prin urmare, locuitorii acestor zone sunt, de fapt, cel puțin parțial invizibili la nivelul cifrelor oficiale, cu excepția celor ce solicită ajutoare sociale. În consecință, localnicii pretind că se află la voia liderilor puternici ai bandelor opozante, active în zonă. Unele mahalale sunt mai liniștite, în special cartierele vechi, în timp ce altele sunt nesigure.

Principalele probleme ce trebuie rezolvate în zonele de tip mahala presupun investiții uriașe în infrastructură și urbanism și/sau amendamente legislative (în cazul mahalalelor de pe domeniul public). Problema participării scăzute la educație și a ratei ridicate a abandonului școlar ar trebui abordată de către autoritățile locale, școli, liderii romi, experții romi, experții în educație și organizațiile societății civile. Abordarea problemei în aceste comunități cu tendințe de extindere necesită un cadru național pentru realizarea unor acțiuni bine coordonate pe termen mediu și lung, precum și investiții consistente. Comisia Europeană recomandă formularea unei strategii privind utilizarea terenurilor și locuințele la nivelul întregii zone urbane funcționale – orașul „de facto” – pentru a preveni segregarea (Comisia Europeană, 2011).

(3) Locuințe sociale modernizate. ⁴⁰²

Dezvoltarea acestui tip de locuințe în zonele urbane s-a realizat, adesea, prin proiecte integrate, care au îmbinat investițiile de amploare în noi imobile cu o serie de intervenții în plan social. Aceste zone beneficiază de o bună infrastructură și servicii de utilități (uneori chiar mai bune decât în restul urbei), însă adesea nu sunt însoțite de costuri accesibile. De asemenea, de cele mai multe ori, sunt situate la periferia orașului, unde populația a fost adusă din mahalale sau alte zone urbane marginalizate. Astfel, plata utilităților



rămâne o provocare majoră pentru locatarii locuințelor sociale care sunt, de obicei, persoane sărace, cu o situație socială dificilă. Aceasta atrage adesea deteriorarea rapidă a locuințelor și poate conduce la evacuări forțate.

În cazul multor zone cu locuințe sociale modernizate, proiectanții nu au acordat suficientă atenție următoarelor aspecte: (i) situarea complexului de locuințe sociale în interiorul orașului, (ii) desfășurarea unui proces de informare și consultare înainte de orice relocalizare și (iii) componența etnică a populației relocalizate. Când o zonă este scoasă din contextul urban, oferă doar servicii locative, este populată de o singură categorie, definită în termeni etnici, sociali, economici sau culturali (de exemplu, populație romă, săracă), prezintă un potențial redus de dezvoltare și depinde de transportul public pentru accesarea serviciilor de bază precum școlile, atunci zona este segregată, indiferent cât de moderne sunt condițiile de trai. Acest aspect este exacerbat când noua zonă ia naștere printr-un proces de relocalizare forțată, realizat într-un interval de timp scurt și fără a da un preaviz corespunzător populației vizate. În consecință, unele zone cu locuințe sociale modernizate au adâncit segregarea, în loc să promoveze integrarea. În plus, autoritățile locale din diferite orașe intenționează să elimine „insulele” de sărăcie ce

⁴⁰² Foto: Banca Mondială (2014). Zona Drochia, Dorohoi, județul Botosani.

au apărut în cadrul oraşului şi să relocalizeze populaţia de acolo, majoritatea comunităţi sărace şi rome, în complexe de clădiri compacte, bine utilate şi cu aspect „mai agreabil”, undeva în afara oraşului, de exemplu, „pe un deal” sau „lângă o pădure.” Aceste planuri, oricât de bine intenţionate ar fi, riscă să exacerbeze segregarea.



(4) Clădiri cu locuinţe sociale situate în centrul istoric al oraşului.⁴⁰³ Zonele marginalizate cu locuinţe sociale din „centrele istorice ale oraşelor” sau „zonele istorice urbane” sunt, de fapt, zone cu case individuale – adesea într-o stare avansată de degradare – care au fost naţionalizate în timpul perioadei comuniste şi care au fost folosite după 1990 ca locuinţe sociale. Majoritatea acestor case au fost atribuite de către autorităţile locale familiilor sărace, fie înainte de 1989, fie la începutul anilor '90. Unele, mai ales cele aflate într-o stare foarte proastă, au fost ocupate ilegal de persoane fără adăpost. Acestea sunt cartiere vechi, cu persoane care

locuiesc acolo de mai bine de 30 de ani.

Cu excepţia poziţiei centrale, condiţiile de trai ale acestor comunităţi seamănă mult cu cele întâlnite în zonele de tip mahala. Cum aceste case sunt situate într-o zonă ce prezintă atractivitate pentru investitori şi au un potenţial imobiliar ridicat, foştii proprietari (sau moştenitorii lor) au făcut tot posibilul pentru a le recupera. În temeiul Legii nr. 10/2001, aceste case au fost retrocedate foştilor proprietari (sau moştenitorilor acestora), iar locatarii au avut la dispoziţie cinci ani să îşi găsească o nouă locuinţă. Anumitor persoane li s-a permis să rămâne în unele clădiri dărăpănate, fără însă a li se face acte de identitate în care să figureze adresa respectivă, din moment ce clădirea figurează în evidenţele administrative ca fiind distrusă. Prin urmare, multe persoane care locuiesc într-o anumită zonă de 10-15 ani sau mai mult deţin doar acte de identitate provizorii, cu menţiunea „fără domiciliu”. Aceasta înseamnă că persoana în cauză nu se poate angaja, nu are dreptul la servicii medicale sau ajutor social şi se poate confrunta cu o serie de alte lipsuri.

Peste tot în Europa, argumentul potrivit căruia concentrarea populaţiei sărace într-o zonă anume este însoţită de infracţionalitate este folosit în mod hazardat pentru a justifica politicile de dispersare a populaţiei fără o relocalizare adecvată (Colini et al, 2013: 29). Evidenţele internaţionale arată că politicile de dispersare sunt, adesea, însoţite de costuri umane imense. Când se recurge şi la demolări, vorbim de un eşec al politicilor, cu costuri enorme, existând numeroase exemple care arată că rezultatele unor astfel de intervenţii sunt controversate (vezi Caseta 48).

Caseta 48: Intervenţii de relocare în România

Cele mai îngrijorante intervenţii pe care le-au realizat autorităţile locale în zonele urbane marginalizate din România sunt cele ce presupun strămutarea de amploare a locuitorilor. În majoritatea zonelor marginalizate, clădirile se află într-o stare proastă (unele sunt pe punctul de a se prăbuşi), salubritatea lasă de dorit (din cauza lipsei apei curente şi a canalizării), iar diferitele forme de violenţă şi mică infracţionalitate sunt răspândite (agravate de supraaglomerare). Drept răspuns, autorităţile locale decid, adesea, să adopte o abordare radicală şi să evacueze locuitorii din zonă, încercând să îi relocalizeze altundeva. Aceste evacuări sunt, de obicei, precipitate şi forţate, implicând în multe cazuri distrugerea puţinilor bunuri pe care le deţine populaţia din zonă. Acest tip de acţiune adânceşte excluziunea socială şi elimină şansele copiilor, care trăiesc şi cresc în condiţii mizere, de a scăpa de sărăcie şi marginalizare. Din nefericire, foarte puţine autorităţi locale au ales, până acum, să reacţioneze la problemele

⁴⁰³ Foto: Banca Mondială (2014). Centrul istoric Urani, Bucureşti.

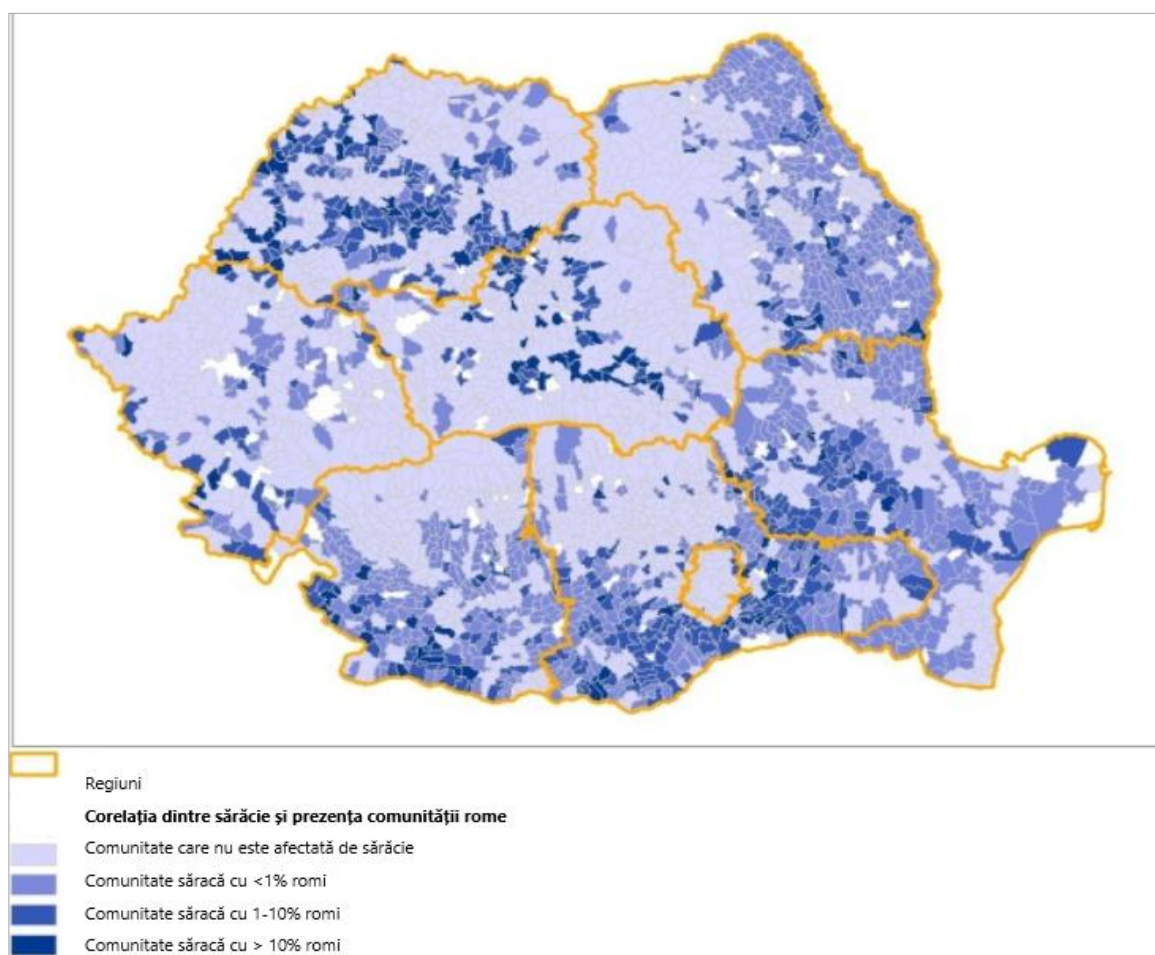
zonelor urbane marginalizate cooperând cu instituțiile sau ONG-urile din domeniul sănătății, educației, culturii sau religiei, dar și cu populația vizată pentru a identifica soluții mai bune.

Surse: Stănculescu și Berevoescu (2004), Berescu (2011) și Banca Mondială (2014).

3.2.3. Integrarea comunităților rome

Populația romă nu este întotdeauna concentrată în regiunile cele mai sărace ale României, după cum reiese dintr-un studiu al Băncii Mondiale referitor la *Orașele competitive* (Banca Mondială, 2014: 167). Potrivit Recensământului din 2011, romii autoidentificați locuiesc, în principal, în așezări aproape de granița de vest a României, în centrul Transilvaniei (de obicei, în apropierea marilor centre urbane, cum sunt Timișoara, Arad, Oradea, Cluj-Napoca, Târgu-Mureș și Sibiu) și în sud-vest între Craiova și Drobeta-Turnu Severin, aproape de granița cu Bulgaria și Serbia. Hărțile sărăciei estimate în baza datelor recensământului din 2011 indică faptul că populația cu risc de sărăcie sau excluziune socială este concentrată în estul și sudul țării, în zone în care numărul romilor este relativ scăzut. În consecință, responsabilii de politici ar trebui să aibă în vedere faptul că este posibil ca măsurile menite să răspundă la provocările întâmpinate de categoriile sărace și marginalizate, în general, să nu aibă un impact direct asupra multor romi deoarece aceste două categorii ale populației nu se suprapun din punct de vedere geografic.

Figura 80: Corelația între Indicele dezvoltării umane locale (LHDI) și prezența romilor



Sursa: Banca Mondială (2014: 169).

Cu toate acestea, se pare că există un număr mare de localități sărace la sud și est de București, care prezintă, de asemenea, o pondere relativ ridicată a romilor. Această informație cheie, inclusă în studiul *Orașe competitive* (Banca Mondială, 2014), a rezultat din compararea Indicelui dezvoltării umane locale (LHDI)⁴⁰⁴ cu prezența comunităților rome (vezi Figura 80). Faptul că aceste comunități rurale sunt situate atât de aproape de capitala țării și principalul motor economic, dar nu beneficiază de propagarea efectelor pozitive subliniază necesitatea de a formula măsuri speciale pentru comunitățile rome.

Evidențele arată că majoritatea romilor din România trăiesc în comunități segregate. Studiul recent al Băncii Mondiale⁴⁰⁵ privind integrarea romilor (2014) a constatat că 56% dintre gospodăriile rome sunt situate în așezări în care etnia dominantă este cea romă, indicând un nivel ridicat al segregării spațiale. Segregarea spațială este puternic corelată cu o sănătate precară, părăsirea timpurie a școlii, prezența slabă pe piața muncii și costurile ridicate ale accesului la alte servicii (transport public, unități medicale etc.). Aproape jumătate (51%) dintre familiile rome din comunitățile segregate trăiesc în case deteriorate sau condiții de zonă marginalizată de tip mahala.

Un aspect cheie, cu implicații politice directe pentru elaborarea unor intervenții țintite, se referă la suprapunerea comunităților rome cu cele marginalizate, prezentate în secțiunile anterioare. Metodologia de identificare a comunităților marginalizate (în mediul rural și cel urban) se poate folosi pentru a identifica și alocă resurse persoanelor cu nevoi (inclusiv romilor). Cu toate acestea, întrebarea care se pune este dacă acest instrument surprinde problemele specifice comunităților cu o pondere ridicată a romilor și dacă nu exclude cumva segmente ale populației rome ce se confruntă cu situații dificile. Răspunzând la aceste întrebări, analizele realizate în cadrul acestei Strategii privind incluziunea socială și reducerea sărăciei RAS indică următoarele:

Locuință romă într-o zonă urbană dezavantajată din punctul de vedere al capitalului uman



Foto: Banca Mondială (2014). Valea Rece, o zonă tipică cu vile, Târgu-Mureș, județul Mureș.

Locuință romă dintr-o zonă urbană marginalizată



Foto: Banca Mondială (2014). Zona Poligon, Aiud, județul Alba.

(1) Metodologia de identificare a comunităților marginalizate, aplicată datelor recensământului din 2011, confirmă că populația autoidentificată de etnie romă⁴⁰⁶ este extrem de concentrată la nivel teritorial (vezi Tabel A 63). În mediul rural, aproape 39% dintre romii autoidentificați trăiesc în comunități marginalizate (care acumulează capital uman redus, nivel scăzut de ocupare formală și condiții precare de locuit) față de sub 5% dintre non-romi. În mediul urban, aproape 31% dintre romii autoidentificați

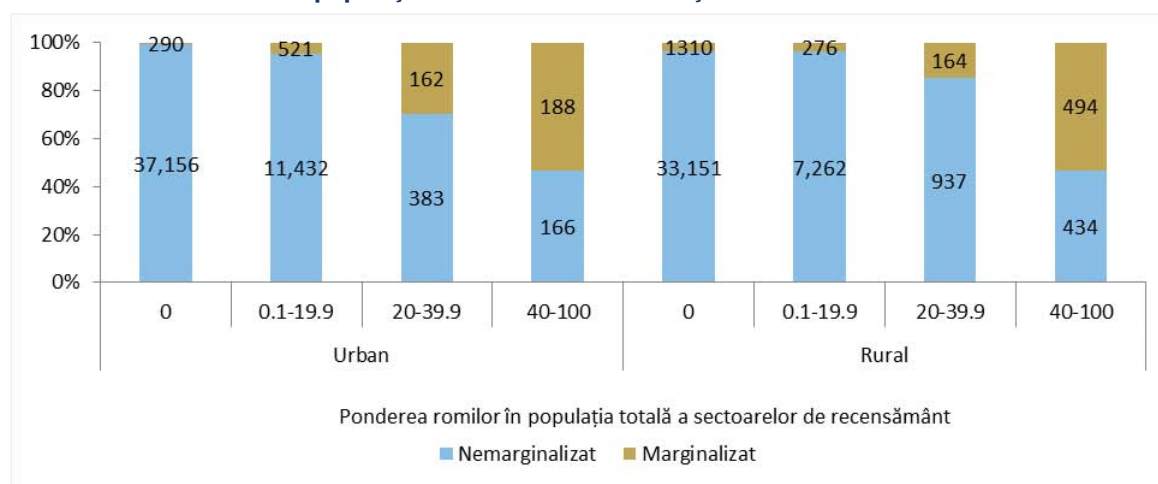
⁴⁰⁵ În baza datelor Studiului regional privind romii realizat de UNDP /Banca Mondială /CE (2011).

⁴⁰⁶ Un număr de 621.573 de persoane s-au autodeclarat de etnie romă la nivel național cu ocazia recensământului din 2011, dintre care 230.670 în mediul urban.

locuiesc în zone marginalizate, în timp ce ponderea non-romilor este de doar 2,6%. Mai mult, *Atlasul zonelor urbane marginalizate* (Banca Mondială, 2014) arată că alți 40% dintre romii autoidentificați trăiesc în zone dezavantajate din punctul de vedere al capitalului uman,⁴⁰⁷ care, prin definiție, diferă de zonele marginalizate doar din perspectiva locuirii. Aceasta nu înseamnă că romii din zonele dezavantajate pe capital uman au condiții de trai optime, însă acestea nu sunt foarte proaste, așa cum este cazul locuințelor din zonele marginalizate. Fotografiile de mai sus ilustrează această diferență.

(2) Cu cât este mai ridicată proporția romilor într-o comunitate, cu atât este mai mare și probabilitatea ca respectiva comunitate să fie marginalizată (Figura 81). În mediul urban, în timp ce doar 1% dintre comunitățile fără membri autodeclarați romi sunt marginalizate, 47% dintre comunitățile cu procente ridicate de romi sunt dezavantajate din toate cele trei privințe (capital uman, ocupare și locuire). Dintre cele 1.139 de sectoare de recensământ identificate ca fiind marginalizate în *Atlasul zonelor urbane marginalizate*, 29% prezintă o pondere a romilor ce depășește 20% și doar 25% nu au niciun membru de etnie romă (doar în 1,8% dintre sectoarele de recensământ, proporția romilor autodeclarați este de peste 20%). În mod similar, în mediul rural, probabilitatea marginalizării crește de la 4% dintre comunitățile fără romi autodeclarați la 53% dintre comunitățile cu mari procente de romi. De asemenea, dintre cele 2.244 de sectoare de recensământ identificate ca fiind marginalizate, 29% prezintă o pondere a romilor de peste 20% față de doar 5% dintre toate sectoarele rurale.

Figura 81: Distribuția sectoarelor de recensământ marginalizate și nemarginalizate, în funcție de ponderea romilor în populația totală, în mediul urban și rural din România, 2011



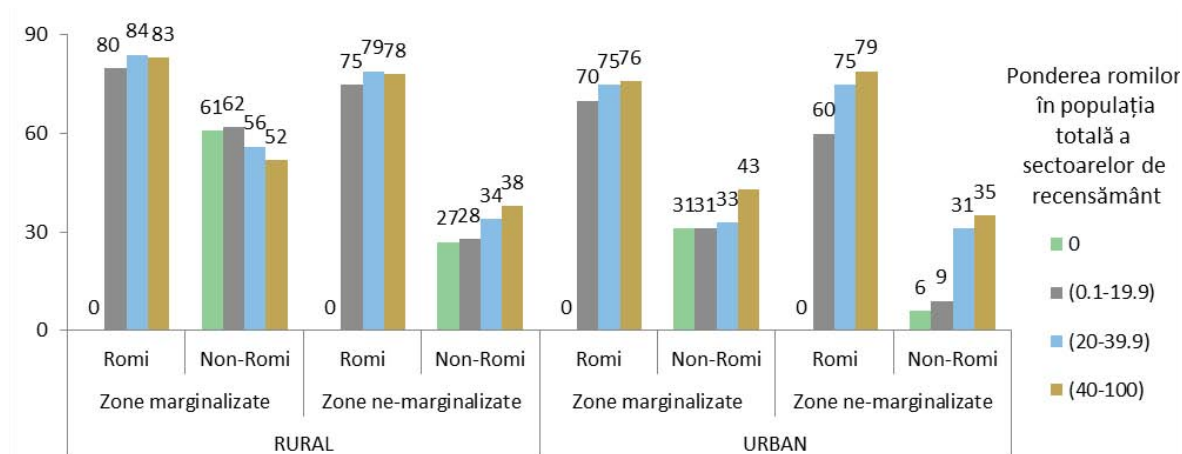
Sursa: Recensământul Populației și al Locuințelor din 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

Notă: Numărul total al sectoarelor de recensământ a fost de 50.298 în mediul urban și 44.028 în mediul rural.

(3) În cadrul aceluiași tipuri de comunități (rurale sau urbane, marginalizate /nemarginalizate și cu procente similare ale romilor în comunitate), romii sunt mult mai des excluși din punct de vedere social de la educație și locuri de muncă. Următoarele două figuri (Figura 82 și Figura 83) demonstrează acest lucru. De exemplu, în comunitățile marginalizate din mediul rural cu un număr mare de romi, proporția tinerilor de 16-24 de ani ce au terminat cel mult ciclul gimnazial este de 83% în rândul romilor și scade până la 52% în cazul non-romilor. În comunitățile urbane marginalizate în care romii ating un procent de sub 20%, la nivelul populației rome în vârstă de muncă ce nu este cuprinsă într-o formă de învățământ, 68% nu lucrează sau sunt pensionari; procentul este de doar 39 în cazul non-romilor ce trăiesc în aceleași comunități. În general, decalajul dintre romi și non-romi este mai accentuat în mediul urban, mai ales în comunitățile nemarginalizate și în zonele cu puțini romi.

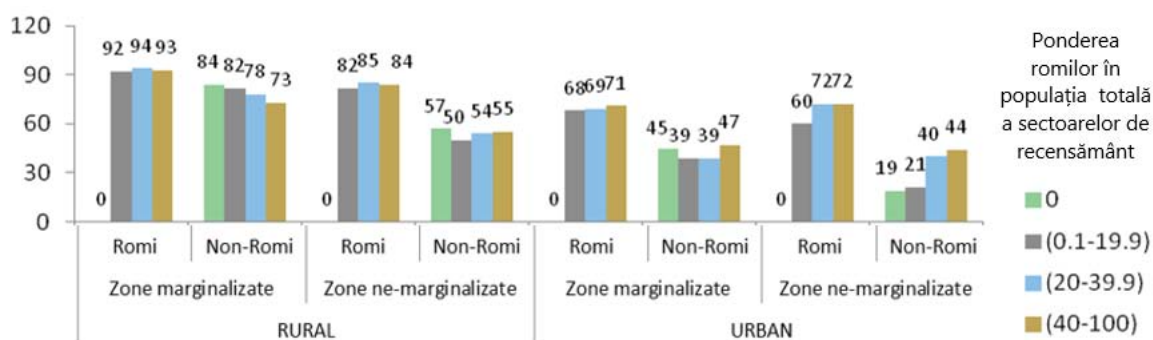
⁴⁰⁷ Proporția romilor autoidentificați ce trăiesc în zonele nedezavantajate este foarte mică, de doar 16,1%. Pentru a face o comparație, majoritatea populației urbane (67,8%) locuiește în zone nedezavantajate și doar 11,7% trăiește în zone dezavantajate pe capital uman și 3,2% în zone marginalizate.

Figura 82: Proportia tinerilor de 16-24 de ani cu cel mult studii gimnaziale și care nu sunt cuprinși într-o formă de învățământ, în funcție de etnie, tipul zonei și procentul romilor (%)



Sursa: Recensământul Populației și al Locuințelor din 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

Figura 83: Persoanele de 15-64 de ani necuprinse într-o formă de învățământ de nu sunt nici pensionate, nici angajate, în funcție de etnie, tipul zonei și procentul romilor (%)



Sursa: Recensământul Populației și al Locuințelor din 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

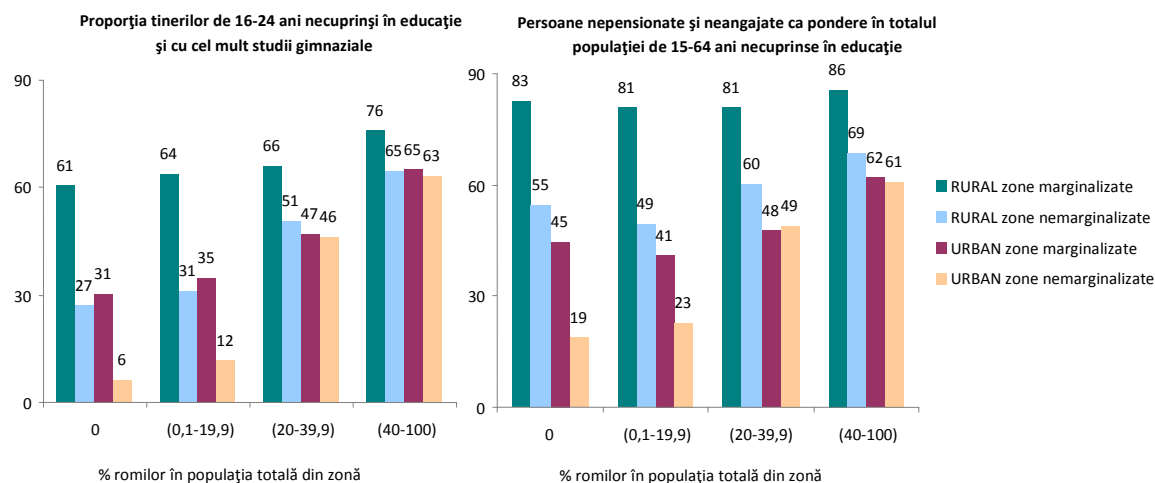
(4) Lipsa accesului romilor la locuințe decente este un lucru specific zonelor urbane, în timp ce în mediul rural accesul redus la utilități este destul de generalizat. Tabel A 66 din Anexă prezintă decalajul substanțial existent între locuințele urbane și cele rurale în ceea ce privește utilitățile de bază. Locuințele din zonele marginalizate sunt mai puțin conectate la utilități decât cele din comunitățile nemarginalizate, însă decalajul este mult mai mare în zonele urbane. De exemplu, proporția persoanelor ce trăiesc în locuințe fără apă curentă variază în mediul urban de la 8% în comunitățile nemarginalizate la 34% în cele marginalizate, crescând în mediul rural până la 66% în comunitățile nemarginalizate, respectiv 86% în cele marginalizate. În mediul rural, decalajul este mult mai mic din perspectiva altor servicii, având în vedere că 99% din populația rurală trăiește în locuințe fără apă caldă curentă, 94% fără canalizare și 90% fără gaze naturale. Variația în funcție de ponderea romilor în populația totală este nesemnificativă în mediul rural,⁴⁰⁸ dar este importantă în mediul urban, mai ales în comunitățile nemarginalizate (vezi Tabel A 67). Astfel, din perspectiva locuirii, romii sunt mai dezavantajați decât non-romii, în special dacă locuiesc în mediul urban, fie în comunități cu mulți romi, fie în zone marginalizate.

(5) În general, cu cât este mai mare ponderea romilor într-o comunitate marginalizată, cu atât sunt mai scăzute valorile tuturor indicatorilor referitori la excluziunea socială. Deși în toate comunitățile marginalizate, situația este mult mai precară decât în alte zone, ponderea romilor continuă să fie un

⁴⁰⁸ Cu excepția accesului la curent electric.

bun predictor /discriminator al gravității problemelor din aceste zone. Dacă, de exemplu, în zonele marginalizate fără romi autodeclarați, 31% dintre tinerii de 16-24 de ani nu merg la școală și au cel mult studii gimnaziale, în comunitățile marginalizate cu o populație romă de peste 40%, procentul este 65 (Figura 84). Pondere romilor este și un bun predictor al severității excluziunii în zonele nemarginalizate, chiar și în cazul unei amplitudini mai mari. De exemplu, același indicator referitor la proporția tinerilor care au terminat cel mult ciclul gimnazial variază între doar 6% în zonele urbane nemarginalizate fără romi autodeclarați și 63% în cele cu mulți romi (unde valoarea este aproape egală cu cea din zonele urbane marginalizate).

Figura 84: Diferențele înregistrate la nivelul educației și ocupării între zonele cu diferite ponderi ale romilor, în comunitățile marginalizate și cele nemarginalizate, din mediul urban și rural (%)



Sursa: Recensământul Populației și al Locuințelor din 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

(6) Cu totul important este faptul că, din perspectiva capitalului uman, a ocupării formale și chiar a accesului la utilități (în mediul urban), situarea într-o zonă urbană marginalizată sau nemarginalizată influențează foarte puțin sau deloc situația romilor; ceea ce contează este proporția romilor în populația totală din zonă. Indiferent dacă trăiesc într-o zonă urbană marginalizată sau nemarginalizată, în cazul romilor, valoarea tuturor indicatorilor referitori la capital uman și ocupare este semnificativ mai mică decât în cazul altor grupuri etnice. Decalajul dintre romii ce trăiesc în zonele marginalizate și cei din zonele nemarginalizate este mult mai mic decât decalajul înregistrat în rândul non-romilor. În toate tipurile de zone (marginalizate sau nu), cu cât ponderea romilor (autoidentificați) este mai mare, cu atât sunt mai reduse capitalul uman și nivelul ocupării formale în cazul locuitorilor romi (dar nu neapărat și în rândul non-romilor). În ceea ce privește indicatorii referitori la locuire, indiferent dacă trăiesc în zone marginalizate sau comunități cu mulți etnici romi, romii se confruntă cu dificultăți la nivelul accesului la apă potabilă și conectarea la sistemul de canalizare sau electricitate. Cu cât o comunitate este mai diversificată etnic, cu atât este mai larg spectrul modelelor comportamentale din care pot învăța copiii romi și cu ajutorul cărora pot acumula experiențe. În comunitățile rome, mai ales în cele tradiționale, existența unui puternic model dominant și control social îngreunează schimbarea practicilor, comportamentelor sau mentalităților.

În concluzie, intervențiile ce ținesc zonele marginalizate au doar un impact parțial asupra romilor. Trebuie concepute măsuri care să vizeze în mod special comunitățile rome, mai ales cele cu un număr mai mare de romi, în baza principiului 'explicit, dar nu exclusiv'⁴⁰⁹ și cu un puternic accent pe capital

⁴⁰⁹ Cele 10 principii de bază comune privind incluziunea romilor ale Uniunii Europene recomandă adresarea „explicită, dar nu exclusivă” a măsurilor, „vizarea romilor ca grup țintă, dar nu și excluderea altor persoane care trăiesc în condiții socio-economice similare” (Principiul nr. 3). „Politicile și proiectele ar trebui să fie orientate către ‘grupurile vulnerabile’, ‘grupurile aflate la marginea pieței forței de muncă’, ‘grupurile dezavantajate’ sau ‘grupurile care trăiesc în zonele

uman (educație, competențe și sănătate), ocupare formală și acces la utilitățile de bază (apă, canalizare, electricitate). În momentul de față, romii nu sunt întotdeauna vizați în mod explicit de programele de incluziune socială. În prezent, politicile sociale, programele și proiectele de investiții se adresează, de cele mai multe ori, categoriilor dezavantajate, fără însă a fi însoțite de metodologii specifice de măsurare a dezavantajului. Cu toate că nu este mereu nevoie ca romii să fie vizați în mod exclusiv, absența unor criterii specifice pentru identificarea grupurilor țintă și lipsa unei metodologii clare prin care să se măsoare aceste criterii îngreunează adresarea programelor sociale la nivel local. Vizarea comunităților rome este restricționată de o anumită lipsă a datelor legate de apartenența etnică, care nu sunt colectate sistematic în vederea monitorizării progreselor. Informațiile referitoare la etnie ar permite o mai bună urmărire a realizărilor sociale în comunitățile rome și non-rome și o analiză mai aprofundată a determinantilor sărăciei.

Insuficienta capacitate a comunităților locale de a formula și a implementa proiecte, din cauza sprijinului inadecvat de la nivel central, reduce abilitatea multor comunități dezavantajate de a beneficia de fonduri UE.⁴¹⁰ Fondurile structurale, Fondul de Coeziune și Fondul European Agricol pentru Dezvoltare Rurală nu ajung într-o măsură suficientă la comunitățile rome marginalizate. Rata totală a absorbției fondurilor structurale și de coeziune în perioada 2007–2013 a fost, de asemenea, mică în România. Acest lucru se datorează mai multor factori cheie: (a) lipsa alinierii legislației privind implementarea instrumentelor structurale la alte legi naționale relevante; (b) complexitatea procedurilor administrative; (c) lipsa capacității administrative atât la nivelul autorităților de management, cât și al beneficiarilor; (d) slaba responsabilizare a autorităților locale în ceea ce privește eliminarea problemelor cu care se confruntă romii și alte comunități dezavantajate; (e) lipsa capacității de co-finanțare a autorităților locale; (f) împărțirea neclară a sarcinilor între ministere și alte entități publice la nivel național.

3.2.4. O abordare zonală intersectorială integrată pentru zonele marginalizate

Proiectele intersectoriale integrate de regenerare, care găsesc un echilibru între incluziune socială și competitivitate economică, reprezintă cel mai bun mod de a reduce sărăcia concentrată la nivel teritorial în zonele urbane marginalizate, comunitățile rome și anumite zone rurale izolate. Aceste intervenții pot fi eficiente dacă beneficiază de susținere din partea unui număr mare de actori publici și privați (instituții publice, proprietari, locatari și firme). Politicile de combatere a segregării pot viza o anumită zonă geografică (intervenții zonale) sau anumite sectoare (politici adresate populației). Zonele „problematic” au nevoie de servicii accesibile și de calitate – locuințe la un preț convenabil, educație, locuri de muncă, servicii de îngrijire a copilului, asistență medicală și transport în comun – pentru a asigura un nivel de integrare apropiat celui din celelalte părți ale orașului. În acest scop, responsabilii de politici ar putea avea în vedere adoptarea unor politici sectoriale sau adresate populației, care să urmărească ameliorarea situației persoanelor sau a familiilor cu venituri mici și nevoi specifice, din aceste zone „problematic”. Aceste politici ar putea include:

- O strategie privind utilizarea terenurilor și locuirea la nivelul întregii zone urbane funcționale în vederea prevenirii segregării extreme
- Demersuri specifice privind acordarea de servicii publice în zonele „problematic”

defavorizate’ etc., cu o mențiune clară privind includerea romilor în aceste grupuri” (Principiul nr. 2).

http://www.coe.int/t/dg4/youth/Source/Resources/Documents/2011_10_Common_Basic_Principles_Roma_Inclusion.pdf.

⁴¹⁰ Banca Mondială a întreprins un studiu în cadrul Evaluării comunicării și colaborării între autoritatea de management și organismele intermediare ale Programelor Operaționale Regionale și facilitării sprijinului proactiv și direct pentru beneficiari. Acesta indică faptul că, deși multe comunități locale reușesc să depună cereri de finanțare, adesea ele nu dețin capacitatea necesară pentru a elabora și implementa proiecte. La nivelul capacității, punctele slabe sunt definirea sau verificarea specificațiilor tehnice ale proiectelor de investiții și desfășurarea procedurilor de achiziție în conformitate cu reglementările referitoare la fondurile europene.

- Politici educaționale și școlare care să îmbunătățească calitatea întregii educații și să asigure mixitatea etnică și socio-economică a elevilor în orice școală
- Intervenții economice menite să crească gradul de ocupare a forței de muncă, să susțină firmele nou înființate și să dezvolte oportunitățile de formare
- politică referitoare la locuințele sociale care să asigure locuințe accesibile în orice parte a orașelor
- Reglementări în domeniul planificării care să împiedice crearea comunităților închise
- politică privind mobilitatea, care să asigure accesul echitabil, din orice parte a orașului, la agențiile pentru ocuparea forței de muncă și instituțiile cheie, cu ajutorul mijloacelor de transport în comun.

Intervențiile zonale și cele adresate populației trebuie integrate într-un cadru de dezvoltare comunitară participativă în vederea combaterii eficiente a segregării. Pentru perioada de programare 2014-2020, Uniunea Europeană propune o abordare denumită dezvoltare locală plasată sub responsabilitatea comunității (DLRC), prin care populația este invitată să formeze parteneriate locale pentru elaborarea și implementarea unor strategii zonale multisectoriale integrate, care să vizeze eliminarea segregării și a sărăciei în zonele marginalizate. Similar rolului jucat de inițiativa LEADER în mediul rural, DLRC se dorește a fi o metodă eficientă de reducere a segregării în zonele urbane sărace și marginalizate. LEADER și FEPAM vor oferi României fonduri dedicate DLRC pentru localitățile rurale și orașele foarte mici, iar FEDR și FSE vor pune la dispoziție fonduri pentru mediul urban. Acest sprijin duce la creșterea bugetului total disponibil acțiunilor de dezvoltare locală și permite autorităților locale să ia în considerare o gamă mai largă de intervenții. Cu toate acestea, strategiile finanțate din mai multe surse sunt greu de elaborat și pus în aplicare, necesitând experiență în domeniul dezvoltării urbane și relații de colaborare funcționale între partenerii locali. Acestea „pot fi greu de implementat de către grupurile care sunt novice în demersurile de dezvoltare locală. Din acest motiv, este esențial să se analizeze capacitatea GAL [grupurilor de acțiune locală] și să se împartă sarcinile în mod corespunzător între GAL și autoritățile responsabile de elaborarea și implementarea programului. Trebuie să se realizeze o pregătire solidă și acțiuni consistente de dezvoltare a capacității în vederea creșterii capacității lor administrative” (Document de orientare privind DLRC, aprilie 2013: 29. Capacitatea de elaborare și implementare a proiectelor integrate de la nivel local și central reprezintă un factor vital pentru îmbunătățirea condițiilor de trai ale romilor și comunităților marginalizate. Până la ora actuală, în România, responsabilii de politici nu au avut la dispoziție stimulentele necesare pentru a stopa declinul urban și a direcționa fondurile către cartierele segregate, iar prevederile generale referitoare la finanțările europene au oferit puține oportunități în acest sens. De asemenea, se remarcă lipsa unei abordări integrate în formularea intervențiilor. În ciuda diferitelor abordări de reducere a segregării comunităților dezavantajate puse în aplicare în România, nu s-a realizat o evaluare completă a succesului sau eșecului acestor abordări. Prin urmare, nu există date despre rezultatele propriu-zise ale celor câtorva politici și programe de integrare din România, despre practicile de succes și motivul pentru care funcționează acestea, dar nici despre modalitățile de eludare a sistemelor guvernamentale, adesea foarte rigide, astfel încât să se asigure implementarea unor programe de integrare pertinente și eficiente.

Caseta 49: Lecții învățate din intervențiile anterioare desfășurate în România

Intervențiile de integrare implementate deja în România oferă o serie de lecții.

1. Este necesar un cadrul legislativ național care să reglementeze politicile referitoare la comunitățile marginalizate. Acest cadru ar trebui să cuprindă reglementări legate de:

- O politică națională în domeniul locuințelor (ce trebuie elaborată)
- Reglementări legate de proprietățile din zonele de tip mahala
- Aplicarea Legii nr. 15/2003 (în baza căreia primăriile pot concesiona teren public pentru construcții cetățenilor, ale căror propuneri sunt selectate pe baza unui set de criterii)
- Investiții în clădiri comune, co-deținute de municipalitate și de locatari
- Modificarea normelor fiscale privind calcularea dobânzilor și penalităților pentru neplata taxelor datorate statului sau bugetului local de către locatarii locuințelor sociale
- Prescrierea datoriilor istorice ce țin de serviciile acordate în cazul locuințelor sociale.

În plus, la nivel municipal, trebuie elaborate strategii privind utilizarea terenurilor și locuințele pentru întreaga zonă urbană funcțională în vederea prevenirii proliferării segregării extreme. (Comisia Europeană, 2011).

2. Intervențiile din zonele marginalizate ar trebui să fie integrate, îmbinând proiectele de investiții în locuințe și infrastructură cu proiecte ce vizează locurile de muncă, educația copiilor și a adulților, servicii de salubritate, cursuri de educație parentală, planificare familială, hrană caldă pentru copii, dezvoltarea deprinderilor de viață (în cazul adolescenților), combaterea discriminării, autonomizarea comunității și orice alte activități sociale, medicale sau culturale. Trebuie pusă la dispoziția adulților, din zonele marginalizate, fără studii sau cu un nivel redus de educație formală (cel mult opt clase), o schemă națională de formare profesională.

3. Responsabilii de politici trebuie să caute soluții inovatoare la problemele zonelor marginalizate, cu costuri accesibile populației sărace, care să vizeze și creșterea veniturilor familiilor din comunitate. Doar în acest mod se poate asigura o intervenție sustenabilă și creșterea calității vieții.

4. Pentru a responsabiliza comunitatea, intervenția trebuie să fie fondată pe reguli și proceduri clare, măsurabile și transparente, supuse dezbaterii publice, aprobate de toate părțile interesate și puse în aplicare. De exemplu, o politică locală clară și bine diseminată, menită să reglementeze locuințele sociale, ar aduce un plus de valoare relației chiriașilor cu autoritatea locală. Trebuie stabilite penalități și recompense clare pentru recunoașterea și recompensarea comportamentelor dezirabile și descurajarea celor indezirabile. Poate fi utilă diseminarea atât a exemplelor pozitive, cât și a celor negative în rândul chiriașilor pentru a-i face să înțeleagă ce se așteaptă de la ei.

5. Intervențiile din zonele marginalizate trebuie să aibă o durată medie sau lungă, cu o etapă de pregătire de unul sau doi ani, în care autoritățile locale și comunitatea marginalizată învață să comunice, să construiască un parteneriat de la egal la egal și să creeze un mediu favorabil participării, cu un set de reguli bine definite, măsurabile și transparente.

6. Intervențiile din zonele marginalizate ar trebui să includă componente adresate comunităților nemarginalizate învecinate, în ideea de a încuraja integrarea socială și a crește șansele ca proiectul să fie acceptat de către toți cetățenii.

7. Intervențiile ar trebui să țină cont de următoarele diferențe legate de:

- ☐ Infrastructură (blocuri de apartamente *versus* mahala *versus* locuințe sociale)
- ☐ Proprietate (proprietari *versus* chiriași în locuințe sociale *versus* persoane ce trăiesc în adăposturi improvizate)
- ☐ Participare comunitară (comunități concentrate în blocuri de apartamente *versus* comunități răspândite pe un teritoriu larg)
- ☐ Leadership (comunități cu lideri informali puternici *versus* comunități fără lideri puternici)
- ☐ Vechimea zonei (cartiere vechi, tradiționale *versus* cartiere noi)

Intervențiile centrate pe copil au mai multe șanse de propagare la nivel comunitar și pot crește sprijinul acordat de locuitorii ce nu beneficiază în mod direct de pe urma proiectului. *Sursa*: Banca Mondială (2014: 32).

Consultările restrânse cu privire la politicile referitoare la incluziunea socială a comunităților rome și marginalizate la nivel local pot limita relevanța și sustenabilitatea măsurilor de implementare. Astfel, nu se asigură că măsurile de reducere a segregării comunităților rome și marginalizate reflectă nevoile și oportunitățile locale. Mai mult, atitudinea discriminatorie față de romi a unor funcționari poate să îi descurajeze pe aceștia să participe la elaborarea și implementarea programelor de incluziune.

Așadar, comunitățile locale ar trebui implicate în procesul de formulare și punere în practică a intervențiilor. În acest scop, autoritățile locale ar putea forma membrii comunității în domenii precum procesul decizional participativ, responsabilizare și noțiuni de bază de educație financiară. În plus, implicarea populației locale în acțiunile de modernizare a infrastructurii locale ar putea crește gradul de asumare a acestora, oferind în același timp oportunități profesionale și de dezvoltare a competențelor. Este important să se asigure că aceste îmbunătățiri ale infrastructurii locale și ale locuințelor nu conduc la o și mai mare concentrare, izolare fizică și segregare a categoriilor marginalizate. Acest principiu al neselegării este prevăzut în art. 7 al Regulamentului privind Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR), modificat în mai 2010 pentru a încuraja utilizarea fondurilor FEDR în scopul unor intervenții din sfera locuințelor care promovează integrarea și previn izolarea și excluziunea comunităților marginalizate. Existența unor mecanisme instituționale bine coordonate constituie o precondiție pentru elaborarea unor politici eficiente, implementarea intervențiilor prioritare și reducerea decalajelor la

nivelul acordării de servicii.⁴¹¹ Recomandăm Guvernului României să clarifice responsabilitățile diferitelor instituții implicate în eforturile de a reduce sărăcia concentrată la nivel teritorial. Acest lucru se poate realiza prin legislație și prin crearea unor proceduri de cooperare locală. Guvernul ar trebui să pună în aplicare o lege-cadru care să stipuleze relațiile funcționale dintre diferitele organisme și sursele lor bugetare. De asemenea, ar trebui să susțină dezvoltarea capacității autorităților locale, lucru esențial în ceea ce privește utilizarea cât mai eficientă a fondurilor europene. Responsabilii de politici ar trebui să formuleze și o metodologie pentru obținerea de feedback din partea factorilor de interes, încurajarea participării locale la elaborarea și implementarea intervențiilor și stabilirea de parteneriate cu comunitățile rome și marginalizate. Nu în ultimul rând, simplificarea procedurilor de solicitare a fondurilor europene pentru comunitățile locale poate crește cererea și încuraja inițiativele locale.

⁴¹¹ O serie de recomandări de politici mai detaliate pot fi consultate în documentul Băncii Mondiale (2013).

4. CONSOLIDAREA CAPACITĂȚII INSTITUȚIONALE DE REDUCERE A SĂRĂCIEI ȘI DE PROMOVARE A INCLUZIUNII SOCIALE

Guvernul trebuie să își propună să urmărească creșterea capacității sistemului public la toate nivelurile pentru a da posibilitatea tuturor actorilor relevanți să colaboreze pentru a dezvolta și implementa politici pentru combaterea sărăciei și a excluziunii sociale.

Principalele priorități sunt: (i) modernizarea actualului sistem IT pentru a implementa un sistem electronic de asistență socială puternic; (ii) consolidarea mecanismelor de coordonare și dezvoltarea unui sistem integrat de monitorizare și evaluare; și (iii) dezvoltarea unui sistem de plată modern.

Obiectivele principale	Pagina
4.1. Creșterea capacității de elaborare de politici și de management la toate nivelurile	316
4.2. Dezvoltarea unei abordări integrate în domeniul dezvoltării politicilor sociale	320
4.3. Dezvoltarea sistemelor de monitorizare și evaluare	320
4.4. Îmbunătățirea furnizării de servicii cu tehnologii de informare și comunicare	321
4.5. Modernizarea sistemelor de plată	323

4. Consolidarea capacității instituționale de reducere a sărăciei și de promovare a incluziunii sociale

Fiecare capitol dedicat politicilor orientate către persoane sau politicilor zonale prezintă în detaliu măsurile prioritare recomandate pentru îmbunătățirea și consolidarea capacității instituționale de reducere a sărăciei și promovare a incluziunii sociale. În mod specific, fiecare capitol include o analiză sectorială a nevoilor de dezvoltare în zone privind resursele umane, cadrul legal, resurse financiare, mecanisme de monitorizare și evaluare, alături de exemplele pozitive disponibile care trebuie folosite și în anumite cazuri, extinse la nivel național. Acest capitol prezintă un sumar al principalelor recomandări din fiecare dintre aceste tematici.

4.1. Creșterea capacității de elaborare de politici și de management la toate nivelurile

Activitățile de planificare și management încă reprezintă o problemă la toate nivelurile sistemului și în toate sectoarele. Politicile, programele și serviciile încă eșuează să ia în considerare datele de cercetare existente și beneficiază arareori de evaluări speciale de nevoi, fiind doar parțial posibil din această cauză să fie evaluată eficiența lor. În plus, există puține mecanisme de monitorizare și evaluare a rezultatelor. Lipsa planificării sistematice, fundamentată pe concluzii ale analizelor de situație obstaculează toate etapele de implementare a intervențiilor, făcând dificilă stabilirea unor obiective și ținte clare precum și prioritizarea și standardizarea procedurilor de management și de implementare.

Dezvoltarea capacității de formulare de politici, planificare și servicii de management este o precondiție la toate nivelurile și în toate sectoarele relevante pentru dezvoltarea de politici anti-sărăcie și de incluziune socială. Este necesară legislație pentru stabilirea elementelor și procedurilor esențiale implicate în proiectarea, managementul și implementarea programelor sociale.

Un rezumat al schimbărilor necesare în cadrul legislativ actual este prezentat în Tabel 45.

Tabel 45: Schimbări sectoriale în cadrul legislativ actual

Ocuparea forței de muncă	<input type="checkbox"/>	Crearea unor regulamente de piață a muncii și dialog social pentru sprijinirea abilității muncitorilor de a negocia salarii comparabile cu productivitatea lor.
Protecție socială	<input type="checkbox"/>	Un cadru legislativ nou de reglementare pentru consolidarea celor trei programe actuale bazate pe testarea mijloacelor (VMG, ASF și ajutorul de încălzire) într-un singur program – programul Venitul Minim de Inserție (VMI), care va deveni în curând programul cheie anti-sărăcie în România
	<input type="checkbox"/>	Asigurarea unor perioade mai largi și nivele mai înalte de contribuție pentru atingerea unor pensii adecvate (în viitor, nivel scăzut al ratei interne de returnare a contribuțiilor pentru pensie)
	<input type="checkbox"/>	Revizuirea politicii de pensii sociale (adresarea problemei acoperirii scăzute a sistemului de pensii pentru populația în vârstă de muncă, în special în zonele rurale)
	<input type="checkbox"/>	Revizuirea legislației privind pensile anticipate și viitoarea vârstă de pensionare (problemele legate de reducerea numărului de pensionări anticipate și de creștere a vârstei de pensionare))

	<ul style="list-style-type: none"> □ În 2011, guvernul a aprobat o lege amplă a asistenței sociale (292/2011), dar este necesară dezvoltarea legislației secundare □ Unificarea criteriilor medicale pentru evaluarea gradului de dizabilitate pentru persoanele cu dizabilități și crearea unui canal unic de furnizare a serviciilor către persoanele cu dizabilitate (operarea a două sisteme separate pentru evaluarea dizabilității, pentru pensie și pentru acordarea alocației). Dezvoltarea unor reglementări comprehensive privind terapia ocupațională (inclusiv finanțarea și metodologiile de evaluare alături de includerea profesioniștilor nou-instruiți în toate serviciile publice și private care deservesc persoane cu dizabilități).
Educație	<ul style="list-style-type: none"> □ Aplicarea unor mecanisme eficiente de aplicare a legii pentru asigurarea învățământului obligatoriu gratuit pentru toți copiii □ Elaborarea și aprobarea unei legi specifice pentru educația incluzivă (în accord cu recomandările OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights of the United Nations). □ Asigurarea unor mecanisme de aplicare a legii în acord cu legislația națională, privind educația copiilor și a tinerilor cu dizabilități în sistemul tradițional de învățământ, în școli speciale, sau în clase special integrate în învățământul general. Dezvoltarea unui cadru coerent pentru un parteneriat real și constructiv între profesori și părinții elevilor cu cerințe educaționale speciale. Reproiectarea programelor existente de educație vocațională (dezvoltarea de stagii de ucenicie, reproiectarea curriculei, dezvoltarea programelor naționale de sponsorizare cu mari companii, ținerea pe elevii cu risc crescut de abandon școlar).
Sănătate	<ul style="list-style-type: none"> □ Schimbarea paradigmei politicilor de sănătate publică, prin creșterea alocărilor către servicii de prevenire și promovare a sănătății, alături de întărirea capacității de programare la toate nivelele □ Revizuirea programelor naționale de sănătate în 2014, inclusiv a programului național de sănătate a mamei și copilului. Dezvoltarea unui plan național pentru serviciile de sănătate, urmat de investiții prudente în infrastructură și resurse umane □ Luarea în considerare a planurilor locale, regionale și naționale pentru reducerea incidenței comportamentului nociv pentru sănătate și prevenirea bolilor cronice □ Luarea în considerare a schimbării prederilor legale pentru a permite autorităților locale angajarea de medici de familie cu fonduri din Fondul Național de Asigurări de Sănătate □ Revizuirea, actualizarea și validarea sarcinilor și descrierilor fișei de post pentru asistenții medicali comunitari □ Revizuirea și diversificarea intervențiilor incluse în pachetele minimale și de bază furnizate de medicii de familie și creșterea ponderii serviciilor care s-au dovedit eficiente (servicii bazate pe evidențe) furnizate populației sărace □ Reproiectarea Planului Național de Prevenire și Control M/XDR-TB 2012-2015 - Tuberculoză multirezistentă și extensiv rezistentă la medicamente (Consolidarea, prin reglementări și maparea resurselor la nivel de județ, a strategiei DOTS - tratament direct supravegheat cu durată scurtă – și dezvoltarea pe baza protocoalelor și recomandărilor internaționale a procedurilor pentru detectarea HIV/TB și pentru îngrijire). Elaborarea legislației privind asigurările medicale private pentru cei care își permit asemenea opțiuni.
Locuire	<ul style="list-style-type: none"> □ Elaborarea unei politici și strategii de locuire pentru a adresa costurile excesiv de mari de locuire pentru populația săracă, alături de prevenirea fenomenului persoanelor fără adăpost, rezultat în special ca urmare a evacuărilor □ Asigurarea concentrării asupra populației sărace a programelor mari de infrastructură destinate reabilitării și modernizării stocului de locuințe și utilităților □ Asigurarea faptului că îmbunătățirile infrastructurii locale și locuirii nu vor conduce la o concentrare înaltă sau la un nivel crescut de izolare fizică și segregare a comunităților marginalizate □ Creșterea capacității adăposturilor, îmbunătățirea capacității pentru intervenții de urgență în stradă, realizarea unor programe de regenerare pentru a aborda problema taberelor

		ilegale; încetarea evacuărilor ilegale și adoptarea unor politici de prevenire pentru persoanele la risc de a rămâne fără adăpost.
Participare socială	□	Schimbarea actualului cadru legislativ pentru voluntariat pentru încurajarea participării sociale. .

În privința resurselor umane, un personal mai numeros și mai bine format profesional este necesar în toate sectoarele sociale. Astfel, capitolele precedente au subliniat lista următoare de nevoi principale de dezvoltare:

- Creșteri ale schemei de personal de management și operațional a ANOFM pentru dezvoltarea unor agenții locale pentru ocuparea forței de muncă (ALOFM), alături de crearea de parteneriate locale pentru implementarea măsurilor active de ocupare a forței de muncă și externalizarea serviciilor.
- Dezvoltarea unui program național pentru consolidarea serviciilor de asistență socială la nivel comunitar pentru perioada 2015-2020, alături de investiții în servicii comunitare cum sunt centrele de zi și alte servicii de support pentru o viață independentă sau asistată (transport, asistenți personali, tehnologii de asistență și traducători).
- Creșterea numărului de profesioniști în planificare strategică, monitorizare și evaluare și management de caz în cadrul DGASPC pentru a crește rolul acestora în planificare strategică, coordonare metodologică și sprijin pentru SPAS, ca și în monitorizarea și evaluarea furnizorilor de servicii din județ.
- Dezvoltarea unui sistem de formare profesională continuă pentru profesioniștii care lucrează în servicii sociale, inclusiv pentru profesioniștii care au în responsabilitate sistemul de reglementare a serviciilor sociale. Nu există încă un mecanism dedicat de evaluare a serviciilor sociale sau pentru formarea evaluatorilor de servicii sociale.
- Întărirea capacității Inspecției Sociale de a evalua și controla serviciile sociale, alături de beneficiile bănești.
- Investiții și creștere a numărului de personal disponibil în CJRAE pentru a le permite acestora să devină resurse reale pentru educația incluzivă.
- Formare profesională sistematică a profesorilor și furnizorilor de servicii de îngrijire în furnizarea de educație preșcolară pentru copiii din familii sărace și vulnerabile.
- Creșterea capacității personalului din învățământ este esențială pentru furnizarea efectivă de educație incluzivă pentru copiii romi.
- Introducerea unui program național pentru tinerii specialiști din agricultură.
- Creșterea rolului și capacității DSP în furnizarea sprijinului profesional și supervizării lucrătorilor medicali comunitari (asistenți medicali comunitari și mediatori sanitari romi).
- Dezvoltarea unei strategii eficiente pentru personalul din sănătate, în special pentru atragerea și reținerea personalului în zonele rurale.
- Extinderea și consolidarea sistemului de asistență medicală comunitară ca cel mai puternic 'egalizator' din sistemul de sănătate. Dezvoltarea unor servicii de sănătate bazate pe comunitate în zonele în care nu există cabinet permanent de medicină a familiei.
- Formarea profesională a furnizorilor de servicii de sănătate la nivelul comunității (medic de familie, asistent medical comunitari, mediator sanitar rom) în furnizarea unei îngrijiri de calitate a copilului precum și pre- și post-natală.
- Programe de educație medicală continuă pentru medicii de familie și asistentele lor, dedicate nevoilor de sănătate ale grupurilor celor mai dezavantajate.
- Extinderea numărului profesioniștilor specializați în diagnosticarea timpurie a nevoii de servicii pentru copiii cu dizabilități.
- Crearea de activități de formare, stagii profesionale și programe de plasare în poziții administrative la nivel central, regional sau local pentru tinerele femei romi.
- Dezvoltarea formării profesionale pentru membrii comunității pe teme privind participarea la elaborarea deciziilor, contabilitate și educație financiară de bază.
- Formare și facilitare pentru programul LEADER și utilizarea cadrului Grupurilor de Acțiune Locală.

În afara schimbărilor legislative și de resurse umane, trebuie asigurat un nivel adecvat de finanțare guvernamentală, în paralel cu finanțarea primită de la diferite organisme europene, pentru reducerea sărăciei și promovarea incluziunii sociale. Similar cu mențiunile din capitolele anterioare, o creștere a volumului total financiar alături de un management financiar îmbunătățit sunt necesare în toate sectoarele sociale. Principalele aspecte legate de finanțare, prezentate în capitolele anterioare, sunt incluse în Tabel 46.

Tabel 46: Principalele aspecte privind finanțarea serviciilor sociale

Ocuparea forței de muncă	<input type="checkbox"/>	Creșterea alocării de resurse și îmbunătățirea managementului instituțiilor de ocupare a forței de muncă precum și a politicilor de activare pentru grupurile vulnerabile sociale și a săracilor care muncesc.
Protecție Socială	<input type="checkbox"/>	Creșterea bugetului programelor bazate pe testarea mijloacelor și a ponderii lor în bugetul general de asistență socială
	<input type="checkbox"/>	Creșterea bugetului VMI în comparație cu bugetele combinate ale celor trei programe, pentru asigurarea țintirii fondurilor din asistență socială către cei mai săraci
	<input type="checkbox"/>	Alocarea unui buget din bugetul de stat pentru serviciile de asistență socială la nivel comunitar și dezvoltarea mecanismelor de monitorizare a utilizării eficiente a acestui buget (finanțarea salariului unui angajat cu normă întreagă precum și a costurilor legate de sistemul național de monitorizare)
	<input type="checkbox"/>	Creșterea bugetului alocat pentru dezvoltarea serviciilor sociale adresate grupurilor vulnerabile
	<input type="checkbox"/>	Îmbunătățirea cadrului de finanțare pentru asigurarea sustenabilității finanțării serviciilor sociale – dezvoltarea mecanismelor și procedurilor de finanțare, coordonare și armonizare dintre mecanisme de finanțare în diferite sectoare (sănătate, educație, locuire și ocupare), o creștere a transparenței și o mai bună diseminare a procedurilor de contractare a serviciilor sociale și îmbunătățirea metodologiei de cost și a procedurilor pentru serviciile sociale. ,
Educație	<input type="checkbox"/>	Creșterea volumului finanțării pentru sectorul educației
	<input type="checkbox"/>	Continuarea programului de investiții în infrastructura de bază pentru a asigura accesul elevilor la toate instituțiile de învățământ la toate nivelele. Această investiție ar putea fi finanțată din fondurile structurale și de coeziune.
	<input type="checkbox"/>	Un volum mai mare de investiții este necesar în școlile dezavantajate din zonele rurale și urbane marginalizate.
	<input type="checkbox"/>	Finanțarea suplimentară, care se bazează în prezent pe o formulă ponderată pentru copii în situații vulnerabile trebuie revizuită, dar ar trebui de asemenea să fie furnizată și școlilor din învățământul general unde sunt înscriși astfel de copii
	<input type="checkbox"/>	Reorganizarea întregii serii de programe bănești implementate prin intermediul școlilor, recunoașterea faptului că ele reprezintă în realitate asistență socială și unificarea lor în sistemul național de beneficii bănești în alocația pentru susținerea familiei (în curând programul VMI, având costuri reduse de aplicare și o bună capacitate de monitorizare și supraveghere).
Sănătate	<input type="checkbox"/>	Creșterea alocării financiare pentru sectorul de sănătate, în special a alocărilor bugetare pentru asistența medicală primară și asigurarea unui buget adecvat pentru dezvoltarea rețelei de servicii medicale bazate pe comunitate
	<input type="checkbox"/>	Revizuirea stimulentei existente financiare și non-financiare proiectate pentru atragerea și reținerea medicilor în zone rurale și izolate
	<input type="checkbox"/>	Proiectarea, implementarea și estimarea bugetară pentru o politică coerentă la nivel național asupra plăților informale din sănătate
	<input type="checkbox"/>	Asigurarea unei finanțări adecvate pentru măsuri țintite care se adresează sănătății populației sărace și vulnerabile, suportului social și intervențiilor țintite către cei săraci, cum sunt voucherele pentru transport către facilități medicale ale pacienților MDR-TB sau bugete adecvate pentru intervenții specifice pentru grupurile vulnerabile cum sunt IDU, copiii străzii, persoanele fără adăpost, prizonierii și romii
	<input type="checkbox"/>	Creșterea alocărilor bugetare pentru servicii de prevenire în domeniul sănătății reproducerii
	<input type="checkbox"/>	Furnizarea unui buget adecvat pentru re-proiectarea Planului Național de Prevenire și Control a I M/XDR-TB 2012-2015.

	<input type="checkbox"/>	Investiția în infrastructura de sănătate și cea tehnologică într-o manieră cost-eficientă în acord cu cerințele planului național de servicii de sănătate și bazat pe evidențe documentate.
Locuire	<input type="checkbox"/>	Creșterea alocărilor bugetare pentru locuințe sociale
	<input type="checkbox"/>	Investiții în infrastructura satelor încorporate în orașe sunt necesare pentru îmbunătățirea calității vieții populației din orașele mici
Participare socială	<input type="checkbox"/>	Investiții sunt necesare pentru accesul grupurilor vulnerabile la informație și cunoaștere într-o serie largă de formate
Comunități marginalizate	<input type="checkbox"/>	Finanțarea, din bugetul național, fonduri europene sau împrumuturi, a unui pachet de intervenții integrate în comunitățile marginalizate (în dezvoltare rurală, dezvoltare regională și capital uman) pentru a reduce semnificativ și a eradica incidența sărăciei extreme, concentrate și persistente în România până în anul 2020

Reformele instituționale ar trebui să fie atent planificate și evaluate, dat fiind faptul că ele pot duce la pierderea personalului cu experiență și ar putea afecta negativ capacitatea de furnizare a serviciilor în aceste instituții.

4.2. Dezvoltarea unei abordări integrate în domeniul dezvoltării politicilor sociale

Se poate preconiza că adoptarea unei abordări integrate în domeniul dezvoltării politicilor, al furnizării de servicii și al utilizării resurselor locale va îmbunătăți modul în care autoritățile naționale și locale planifică și utilizează resursele existente pentru reducerea sărăciei și a excluziunii sociale. Intervențiile bazate pe o abordare integrată ar fi produsul cooperării intersectoriale și ar lua în calcul toate aspectele bunăstării grupurilor vizate.

Mai multe condiții sunt esențiale pentru a pune în practică această abordare integrată. Este recomandabil ca Guvernul să își propună: (i) să înființeze o Comisie de Incluziune Socială intersectorială cu un secretariat tehnic, care să fie responsabilă de implementarea Planului de acțiune pentru incluziunea socială și reducerea sărăciei (care va deriva din această Strategie) și un sistem de monitorizare și evaluare a incluziunii sociale; (ii) să dezvolte legislație specifică, standarde de calitate și un sistem de reglementare comprehensiv pentru grupurile vulnerabile; (iii) să pregătească lucrătorii sociali, profesioniștii în domeniul educației, mediatorii comunitari și alți profesioniști relevanți în ceea ce privește abordarea integrată a furnizării de servicii; și (iv) să încurajeze grupurile vulnerabile să fie mai active în luarea de decizii la toate nivelurile, de la furnizarea de servicii la nivel local până la elaborarea de politici la nivel național; (v) să pună la dispoziție o alocare bugetară corespunzătoare din surse locale și naționale pentru toate activitățile de mai sus.

Intervențiile orientate către persoane și cele zonale sunt esențiale pentru combaterea segregării în zonele marginalizate. Politicile și programele relevante ar trebui să fie coordonate pe toate nivelurile de guvernare (integrare politică verticală) și între toate sectoare (integrare politică orizontală). Proiectele de regenerare inter-sectorială, integrate care echilibrează incluziunea socială cu competitivitatea economică reprezintă cel mai bun mod de a reduce sărăcia concentrată geografic în zonele urbane marginalizate, în comunitățile de romi, iar în anumite zone rurale izolate.

4.3. Dezvoltarea sistemelor de monitorizare și evaluare

Guvernul este necesar să își propună să dezvolte un sistem național de monitorizare și evaluare (ME) a incluziunii sociale și să stabilească indicatori specifici de sărăcie și incluziune socială pentru a urmări progresul către obiectivele fixate în strategie. Sistemul este necesar pentru a asigura faptul că rezultatele intervențiilor cuprinse în Strategie pot fi măsurate și monitorizate în perioada 2015 - 2020 și a asigura faptul că elementele esențiale ale reducerii sărăciei, ale incluziunii și participării sociale și abordarea integrată a serviciilor sociale sunt reflectate în politicile naționale și locale.

Dezvoltarea unui astfel de sistem ar mări de asemenea responsabilitatea și eficiența în alocarea resurselor publice și astfel ar îndeplini mai eficient necesitățile reale ale persoanelor sărace și vulnerabile. Pentru a planifica adecvat dezvoltarea sistemului național de ME a incluziunii sociale, Guvernul ar trebui, cu asistență din partea Băncii Mondiale, să pregătească un plan de ME până la sfârșitul lunii iunie 2015, care să prezinte succesiunea logică a intervențiilor de implementare și monitorizare.

În contextul resurselor limitate și a necesităților numeroase (care trebuie prioritizate și rezolvate în cel mai eficient mod posibil), Guvernul își propune să continue să investească în consolidarea capacității sale de ME prin: (i) îmbunătățirea mecanismelor de colectare atât a datelor administrative, cât și a celor din cercetări, în mod regulat; (ii) dezvoltarea capacității personalului de la diferite niveluri (central, județean și local) de a analiza date cantitative și calitative în domeniile sărăciei și excluziunii sociale; (iii) creșterea competențelor personalului ministerelor de resort responsabile cu implementarea Strategiei, privind desfășurarea diferitelor tipuri de evaluări (cum ar fi evaluările de nevoi, evaluările de proces și de impact, sau analizele cost-beneficiu); și (iv) consolidarea cooperării și coordonării între diferite instituții în cadrul desfășurării activităților în domeniile sărăciei și incluziunii sociale.

Pentru a urmări rezultatele inițiativelor reprezentative în ceea ce privește reducerea sărăciei, Guvernul își propune să consolideze capacitățile de monitorizare a cercetării EU-SILC pentru România prin (a) adăugarea unui modul suplimentar la chestionar pentru a urmări unele dintre aceste inițiative; și (b) extinderea eșantionului cercetării cu sub-eșantioane reprezentative pentru beneficiarii acestor inițiative. Aceste îmbunătățiri ale design-ului anhetei vor permite Guvernului să urmărească (i) nivelul de sărăcie al beneficiarilor programului VMI și integrarea lor pe piața muncii; (ii) utilizarea măsurilor active pentru piața muncii și activitățile de pregătire ale VMI și ale beneficiarilor „Garanției pentru Tineri”; și (iii) nivelul sărăciei în comunitățile marginalizate.

Va fi nevoie de mai multe evaluări pentru a sta la baza reformelor politicilor în perioada următoare: (i) o evaluare de impact a diferitelor elemente ale programului Venit Minim de Inserție;⁴¹² (ii) evaluări de impact ale măsurilor active de ocupare pentru populația săracă și vulnerabilă (inclusiv programul de „Garanție pentru Tineri”), (iii) o evaluare de proces și de impact a proiectelor de economie socială finanțate de UE; (iv) o evaluare de impact și analize cost-beneficiu a serviciilor sociale integrate la nivel comunitar; (v) evaluări de impact ale ajutoarelor acordate pe baza evaluării mijloacelor de trai care vizează creșterea participării școlare și îmbunătățirea rezultatelor școlare ale copiilor dezavantajați; (vi) evaluări de proces ale serviciilor sociale (prioritizând serviciile sociale de protecție a copilului); și (vii) evaluări de nevoi ale serviciilor sociale specializate la nivel local, regional și național.

4.4. Îmbunătățirea furnizării de servicii cu tehnologii de informare și comunicare

Gradul de utilizare a tehnologiilor de informare și comunicare (TIC) variază în diferite ministere și agenții responsabile pentru politicile de ocupare a forței de muncă, protecție socială, sănătate și educație. În general, acestea operează fragmentat, cu puține oportunități de a partaja și schimba informații despre beneficiarii acestora. Cele mai multe sisteme de management al informațiilor (SMI) au fost dezvoltate cu șapte până la zece ani în urmă și atât hardware-ul, cât și software-ul acestora este depășit din punct de vedere tehnic.

În timp ce este nevoie de actualizarea sau modernizarea celor mai multe SMI sectoriale, Strategia se concentrează pe extinderea acoperirii și funcționalității SMI de asistență socială, care va îndeplini - atunci când programul VMI va fi implementat - rolul important de instrument de înregistrare a beneficiarilor și direcționare a programelor pentru populația săracă. Obiectivul este de a dezvolta un

⁴¹² Elementele de proiectare ale VMI care trebuie evaluate sunt impactul mărimii veniturilor din muncă ale familiilor care sunt exceptate de la testul de venit asupra activării populației sărace de vârstă activă și succesul sau eșecul condiționalităților legate de participarea școlară și de rezultatele școlare, ca și de intervențiile privind sănătatea.

SMI care: (i) va da posibilitatea asistenților sociali locali de a aloca mai mult timp și mai multe resurse activităților sociale; (ii) va face posibilă urmărirea, monitorizarea și managementul de caz al populației sărace și vulnerabile, conducând la o mai bună elaborare a politicilor și la o vizare mai bună a resurselor; și (iii) va consolida funcția de referire a cazurilor de către asistenții sociali locali spre servicii specializate (cum ar fi ocuparea forței de muncă, sănătate, educație, dizabilități, protecția copilului și îngrijire pe termen lung).

Sistemul prezent de procesare a prestațiilor sociale cuprinde prestații bazate pe evaluarea mijloacelor de trai, categoriale și universale. În cele mai multe cazuri, autoritatea locală este instituția unde potențialii beneficiari trebuie să depună cererile pentru beneficii de asistență socială. Aceasta situație prezintă avantajele proximității serviciilor de solicitanți, disponibilității asistenței la nivel local pentru completarea formularelor și a informațiilor locale de care are nevoie solicitantul pentru procesul de evaluare a mijloacelor de trai. Totuși, în unele cazuri, autoritatea locală este împovărată de gestionarea cererilor care ar putea, în schimb, să fie depuse direct (printr-un portal web) de către solicitant, iar noul SMI va oferi această facilitare.

Sistemul actual de asistență socială este inutil de complex, ineficient și deficitar din punctul de vedere al sistemului ITC prin care este administrat:

- Procesarea informației cu privire la asistența socială se bazează masiv pe prelucrarea de documente în format hard /hârtie, iar regulile de eligibilitate și procesare variate impun o serie de costuri private, publice și de conformare cu condițiile, toate aceste aspecte conducând la existența unui sistem greoi și ineficient. Aceste decifite sunt exacerbate de lipsa infrastructurii ITC în aparatul administrativ al majorității autorităților locale. La nivel de județ - acolo unde se centralizează aplicațiile trimise de autoritățile locale - Agențiile Județene de Plăți și Inspecție Socială utilizează un sistem ITC central (SAFIR) pentru a administra majoritatea beneficiilor. Cu toate acestea, sistemul SAFIR este învechit și prea puțin flexibil, și nu oferă suficiente facilități pentru a verifica ex-ante datele. Per total, SAFIR nu este capabil să susțină din punct de vedere tehnic dezvoltarea cerințelor viitoare ale sistemului așa cum apar ele în recomandările făcute în cadrul acestei Strategii.
- Responsabilitatea primordială pentru administrarea sistemului de asistență socială actual revine Agenției Naționale de Plăți și Inspecție Socială. ANPIS are însă resurse interne și capacitate extrem de reduse de administrare sau dezvoltare a sistemelor ITC, și în prezent se bazează pe altă instituție guvernamentală (STS) și un contractor din sectorul privat pentru operarea și întreținerea sistemului SAFIR. Acest deficit ridică problema unor riscuri serioase pentru implementarea recomandărilor acestei Strategii în domeniul asistenței sociale, în același timp afectând negative și operațiile curente ale sistemului.

Se recomandă ca Guvernul să simplifice condițiile de eligibilitate pentru beneficiile de asistență socială, să fluidizeze sistemul de procesare, să raționalizeze numărul de centre decizionale, să întărească sistemul de inspecție și să dezvolte un nou SMI pentru asistență socială pentru automatizarea procesării și realizarea validărilor (atât ex-ante, cât și ex-post). Acest nou SMI trebuie să includă procesarea plăților și auditarea automate, ca și instrumente de management de caz și priorizare pentru a sprijini personalul de întreținere din cadrul autorităților locale, din AJPIS și din instituțiile partenere.

Strategia SMI de asistență socială este recomandat să se concentreze pe patru mari domenii: (i) guvernanta TIC; (ii) un model de operațiuni economice; (iii) dezvoltarea SMI; și (iv) reforma serviciilor de plată. Aceste măsuri vor implica o consolidare instituțională semnificativă, centralizarea procesului decizional și reforma proceselor funcționale. Va implica de asemenea un program major de dezvoltare a TIC într-un interval de cinci ani. La nivelul autorităților locale, se recomandă dezvoltarea în continuare a soluțiilor locale de management al relației cu clienții (MRC) pentru a le da posibilitatea de a maximiza automatizarea tuturor proceselor locale de asistență socială astfel încât să poată conecta toate bazele de date locale cu SMI de asistență socială.

În centrul noului SMI vor fi: (i) transferul electronic de date legate de programele de evaluare a mijloacelor de trai de la autoritățile locale; (ii) interfețe web între guvern și cetățeni pentru programe

universale și categoriale; (iii) un centru de procesare centralizată a datelor la nivelul ANPIS; (iv) transferul electronic de date dintre SMI și altă organizație guvernamentală; (v) un sistem centralizat de plăți ale beneficiilor sociale (pentru toate tipurile de beneficii - bazate pe evaluarea mijloacelor de trai, categoriale și universale); (vi) managementul centralizat al furnizorilor de servicii de asistență socială; (vii) interfețe web între guvern și mediul de afaceri care fac posibilă accesarea SMI de asistență socială de către furnizori autorizați de servicii de asistență socială; (viii) o interfață contabilă (registru general); și (ix) raportare și analiză avansate, inclusiv realizarea de profiluri de risc, pentru a împiedica și detecta posibile erori sau cazuri de fraudă.

Sistemul electronic de asistență socială propus va face de asemenea posibilă o mai bună coordonare între sistemele de beneficii sociale și cele de servicii sociale, ceea ce va face ambele sisteme mai eficiente în satisfacerea nevoilor clienților lor. Prin furnizarea unei situații clare a fiecărui beneficiar și al tuturor prestațiilor bănești pe care acesta le primește, sistemul va permite de asemenea asistenților sociali să dezvolte un sistem de planificare cuprinzător pentru serviciile de asistență, să ofere trimiteri informate către serviciile specializate (atunci când este cazul) și să urmărească și să evalueze progresul unui client și impactul tuturor tipurilor diferite de asistență furnizate acestuia.

SMI de asistență socială se recomandă să fie implementat în trei etape. Între 2015 și 2017, Guvernul: (i) va dezvolta asistență TIC suplimentară pentru noua prestație unificată VMI; (ii) va muta SAFIR în versiunea Oracle 12 a bazei de date; (iii) va oferi asistență TIC pentru autoritățile locale; și (iv) va realiza reforma guvernantei în întregul sistem de asistență socială, mai ales la nivel central. Între 2016 și 2018, vor fi necesare: (i) dezvoltarea noului model de operare economică în domeniul asistenței sociale și (ii) începerea modernizării sistemului de plăți. Din 2018 până în 2020, Guvernul: (i) va dezvolta și implementa SMI de asistență socială și (ii) va finaliza modernizarea sistemului de plăți.

Noul SIM va automatiza semnificativ procesarea prestațiilor. Acest lucru va degreva personalul de la baza sistemului și îi va permite să se concentreze pe clienții cei mai vulnerabili și, utilizând abordarea managementului de caz, să direcționeze intervențiile și acțiunile prioritare către acei clienți. Alte beneficii esențiale care vor decurge din noul SIM vor include: (i) costurile reduse ale procesului de aplicare și calificare și sistemul de plăți; (ii) acuratețea mai mare a procesului decizional; (iii) mai puține pierderi fiscale, ca rezultat al nivelurilor reduse de eroare și fraudă; și (iv) direcționarea îmbunătățită a intervențiilor și a serviciilor de asistență esențiale.

4.5. Modernizarea sistemelor de plată

Actualul sistem de plată a prestațiilor de asistență socială implică un set complex de proceduri (în majoritate manuale) și nu beneficiază de tehnologii moderne. Cele mai multe prestații de asistență socială sunt calculate de sistemul SMI al SAFIR. Totuși, toate activitățile ulterioare - de la obținerea fondurilor de la Trezorerie până la efectuarea plăților către beneficiari - sunt desfășurate în afara platformei SAFIR. Sistemul existent prin care autoritățile de la diferite niveluri solicită, obțin și distribuie fondurile necesare pentru efectuarea plăților prestațiilor este în cea mai mare parte manual, inefficient, fragmentat și complicat. Modalitățile de plată existente sunt învechite, nu sunt sigure și implică transportul unor cantități mari de bani lichizi către oficiile poștale pentru a fi distribuiți beneficiarilor. În plus, funcțiile de audit și reconciliere a sumelor platite sunt inadecvate.

Pentru a remedia ineficiențele și punctele slabe din actualul sistem, Guvernul este recomandabil să își propună să implementeze un program de modernizare a plăților, care va avea ca rezultat plăți automate utilizând transferul electronic de fonduri. Noul sistem central de distribuție a fondurilor și de procesare a plăților va fi gestionat la nivel central, și nu de cele 42 de oficii AJPIS de la nivel județean.

Programul de modernizare a plăților va avea doi piloni principali: (i) reformarea sistemului de solicitare și de distribuție a fondurilor pentru plata prestațiilor sociale, prin înlocuirea sistemului actual fragmentat și cu mai multe straturi cu un singur sistem centralizat de transfer și distribuție a fondurilor și (ii) reformarea metodelor utilizate pentru plățile către beneficiari prin trecerea strategică la o platformă

electronică de plăți ale prestațiilor sociale și prin utilizarea unor modalități de plată care sunt mai sigure, mai puțin costisitoare și mai ușor accesibile beneficiarilor.

Obiectivele generale ale programului vor fi: (i) raționalizarea și automatizarea funcției de transfer de fonduri între ANPIS și Trezorerie; (ii) eliminarea treptată a plăților nesigure, în numerar; (iii) asigurarea faptului că beneficiarii își primesc plățile în mod convenabil, în condiții de siguranță și securitate; (iv) utilizarea tehnologiilor celor mai eficiente din punct de vedere al costurilor, sigure, de încredere și durabile pentru efectuarea plăților prestațiilor sociale; și (v) asigurarea plății tuturor prestațiilor direct către beneficiari (inclusiv ajutoarele pentru încălzire și prestațiile pentru invaliditate).

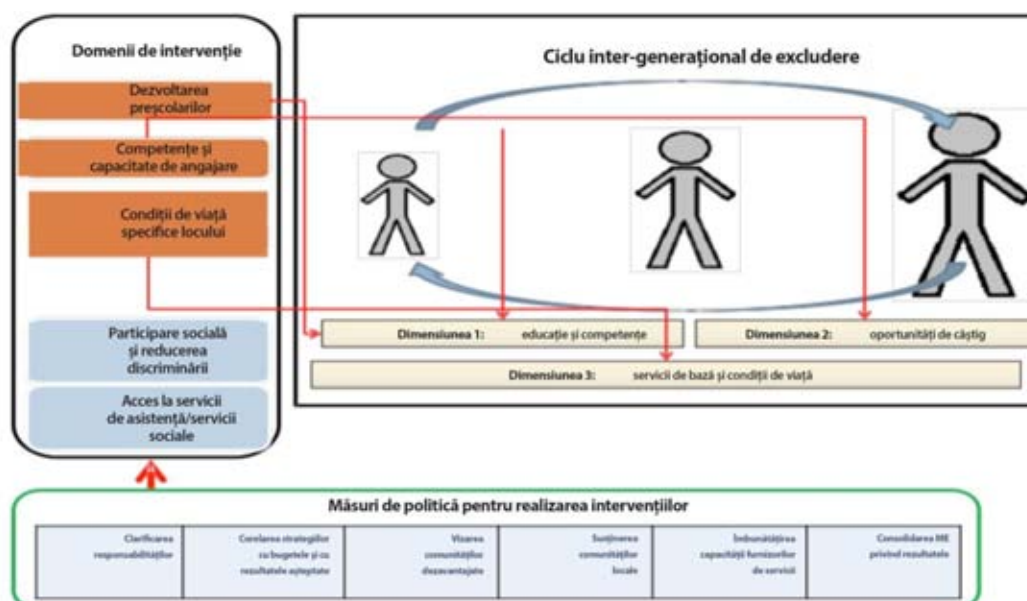
Avantajele strategice care pot fi câștigate prin adoptarea acestui nou sistem sunt următoarele: (i) o reducere semnificativă a complexității administrării și a volumului de muncă; (ii) disponibilizarea resurselor precare pentru a fi realocate altor servicii esențiale de asistență; (iii) eliminarea costurilor asociate cu tipărirea și distribuirea chitanțelor de plată; (iv) reducerea pierderilor fiscale prin minimizarea tranzacțiilor desfășurate numai în numerar; (v) o creștere a opțiunilor beneficiarilor pentru efectuarea de cumpărături și plăți; (vi) auditul și reconcilierea automate ale plăților; (vii) o reducere a costurilor de securitate asociate cu transportul unor volume mari de numerar către/dinspre oficiile poștale; și (viii) mai puțină excluziune financiară pentru grupurile vulnerabile.

Tranziția la plățile electronice recomandăm să fie făcută în etape, pe o perioadă de cinci ani și să implice grupuri specifice de beneficiari în fiecare etapă. Mulți beneficiari vor avea nevoie de sprijin pentru a trece de la plățile în numerar la plățile electronice și vor trebui implementate măsuri speciale, cum ar fi sprijinul pentru deschiderea unui cont bancar. Un plan comprehensiv de comunicare va fi de asemenea necesar pentru a explica noul sistem publicului și pentru a crea încredere în acesta.

ANEXE

Anexe – Introducere

Figura A 1: Ciclu inter-generațional de excludere și domenii de intervenție pentru combaterea problemei



Sursa: Adaptare după Banca Mondială (2014) "Achieving Roma Inclusion in Romania: What Does It Take?" ("Ce este necesar pentru realizarea incluziunii romilor din România?").

Anexe – Grupuri sărace și vulnerabile

Anexe: Date statistice

Tabel A 1: Procentul populației și ratele sărăciei relative în funcție de vârstă și zonă /mediu de rezidență, 2012

	Structura populației		Rata sărăciei relative	
	Rural*	Urban**	Rural*	Urban**
0-15 ani	16,6	13,8	52,1	16,5
16-64 ani	62,5	70,9	39,2	11,2
peste 65 de ani	21,0	15,3	23,5	6,3
Total	100	100	38,1	11,2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate și intermediare.

Tabel A 2: Procentul populației și ratele sărăciei relative în funcție de statut ocupațional și zonă /mediu de rezidență, 2012

	Structura populației		Rata sărăciei relative		
	Rural*	Urban**	Rural*	Urban**	Total
< 16 ani	16,9	14,0	52,1	16,5	33,3
Angajați	18,2	39,0	11,6	3,5	5,6
Angajați pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) cu angajați	0,1	0,4	0,0	6,6	5,5
Angajați pe cont propriu fără angajați, lucrători calificați sau necalificați în agricultură, silvicultură sau pescuit	15,8	2,3	57,4	54,0	56,8
Angajați pe cont propriu fără angajați, alte ocupații	5,6	2,4	49,7	22,7	39,8
Șomeri	2,0	2,4	62,9	45,6	52,1
Elevi, studenți, formare profesională, activități neplătite	5,8	8,8	44,1	15,8	25,1
Pensionari	24,6	24,3	20,7	5,1	11,8
Persoane cu dizabilități permanente și/sau inapte de muncă	1,0	0,6	49,3	38,6	44,7
Îndeplinirea de sarcini casnice și responsabilități de îngrijire	9,4	5,0	55,7	29,8	44,8
Alte persoane inactive	0,6	1,0	63,9	23,6	36,3

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate și intermediare.

Tabel A 3: Rate ale sărăciei în rândul copiilor (0-17) și tinerilor (18-24) în funcție de zonă /mediu de rezidență, 2012

	Copii	Tineri
Urban**	17.0	18.4
Rural*	52.6	47.1
Total	34.0	31.4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate și intermediare.

Tabel A 4: Rata sărăciei pentru gospodării, în funcție de numărul de copii, 2012 (%)

Gospodării cu...	Total	Urban**	Rural*
0 copii	16,5	8,2	29,0
1 copil	22,6	12,3	41,8
2 copii	33,8	16,1	52,0
Peste 3 copii	56,6	39,2	65,2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate și intermediare.

Tabel A 5: Procentul copiilor, în funcție de numărul de copii pe gospodărie și zonă /mediu de rezidență, 2012

Gospodării cu...	Total	Urban**	Rural*
0 copii	0	0	0
1 copil	36	24	13
2 copii	45	23	22
Peste 3 copii	19	6	13
Total	100	52	48

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Notă: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate și intermediare.

Tabel A 6: Indicii pensiei medii reale a pensionarilor din sistemul asigurărilor de sociale de stat, inclusiv pensiile corespunzătoare Ministerului Apărării, Ministerului Afacerilor Interne și Serviciului Român de Informații (anul de bază 2000)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
100	105.9	109.5	117.4	131.2	141.8	154.8
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
190.1	255.1	285.8	278.9	265.7	265.9	266

Sursa: Tempo Online, Institutul Național de Statistică.

Tabel A 7: Rata sărăciei relative în funcție de sex, 2012 (%)

Vârstă	Femei	Bărbați
0-17	34,9	33,1
18-24	30,4	32,4
25-49	22,3	21,2
50-64	15,1	17,6
65-79	16,6	7,8
peste 80	26,5	14
peste 65	19,3	9,2
Total	23,1	21,9

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Tabel A 8: Procentul de membri vârstnici și vârstnici săraci în funcție de tipul de gospodărie, 2012

	% vârstnici (cu vârste de peste 65 de ani)	% vârstnicilor săraci (cu vârste de peste 65 de ani)
Vârstnici singuri (peste 65 de ani), din care...	22	33
Bărbați	6	5
Femei	16	28
Cupluri de vârstnici (ambii peste 65 de ani și căsătoriți)	23	8
Alte tipuri de familii cu membri vârstnici	34	26
Familii fără membri vârstnici	0	0
Total	100	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Tabel A 9: Rata sărăciei relative în funcție de educație în rândul persoanelor cu vârste de peste 16 ani

	2008	2009	2010	2011	2012
Studii primare	42,1	37,4	36,4	35,1	35,3
Studii gimnaziale	33,6	30,2	31,7	34,5	34,4
Studii liceale	14,8	11,9	13,3	15,2	15,2
Educație postliceală neuniversitară	3,3	2,1	4,6	5,1	5,6
Primul ciclu de învățământ terțiar	0,7	1,2	1,1	2	3,1
Vârsta ≤ 16 ani	32,4	31,4	31,3	32,4	34
Total	23,4	20,8	21,1	22,2	22,6

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Tabel A 10: Ratele sărăciei relative pentru populația de vârstă activă (între 15 și 64 de ani) în funcție de statut ocupațional și zonă /mediu de rezidență, 2012

	Rata sărăciei relative			% din total
	Rural*	Urban**	Total	
Angajați	11,6	3,5	5,6	44,2
Angajați pe cont propriu (inclusiv lucrători familiali) cu angajați	0,0	6,7	5,6	0,4
Angajați pe cont propriu fără angajați, lucrători calificați sau necalificați în agricultură, silvicultură sau pescuit	61,8	54,5	60,6	10,4
Angajați pe cont propriu fără angajați, alte ocupații	52,7	21,9	41,0	5,2
Șomeri	62,9	45,6	52,1	3,2
Elevi, studenți, formare profesională, activități neplătite	46,7	16,0	27,0	12,9
Pensionari	15,0	5,3	8,4	12,3
Persoane cu dizabilități permanente și/sau inapte de muncă	48,6	34,5	42,5	1,0
Îndeplinirea de sarcini casnice și responsabilități de îngrijire	56,7	30,9	45,9	9,4
Alte persoane inactive	63,8	24,6	37,0	1,2
Total	39,6	11,3	22,5	100,0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Note: *Rural = zone slab populate. **Urban = zone dens populate și zone intermediare.

Tabel A 11: Ratele sărăciei relative pentru populația de vârstă activă (între 15 și 64 de ani) în funcție de statut ocupațional, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Angajați	5,5	5,1	5,0	5,9	5,6
Angajați pe cont propriu (inclusiv lucrători familiari) cu angajați	3,5	2,2	0,0	2,1	5,6
Angajați pe cont propriu fără angajați, lucrători calificați sau necalificați în agricultură, silvicultură sau pescuit	62,0	66,0	58,7	63,0	60,6
Angajați pe cont propriu fără angajați, alte ocupații	34,5	39,0	35,8	41,3	41,0
Șomeri	41,5	40,4	42,0	45,3	52,1
Elevi, studenți, formare profesională, activități neplătite	23,6	21,8	20,6	23,5	27,0
Pensionari	12,5	10,7	8,5	9,3	8,4
Persoane cu dizabilități permanente și/sau inapte de muncă	39,0	35,8	33,2	35,5	42,5
Îndeplinirea de sarcini casnice și responsabilități de îngrijire	43,4	40,4	41,7	45,8	45,9
Alte persoane inactive	33,2	44,2	39,0	36,1	37,0
Total	21,2	20,9	20,2	22,0	22,5

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2008-2012.

Tabel A 12: Rata sărăciei în funcție de etnie și mediu rezidențial în 2013 (%)

	Ne-Romi	Romi
Rural	5.6	37.0
Urban	1.6	28.0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din HBS 2013.

Tabel A 13: Procentul de persoane cu vârste mai mici de 60 de ani care trăiesc în gospodării cu o intensitate a muncii foarte scăzută în diferite tipuri de zone geografice 2012

	2012
Zone dens populate	5,5
Zone intermediare	7,4
Zone slab populate	9,0
Total	7,4

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

Tabel A 14: Procentul de persoane cu vârste între 16 și 59 de ani care trăiesc în gospodării cu o intensitate a muncii foarte scăzută, în funcție de studii, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Studii primare	20,0	21,7	18,9	17,8	18,0
Studii gimnaziale	11,0	9,8	9,2	9,8	9,6
Studii liceale	7,1	6,4	5,8	5,5	6,6
Educație postliceală neuniversitară	8,6	8,6	8,1	9,0	9,2
Învățământ terțiar	2,0	2,2	2,2	2,1	3,8
Vârsta <= 16 ani	5,6	6,7	3,7	3,0	4,6
Total	8,2	7,6	6,8	6,6	7,3

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

Tabel A 15: Procentul persoanelor afectate de deprivări materiale severe, 2008-2012

Nu își pot permite să ...	2008	2009	2010	2011	2012
... plece în vacanță	75,7	75,6	77,1	76,1	75,2
... deține un automobil	48,8	46,6	43,6	41,3	39,6
... să consume carne sau alte proteine în mod frecvent	19,5	23,7	21,4	21,9	23,7
... să facă față unor cheltuieli neașteptate	41,9	41,8	44,7	50,5	53,2
... să plătească chiria, ipoteca sau facturile la utilități	0,4	0,6	0,4	0,6	0,6
... să își mențină locuința încălzită adecvat	13,9	14,9	16,1	17,3	18,1
... să cumpere o mașină de spălat	20,2	17,8	15,5	13,7	12,9
... să aibă telefon	12,4	9,4	7,2	6,6	5,8
... să cumpere un televizor color	2,6	2,2	1,8	1,4	1,5

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

Tabel A 16: Procentul persoanelor afectate de deprivări materiale severe, în funcție de zonă / mediu de rezidență, 2012

Nu își pot permite să ...	Zone slab populate	Zone dens populate/intermediare
... plece în vacanță	86,2	67,1
... deține un automobil	46,8	34,3
... să consume carne sau alte proteine în mod frecvent	29,1	19,8
... să facă față unor cheltuieli neașteptate	59,5	48,6
... să plătească chiria, ipoteca sau facturile la utilități	0,2	0,8
... să își mențină locuința încălzită adecvat	17,5	18,6
... să cumpere o mașină de spălat	22,4	5,9
... să aibă telefon	9,8	2,9
... să cumpere un televizor color	2,7	0,6

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC 2012.

Tabel A 17: Procentul persoanelor afectate de deprivări materiale severe, în funcție de nivelul de educație (2008-2012)

	2008	2009	2010	2011	2012
Studii primare	52,9	50,9	51,0	47,2	46,9
Studii gimnaziale	43,2	41,4	40,7	38,9	38,0
Studii liceale	25,7	25,5	24,9	24,3	25,3
Educație postliceală neuniversitară	15,9	15,0	13,1	11,1	11,7
Primul ciclu de învățământ terțiar	6,6	8,1	9,0	9,0	8,8
Vârsta ≤ 16 ani	39,3	40,1	36,7	36,0	38,6
Total	32,9	32,2	31,0	29,4	29,9

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

Tabel A 18: Procentul de populație expusă riscului de sărăcie sau excluziune socială, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Persoane expuse riscului de sărăcie sau excluziune socială (AROPe)	44,2	43,1	41,4	40,3	41,7	40,4
Populația expusă riscului de sărăcie relativă după transferuri sociale (AROP)	23,4	22,4	21,1	22,2	22,6	22,4
Persoane afectată de deprivare materială severă	32,9	32,2	31	29,4	29,9	28,5
Persoane care trăiesc în gospodării cu o intensitate a muncii foarte scăzută (populația cu vârste între 0 și 59 de ani)	8,3	7,7	6,9	6,7	7,4	6,4

Sursa: Eurostat.

Tabel A 19: Ratele sărăciei ancorate și relative prognozate, 2012-2020

	Rata sărăciei relative			Rata sărăciei ancorate (pragul sărăciei ancorat în 2012)		
	Creștere scăzută	Creștere moderată	Creștere ridicată	Creștere scăzută	Creștere moderată	Creștere ridicată
2012	22,5	22,5	22,5	22,5	22,5	22,5
2013	23,1	23,1	22,8	21	21	21
2014	22,9	22,8	22,3	20,3	19,9	19,6
2015	22,9	22,4	22,5	19,4	18,7	18,7
2016	22,7	22,3	22,3	18,8	18,1	17,6
2017	22,9	22,5	22,2	18,2	17,1	16,3
2018	22,9	22,5	22,1	17,4	15,5	14,5
2019	23	22,7	22,2	16,7	14,4	13
2020	23,1	22,7	21,6	15,9	13,4	11,2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC și trei scenarii principale.

Tabel A 20: Reducerea numărului săracilor în scenariul cel mai optimist, 2012-2020

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Dif 2020- 2012
Populație estimată 2012-2020 (mii)	20.071	20.020	19.988	19.964	19.935	19.904	19.873	19.842	19.810	
Rata estimată a sărăciei	22,5	23	22	23	22,3	22,2	22,1	22,2	21,6	
Numărul estimat de persoane sărace dacă nu se modifică numărul populației (mii)	4.516	4.576	4.476	4.516	4.476	4.456	4.436	4.456	4.335	-181
Numărul estimat de persoane sărace dacă se modifică numărul populației (mii)	4.516	4.565	4.457	4.492	4.445	4.419	4.392	4.405	4.279	-237

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială care folosesc date din EU-SILC și trei scenarii principale.

Anexe: Ipoteze ale Modelului de prognozare a sărăciei

Strategia se bazează pe un micro-model al forței de muncă la nivel macro-demografic pentru a cuantifica reducerea probabilă a sărăciei relative din punct de vedere al veniturilor între 2014 și 2020. Modelul este utilizat pentru a evalua în ce condiții va atinge România ținta de sărăcie și ce combinație de creștere economică, ocupare a forței de muncă și a salariilor și politici cu rolul de a crește veniturile și de a transfera venit către populația săracă ar asigura îndeplinirea obiectivului. Modelul utilizează datele SILC 2012 pentru a simula rata riscului de sărăcie (AROP) 2014-2020 și indicatorii de sărăcie respectivi.

Modelul de prognozare a sărăciei se bazează pe un set de ipoteze macroeconomice, privind forța de muncă și demografice:

- Sunt modelate trei posibile scenarii de creștere economică, care iau în calcul un scenariu de creștere economică scăzută, de bază și ridicată (Tabel A 21, coloanele din mijloc). Prognozele corespund cu prognozele FMI, ale Băncii Mondiale și UE din septembrie 2014. Conform scenariului de creștere economică scăzută, PIB-ul pe cap de locuitor al României este preconizat să crească cu 2,5-2,2 la sută pe an în cursul perioadei prognozate. Conform scenariului de creștere economică ridicată, PIB-ul pe cap de locuitor crește treptat de la 3 la sută în 2014 la 5 la sută în intervalul 2018 - 2020.
- Corespunzător fiecărui scenariu de creștere economică, există trei scenarii de creștere a ocupării forței de muncă (Tabel A 21, primele coloane). Conform scenariului de creștere scăzută, ponderea persoanelor angajate din cohorta de 20-64 de ani crește de la 63,8 la sută în 2012 la 64,9 la sută până în 2020, sau cu un punct procentual în această perioadă. Această prognoză este în concordanță cu creșterea slabă a ocupării forței de muncă obținută în decada precedentă. Conform scenariului de bază, ocuparea forței de muncă crește cu 3,6 puncte procentuale. Conform scenariului de creștere ridicată (foarte optimist), rata de ocupare a forței de muncă crește treptat pentru a atinge 70 la sută până în 2020, care este obiectivul de ocupare a forței de muncă UE 2020 al României (o creștere de 6,2 puncte procentuale în 8 ani).
- Productivitatea muncii este asumată a avea aceeași direcție în toate cazurile, în timp ce tendințele privind educația derivă din prezumpția că România va îndeplini obiectivele naționale UE 2020 privind educația până în 2020.

Tabel A 21: Scenarii de creștere pentru România

	Rata de ocupare a forței de muncă (20-64 ani)			Rata de creștere a PIB			Productivitatea muncii (rata de creștere, pe oră)	% din grupa de vârstă 18- 24 de ani cu cel mult studii gimnaziale	Studii universitare absolvite pentru grupa de vârstă 30-34 de ani
	Scăzută	De bază	Ridică	Scăzută	De bază	Ridică			
2012	63,8	63,8	63,8						
2013	63,6	64,1	64,5	3,5	3,5	3,5	1,5	14,8	20,2
2014	64,0	64,6	65,2	2,5	2,7	3,0	1,7	14,3	21,3
2015	64,4	65,1	65,9	2,6	3,1	3,5	2,0	13,8	22,1
2016	64,6	65,6	66,7	2,5	3,7	4,0	2,4	13,3	23,0
2017	64,7	66,1	67,4	2,5	3,9	4,5	2,7	12,8	24,0
2018	64,8	66,5	68,1	2,5	4,0	5,0	2,7	12,3	25,0
2019	64,8	66,8	68,9	2,2	4,1	5,0	2,7	11,8	26,0
2020	64,9	67,4	70,0	2,2	4,1	5,0	2,7	11,3	26,7

Modificările presupuse în ceea ce privește creșterea economică, ocuparea forței de muncă, productivitatea muncii și educația din Tabel A 21 sunt apoi încorporate într-un model microeconomic

bazat pe studiul EU-SILC 2012, același studiu care este utilizat pentru a urmări progresul către ținta relativă de sărăcie din punct de vedere al venitului (AROP) și rata ancorată a sărăciei.⁴¹³

Modelul este de asemenea calibrat în funcție de schimbările prognozate în ceea ce privește demografia și participarea la piața muncii.⁴¹⁴ În perioada 2012-2020, România va trece printr-o modificare semnificativă a nivelului și structurii populației (a se vedea Tabel A 22). Se preconizează că populația totală va scădea cu 177.000 de persoane. Această modificare este distribuită diferit pe grupe de vârstă. În timp ce cohorta de vârstă înaintată (persoane de 65 de ani și peste) este preconizată a crește cu 436.000 de persoane, populația de vârstă activă (de la 20 până la 64 de ani, inclusiv) se va micșora cu 557.000 de persoane, iar numărul de copii (până la 20 de ani) cu 56.000. În timp, populația de vârstă activă va scădea, în timp ce populația vârstnică va crește, punând presiuni și mai mari pe veniturile guvernului derivate din impozite pe venit și crescând cererea de pensii, asistență medicală și îngrijire a vârstnicilor.

Tabel A 22: Principalele modificări ale structurii demografice, 2014-2020 (în mii de persoane)

Grupe de vârstă	An							Modificare 2014-2020
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
0-14	3.133	3.127	3.117	3.116	3.117	3.113	3.110	-24
15-19	1.093	1.088	1.092	1.090	1.081	1.071	1.061	-32
20-64	12.464	12.368	12.270	12.174	12.083	12.002	11.907	-557
peste 65	3.297	3.381	3.457	3.524	3.592	3.656	3.733	436
Total	19.987	19.964	19.935	19.904	19.873	19.842	19.810	-177

Sursa: Modelul PROST al Băncii Mondiale pentru România.

În micromodel, populația angajată a fost derivată din populația de vârstă activă prognozată (Tabel A 22) și din ratele de ocupare a forței de muncă scăzută, de bază și ridicată (Tabel A 21). Alte presupuneri privind rata șomajului sunt folosite pentru a estima numărul de șomeri din perioada prognozată. Suma angajaților și a șomerilor reprezintă populația activă totală din fiecare an.

În final, modelul încorporează modificările prevăzute privind acoperirea (presupusă stabilă) și valoarea reală a pensiei de limită de vârstă, după cum este prognozată de modelul PROST. Raportul dintre pensia medie și salariul mediu, totuși, este prevăzut a scădea cu circa 10 la sută în perioada 2014-2020, ca urmare a formulei de indexare elvețiene folosite în primul pilon al sistemului de pensii din România. Această modificare este încorporată în model.

Modificările privind mărimea diferitelor grupe de populație, a angajaților și a șomerilor, sunt introduse în micromodel prin modificarea ponderilor categoriilor respective.

⁴¹³ Pentru fiecare dintre anii prognozați, venitul gospodăriilor din eșantionul studiului este modificat folosind modificările presupuse privind distribuția educației, ocuparea forței de muncă, productivitatea muncii și creșterea preconizată a PIB-ului. Modelul ajustează distribuția educației în așa fel încât distribuția rezultată a educației să imite distribuția presupusă a educației în anul respectiv; această ajustare afectează numai persoanele din grupa de vârstă 20-34 de ani. Ocuparea forței de muncă este de asemenea ajustată pentru a atinge ratele de ocupare a forței de muncă ale grupei de vârstă 20-64 de ani în anul respectiv. Persoanele neangajate/inactive cu cea mai mare probabilitate de a fi angajate sunt „comutate” la situația de persoane angajate, până când numărul total de angajați atinge nivelul de ocupare a forței de muncă presupus pentru acel an. Se consideră că aceste persoane preconizate a trece de la inactivitate la angajare vor avea venituri bazate pe nivelul lor de educație, sectorul de activitate, experiența profesională și alte variabile cunoscute din studiu. Toate persoanele angajate (sau care se preconizează că vor trece de la inactivitate la angajare) primesc aceeași creștere a veniturilor egală cu creșterea presupusă a productivității muncii. Transferurile legate de protecția socială către gospodării sunt presupuse a rămâne la același nivel în termeni reali (acestea au crescut numai cu inflația preconizată). Veniturile gospodăriilor sunt modificate în funcție de aceste presupuneri și modelul generează o nouă distribuție a veniturilor, simulată, pentru fiecare an al perioadei prognozate.

⁴¹⁴ Prognoza demografică este luată de la Institutul Național de Statistică. Alte modificări demografice, cum ar fi modificarea ocupării oficiale a forței de muncă, a ocupării neoficiale a forței de muncă și modificarea privind numărul pensionarilor și valoarea reală a pensiilor acestora, au fost simulate prin modelul PROST al Băncii Mondiale.

Anexe – Ocuparea forței de muncă

Anexe: Date statistice

Tabel A 23: Caracteristici cheie ale grupurilor NEETD din chintila inferioară

Grup	Dimen- siune	Scurtă descriere	Bărbați (%)	Urban (%)	Vârstă modală	Cel puțin liceu (%)	Necă- sătorit (%)	Copii <15 (Medie)	Copii <16 (Medie)
1	24	Bărbați șomeri educați din mediul urban	75	74	35-44	65	39	0,53	0,15
2	18	Femei căsătorite de vârstă mijlocie din mediul rural	12	31	35-44	62	0	0,81	0,27
3	17	Tineri fără educație, inactivi	28	67	15-24	25	49	0,1	0,0
4	11	Femei tinere din mediul rural, cu familii	4	6	25-34	9	0	2,45	0,74
5	10	Tineri necăsătoriți de etnie romă	38	35	15-24	0	70	1,26	0,19
6	8	Șomeri cu studii din mediul rural	67	1	25-34	91	71	0,15	0,15
7	7	Femei rome din mediul rural, cu familii	0	100	25-34	0	0	2,84	1,78
8	5	Cupluri urbane tinere	47	97	25-34	52	0	2,28	0,85

Sursa: Bachas (2013)

Tabel A 24: Politici de activare

Grup vulnerabil	Politici de activare
Șomeri cu studii din mediul urban	Consiliere și asistență privind locul de muncă
Șomeri cu studii din mediul rural	Un obstacol suplimentar poate fi cererea locală mică ->informații și asistență pentru căutarea unui loc de muncă
Femei inative cu studii	Furnizarea oportunităților de muncă prin dezvoltarea de facilități de îngrijire pentru copii
Cupluri tinere și de vârstă medie	Educația de tip „a doua șansă”, recalificare ținută legată de noua ocupație
Tineri șomeri care au abandonat școala timpuriu	Construirea timpurie de capital uman (CCT), educație profesională
Femei inative cu puțină experiență de lucru și cu mulți copii	Abordarea barierelor în calea ocupării forței de muncă

Sursa: Bachas (2013)

Obstacole în creștere



Anexe: Stabilirea profilului clienților care caută un loc de muncă

În România nu există un model sistematic, la nivel național, de profilare a persoanei în căutare de forță de muncă pentru a ajuta la segmentarea clienților, așa cum se practică în unele țări, ca de exemplu în Australia, Germania, Irlanda, Danemarca, Franța și Serbia.

Un beneficiu al acestor sisteme de profilare este că acestea pot reduce costurile resurselor legate de pregătirea clienților pentru locuri de muncă și astfel permit serviciilor de ocupare a forței de muncă să aloce mai multe resurse pentru a ajuta grupurile dezavantajate care sunt greu de activat. O modalitate de dezvoltare suplimentară a acestei abordări de autoasistență din prezent ar fi să se permită persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă să completeze un instrument de „stabilire a profilului” online sau folosind creionul și hârtia, pentru cei care nu au acces la TIC. Aceasta ar face posibilă separarea sau clasificarea clienților autoînregistrați pentru a prioritiza interviurile cu cei care au cea mai mare nevoie. Clienții a căror autoevaluare indică faptul că nu au nevoie de un interviu în profunzime pot fi încurajați să utilizeze calea autoasistenței în căutarea unui loc de muncă și să se înscrie la cursuri de formare profesională sau la stagii de practică online.

Tabel A 25: Realizarea profilurilor în Sistemul Public de Ocupare a Forței de Muncă din Serbia

Niveluri de realizare a profilului	Servicii furnizate:
Nivelul 1 Clienți cu angajabilitate crescută pe piața deschisă a muncii și cărora li se oferă servicii de mediere de bază de către SPOFM.	Informații și identificarea locurilor de muncă Târguri de locuri de muncă pentru romi
Nivelul 2 Clienți cu angajabilitate pe piața deschisă a muncii, dar care necesită asistență prin serviciile active de căutare de locuri de muncă ale SPOFM.	Informații și identificarea locurilor de muncă Pregătirea CV-ului și tehnici de interviu - căutare activă de locuri de muncă Cluburi de locuri de muncă
Nivelul 3 Clienți care au nevoie de asistență intensivă din partea SPOFM.	Instruire pentru „autoeficiență” Seminarii organizate înainte de cluburile de locuri de muncă pentru a ajuta această categorie de clienți să participe la clubul de locuri de muncă Subvenții pentru ocuparea forței de muncă Programe de lucrări publice Programe de educație suplimentară
Nivelul 4 Clienți pentru care medierea pe termen scurt nu este posibilă fără asistență intensivă pentru reintegrarea lor pe piața muncii	Consiliere individuală intensivă Evaluarea capacității de lucru Instruire pentru „autoeficiență” Reabilitare socială și profesională

Sursa: Comunicare a Serviciului Public de Ocupare a Forței de Muncă din Serbia, 2010

Realizarea profilului este în prezent unul din domeniile cheie de experimentare și studiu în Europa (există deja un istoric consolidat de realizare a profilurilor în SUA).⁴¹⁵ Realizarea profilului este, în esență, un mod de a identifica acei clienți cu cele mai mari necesități atunci când se înregistrează la SPOFM, astfel încât resursele SPOFM să fie direcționate corect și eficient din punct de vedere al costurilor (a se vedea modelul sârb descris mai sus). Ideea este că este necesarul de intervenție în cazul clienților care se pot ajuta ei înșiși este mai scăzut decât pentru cei chiar au nevoie de ajutor. Această abordare susține conceptul unui sistem intern dual de prețuri așa cum este practicat de unele SPOFM din UE și țările OCDE, astfel încât să poată fi alocate mai multe resurse financiare clienților care au nevoie de asistență extensivă și care sunt greu de plasat pe piața muncii.

⁴¹⁵ Consultați și O’Leary et al (2006).

Există un număr de abordări care pot fi utilizate pentru a realiza profiluri, abordarea econometrică generând cel mai mare interes printre profesioniști, în prezent. Caracteristicile fiecărei abordări pot fi descrise după cum urmează:

- **Aprecieri de către consilier.** În această abordare, care este utilizată în prezent în ANOFM din România, evaluarea riscului de șomaj pe termen lung al clienților este efectuată numai de către personalul serviciului de ocupare a forței de muncă pe baza interviurilor. Evaluarea riscului poate fi mai mult sau mai puțin oficială din punctul de vedere al utilizării chestionarelor și listelor de verificare. Principalele avantaje ale acestei abordări sunt că aceasta captează factorii de risc specifici individului și astfel face ușor de pregătit o evaluare a necesităților. Cât despre dezavantaje, abordarea este costisitoare, iar acuratețea evaluării poate varia substanțial între mediatorii ocupării forței de muncă.
- **Verificare de grup.** În această abordare, riscul de șomaj pe termen lung este determinat pe baza apartenenței sau nu a unui individ la unul sau mai multe grupuri țintă de risc, evaluare care este efectuată de obicei de către personalul serviciului de ocupare a forței de muncă folosind analize statistice. Principalele avantaje ale abordării sunt costurile mici și obiectivitatea, deoarece evaluarea nu necesită contribuția consilierilor. Dezavantajul abordării este că nu ia în calcul caracteristicile și factorii de risc specifici fiecărei persoane, deoarece evaluarea este bazată numai pe caracteristici de grup.
- **Modelul econometric (statistic).** În abordarea econometrică, caracteristicile fiecărui client sunt introduse într-un model matematic bazat pe indicatori statistici și pe cunoașterea relațiilor cauzale. Modelul calculează apoi un coeficient de risc pentru fiecare client. Principalele avantaje ale acestor metode includ costurile sale mici, obiectivitatea acestora și combinația între teorie și date empirice. Dezavantajele modelului includ lipsa lui de flexibilitate, complexitatea construirii modelului și nevoia de date statistice privind caracteristicile și rezultatele persoanei aflate în căutare de locuri de muncă, care trebuie actualizate în mod regulat. Introducerea abordării econometrice necesită mai mult timp decât alte metode deoarece aceasta trebuie precedată de cercetare pentru a stabili factorii econometrici care să fie utilizați în realizarea profilului. În consecință, timpul necesar pentru a introduce modelul econometric este de aproximativ doi ani.

Instrumentul de clasificare a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă din Australia (JSCI) se bazează pe modelul econometric și calculează riscul de a deveni șomer pe termen lung pe baza unui număr de caracteristici individuale. Pe baza rezultatelor lor JSCI, persoanele aflate în căutarea unui loc de muncă sunt trimise către serviciile de forță de muncă ale Australiei (Job Services Australia) pentru a beneficia de nivelul de asistență care se potrivește cel mai bine nevoilor lor. Dacă JSCI indică faptul că un client ar putea avea nevoie de cea mai intensă asistență din partea Job Services Australia sau de asistența furnizată de serviciile de ocupare a forței de muncă pentru persoanele cu dizabilități (DES), persoana în căutare de loc de muncă va fi supusă unei evaluări suplimentare cuprinzătoare a capacității de muncă (JCA) înainte de a fi trimisă la serviciul specializat cel mai potrivit.

JSCI calculează riscul de a deveni șomer pe termen lung pe baza a 14 caracteristici individuale, după cum urmează:

- Vârstă
- Sex
- Limbă și alfabetizare
- Dizabilități sau afecțiuni medicale
- Existența sau nu a experienței de muncă recente
- Stabilitatea rezidenței
- Rezultate educaționale
- Cazierul judiciar
- Caracteristici personale care necesită analiză profesională sau specializată

- Statut de indigen/născut în Australia/originar din insulele din Marea Sudului
- Țara de origine
- Locația geografică
- Calificări profesionale
- Statut familial/aranjamente privind locuința
- Posibilitate de contact (posibilitate de utilizare a unui telefon)

Numai persoanele în căutarea unui loc de muncă expuse unui risc ridicat sunt consiliate imediat de managerii lor de caz, în timp ce acelea expuse unui risc scăzut sunt eligibile pentru instruirea privind căutarea unui loc de muncă numai după câteva luni. Luând în calcul seturile de date extensive disponibile acum Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă din România, se recomandă luarea în considerare a acestei abordări.

Anexe: Evaluarea rezultatelor măsurilor active pentru piața muncii

O unitate de măsură sustenabilă a rezultatelor este discutată în Perspectiva de ocupare a forței de muncă a OCDE pentru 2005.⁴¹⁶ Acest sistem depinde de existența unor baze de date interconectate, cum ar fi acelea care sunt sau vor fi disponibile ANOFM. Autorii raportului OCDE au propus ca SPOFM să urmărească rezultatele privind ajutoarele sociale, ocuparea forței de muncă și câștigurile pentru participanții la program pe o perioadă de până la cinci ani pentru a evalua care programe au un impact benefic real pe termen lung. Aceștia au sugerat că o unitate de măsură robustă a rezultatelor pe termen lung poate fi apreciată prin formula „ $B + tW$ ”, unde B reprezintă plățile de ajutoare sociale economisite, t este rata impozitului și W reprezintă totalul câștigurilor participanților (produsul dintre rata de ocupare a forței de muncă și valoarea salariilor). Aceștia continuă prin a sugera că „atunci când este măsurat impactul pe perioade lungi, câștigurile care sunt incluse în această formulă pot fi relativ mari. Managementul eficient al performanței, cu rezultatele evaluate conform formulei ($B + tW$) nu numai că ar reduce șomajul total, dar ar crește și furnizarea unor servicii substanțiale de ocupare a forței de muncă care îmbunătățesc gradul de ocupare a forței de muncă pe termen lung și rezultatele privind câștigurile. Ar îmbunătăți bilanțul financiar net al guvernului, deoarece criteriul ($B + tW$) înseamnă că programele sunt selectate atunci când economiile din ajutoarele sociale și sumele mai mari colectate din impozite pe care le generează depășesc costul acestora.”

Un exemplu practic al felului în care pot fi calculate economiile din ajutoarele sociale, rata impozitului și economiile din salarii este o aplicație pe termen scurt a măsurării rezultatelor Cluburilor de joburi din Irlanda și ale intervențiilor similare din Zonele de angajare ale Jobcentre Plus din Marea Britanie. Costul curent al unui plasament imediat al unui club de locuri de muncă⁴¹⁷ din Irlanda este 800 de euro atunci când sunt luate în calcul toate costurile de capital și de personal ale clubului. Rata de impozitare a salariului pentru acea persoană în primele șase luni de angajare (600 euro până la 1000 euro în total în funcție de loc de muncă) poate depăși costul intervenției clubului. Economisirea ajutorului de șomaj (să spunem 720 de euro pe lună înmulțit cu șase) se adaugă câștigului din impozit. Dacă persoana în căutare de loc de muncă plasată este urmărită pe o perioadă lungă, economia pentru guvern este în multe cazuri chiar mai substanțială, folosind formula $B + tW$. De aceea, este clar că intervențiile simple, active de căutare de locuri de muncă al Clubului de locuri de muncă pe o piață normală a muncii pot fi una dintre cele mai eficiente și mai rentabile măsuri proactive de ocupare a forței de muncă disponibile guvernelor.

⁴¹⁶ OCDE (2005)

⁴¹⁷ Rata de plasare este în medie de 70 la sută pentru clienții care sunt pregătiți pentru angajare.

Anexe: Programul de Garanție pentru Tineret din România, 2014–2015

În România vor fi stabilite douăzeci și două de centre de garanție pentru tineret în următorul an și 10 au început să funcționeze recent. Acestea vor funcționa ca centre de informare și angajare folosind multe dintre instrumentele și serviciile existente ale ANOFM. Acestea sunt concepute pentru a oferi un pachet total de servicii mai cuprinzător decât gama de servicii furnizată de agențiile locale de ocupare a forței de muncă, inclusiv oportunități de educare și formare, ca și mediere pentru angajare. O parte a logicii stabilirii acestor centre este reținerea percepută a multor tineri în căutare de loc de muncă de a folosi serviciile actualului SPOFM în orice alt scop decât acela de a îndeplini condițiile asociate cu orice ajutoare bănești pe care le-ar putea primi. A avea un serviciu care funcționează în paralel și totuși conectat cu ANOFM ar putea avea implicații pentru modul în care va fi efectuat pe viitor managementul furnizării pieței muncii pentru tineri.

Serviciile planificate a fi efectuate prin Inițiativa Garanției pentru Tineret în 2014 și 2015 includ:

1. Măsuri timpurii de intervenție și activare

- O bază de date integrată privind șomajul în rândul tinerilor
- Campanii de informare în școli
- Extinderea sistemelor de autoasistență și implementarea acestora la nivel local, mai ales în zonele rurale
- Continuarea programelor „A doua șansă la o educație primară și gimnazială” și „Bani de liceu”

2. Măsuri de integrare de piața muncii

- Măsuri de activare pentru munca independentă și parteneriate
- Consiliere și îndrumare profesională
- Instruire profesională
- Alocații de mobilitate
- Plăți stimulatorii pentru angajatori
- Programe pilot de garanție pentru tineret.

Anexe: O inițiativă de pregătire a personalului pentru a profesionaliza activitatea consilierilor ANOFM și a mediatorilor

Abordarea avută în vedere este ca ANOFM să încheie un contract cu o universitate (fie facultatea de psihologie, fie facultatea de educație/consiliere a adulților) pentru a furniza împreună un program de pregătire pe două niveluri pentru consilierii și mediatorii pentru ocuparea forței de muncă și pentru alte categorii de personal care lucrează în prima linie în domeniul ocupării forței de muncă. Primul nivel (cu normă parțială timp de șase luni) va fi furnizat întregului personal relevant și va consta dintr-o introducere în orientarea profesională vocațională privind SPOFM. Al doilea nivel (a se vedea caseta A1 de mai jos) va fi inițial furnizat unui număr selectat de absolvenți ai primului nivel, fiind necesari doi ani pentru absolvirea celui de-al doilea nivel cu normă parțială. Scopul final va fi de a avea pregătită la al doilea nivel cea mai mare parte a personalului care lucrează în prima linie în domeniul ocupării forței de muncă și care dorește să participe. Cursurile descrise în Caseta A1 au fost dezvoltate în Irlanda de către National University of Ireland, Maynooth⁴¹⁸ și orice astfel de inițiative în România ar trebui dezvoltate de la zero, luând în considerare condițiile locale și o analiză a necesităților de pregătire.

⁴¹⁸ Acest model se bazează pe cursul Certificatul de Îndrumare și Consiliere, dezvoltat de Departamentul pentru Educația Adulților al National University of Ireland-Maynooth împreună cu SPOFM irlandez (FAS).

Dacă există condițiile potrivite, primul nivel de pregătire poate fi implementat rapid. În Irlanda, este furnizat într-un cadru de învățare deschis care integrează materiale de învățare pentru studiu acasă și seminarii. Metodologia seminariilor va fi bazată pe o abordare bazată pe experiență practică, care încurajează oamenii să se angajeze într-un proces de învățare prin reflecție critică. Cursul va explora modelele și abordările în ceea ce privește îndrumarea și consilierea, ca și analize de caz privind clienții, reflecții privind bunele practici și competențe de îndrumare aplicate. Temele seminariilor ar putea include:

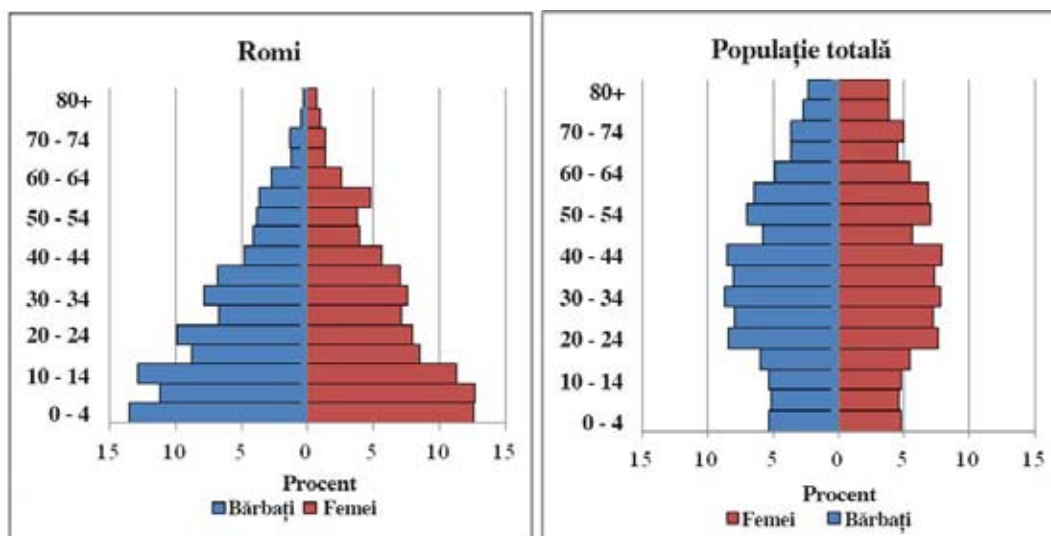
- Dezvoltarea adulților și procesul de îndrumare
- Modele de îndrumare a adulților
- Competențe de îndrumare aplicate
- Sistem de asistență, contacte și granițe
- Schimbare, tranziție și pierdere
- Înțelegerea agresiunii și conflictului
- Dezvoltarea unei calități a vieții active
- Încheierea proiectelor și evaluare.

Procedurile de evaluare ar putea include aplicații privind competențele la locul de muncă și prezentări de caz, jurnale de învățare și interviuri realizate de către formator. Pregătirea va furniza competențele și strategiile utilizate în publicitate, informare și îndrumare, evaluarea informațiilor și a contactelor în contextul pieței muncii, lucrul efectiv împreună cu alte persoane, în echipe și rețele, gestionarea relațiilor și a limitelor în ceea ce privesc clienții și definirea rolurilor în diferite situații și contexte.

Anexe – Transferurile Sociale

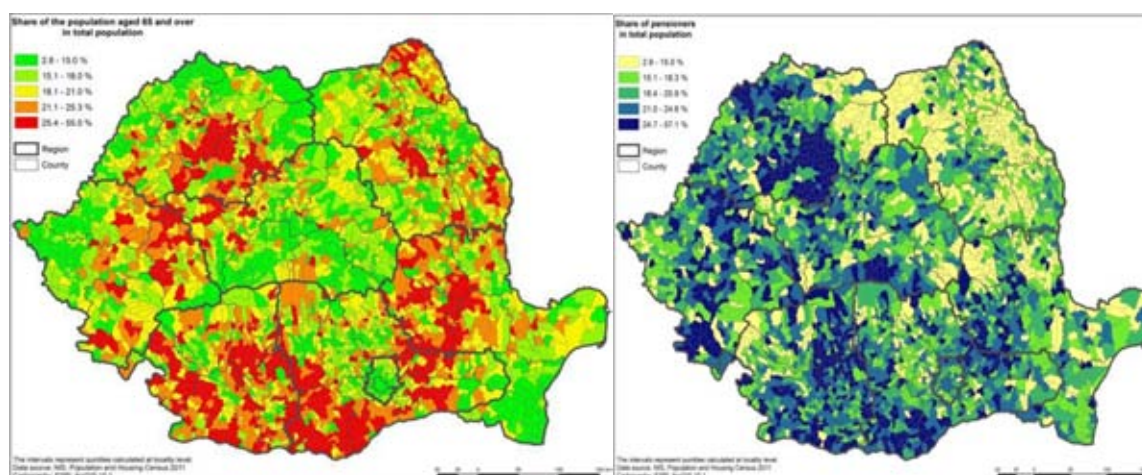
Anexe: Date statistice

Figura A 2: Piramide contrastante ale populației: Romii și populația generală din România



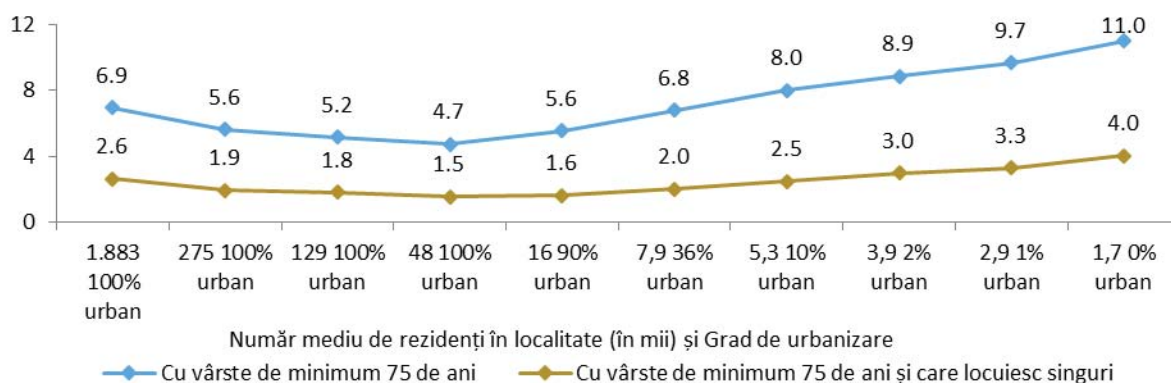
Sursa: Bazat pe Ancheta regională privind romii a PNUD/Băncii Mondiale/CE (2011) și Departamentul ONU de afaceri economice și sociale, diviziunea populației (2013). World Populations Prospects (Perspectivele populației mondiale): Ediție revizuită 2012, pe DVD.

Figura A 3: Stânga: Ponderea populației în vârstă de 65 de ani și peste în totalul populației, Dreapta: Ponderea pensionarilor în totalul populației



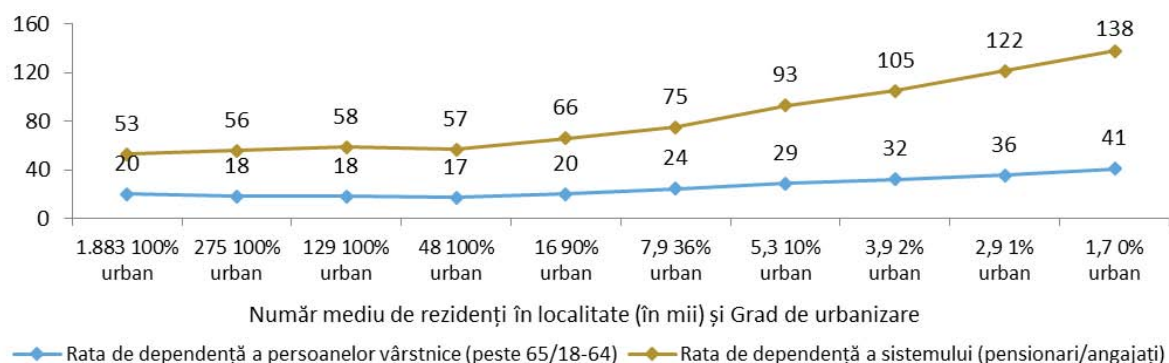
Sursa: Date Recensământ 2011.

Figura A 4: Proportia de populație în vârstă de peste 75 de ani și care trăiește singură în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație



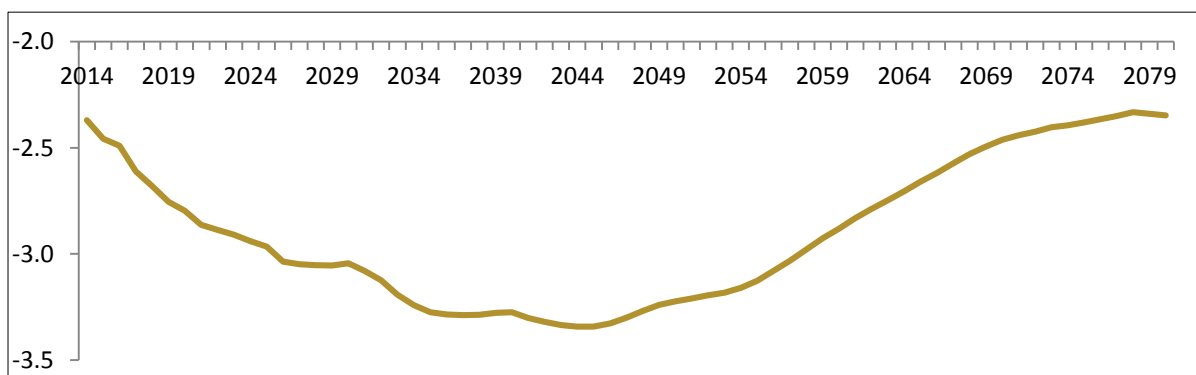
Sursa: Date Recensământ 2011.

Figura A 5: Raportul de dependență a persoanelor vârstnice în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație



Sursa: Date Recensământ 2011.

Figura A 6: Deficitul proiectat al sistemului de pensii PAYG ca procent din PIB



Sursa:

Anexe – Serviciile sociale

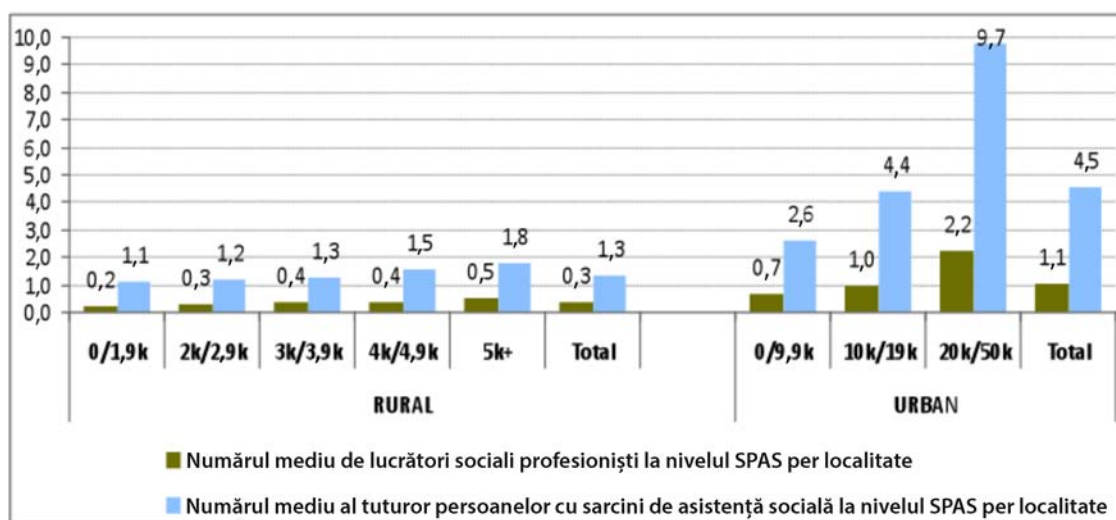
Anexe: Date statistice

Tabel A 26: Organizarea administrativă a SPAS la nivel de comunitate (%)

	Direcție	Serviciu	Compartiment	Birou	Nicio structură specializată	Total	Număr de localități
Rural							
0-1.999 locuitori,		4	46	3	47	100	751
2.000-2.999		6	54	3	38	100	782
3.000-3.999		10	57	4	29	100	603
4.000-4.999		13	60	3	24	100	326
peste 5.000 de locuitori,		11	66	5	18	100	399
Total		8	55	3	34	100	2.861
Urban							
<10.000 locuitori,	2	33	48	9	8	100	134
10.000-20.000	7	46	41	7	0	100	91
20.000-50.000,	29	63	6	2	0	100	54
Total	8	43	38	7	4	100	279

Sursa: Banca Mondială „Servicii de asistență socială la nivelul comunității”, mai 2014.

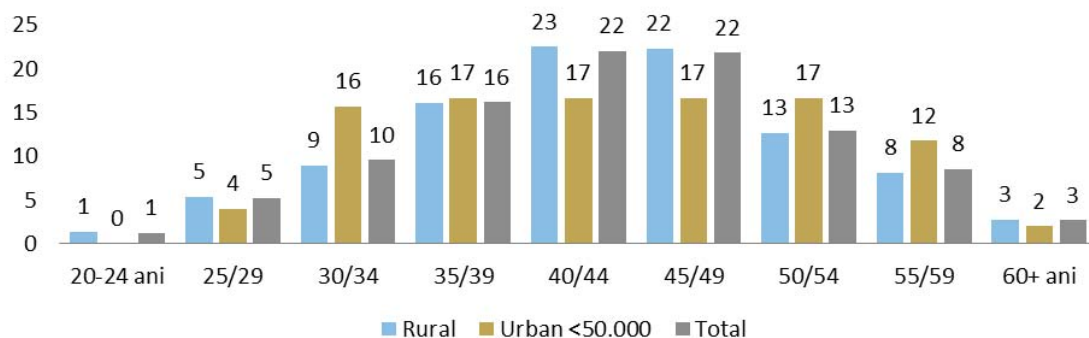
Figura A 7: Resurse Umane la nivelul SPAS



Sursa: Banca Mondială „Servicii de asistență socială la nivelul comunității”, mai 2014.

Notă: k = mii de locuitori.

Figura A 8: Distribuția pe grupe de vârstă a personalului cu responsabilități de asistență socială la nivelul SPAS (%)



Sursa: Banca Mondială „Servicii de asistență socială la nivelul comunității”, mai 2014.

Notă: Localități urbane = acelea cu mai puțin de 50.000 de locuitori.

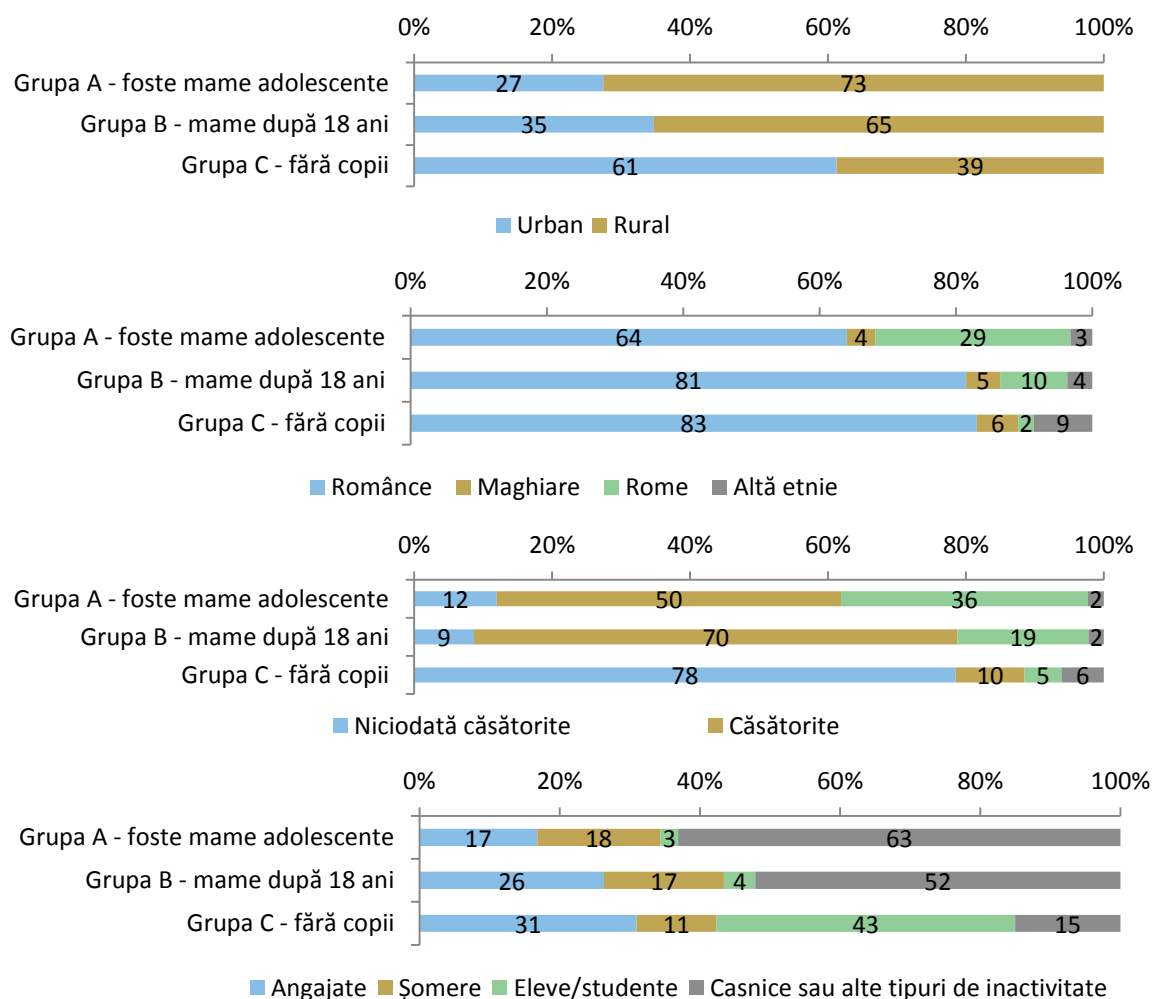
Tabel A 27: Participarea la educație a copiilor cu părinți emigranți (%)

	% din copiii cu vârste de 6-9 ani cuprinși în sistemul de educație	% din copiii cu vârste de 10-14 ani cuprinși în sistemul de educație	% din copiii cu vârste de 15-17 ani cuprinși în sistemul de educație
Copii cu ambii părinți acasă	75,5	97,3	92,8
Copii cu un părinte acasă și celălalt emigrant în străinătate	77,1	97,9	91,3
Copii cu ambii părinți emigranți în străinătate	60,3	87,0	73,3
Copii cu un părinte acasă și celălalt emigrant în țară	77,2	97,5	92,1
Copii cu ambii părinți emigranți în țară	65,3	89,4	86,8
Copii cu un părinte emigrant în străinătate și un părinte emigrant în țară	67,1	93,8	89,9

Sursa: Calculele autorilor utilizând datele Recensământului 2011.

Notă: Părinții emigranți sunt aceia care au emigrat în străinătate sau în țară pentru lucru sau pentru studii, care sunt absenți din cadrul familiei timp de mai puțin de 12 luni.

Figura A 9: Comparații între femeile tinere (18-24 de ani) care au fost mame adolescente, care au avut primul copil după vârsta de 18 ani și care nu au copii (%)



Sursa: Calculele autorilor utilizând datele Recensământului 2011.

Anexe: Metodologia recensământului privind serviciile de asistență socială la nivelul comunității

Banca Mondială a realizat un recensământ al serviciilor publice de asistență socială (SPAS) în orașe și în comunitățile rurale din România, în mai 2014, pentru a obține date necesare acestei strategii.

Scopul recensământului a fost de a cartografia toate persoanele care lucrează pentru autoritățile locale având responsabilități în domeniul asistenței sociale. Chestionarul a adunat informații privind numărul de persoane cu responsabilități în domeniul asistenței sociale, tipul de contract pe care îl aveau, nivelul lor de educație și calificările, precum și funcțiile lor în cadrul organizației. Chestionarul a fost completat de 3.014 localități din totalul de 3.180, rata de completare fiind de 95 la sută.

Din cauza caracteristicilor sale speciale, Bucureștiul nu a fost inclus în analiză. Din cauza non-răspunsurilor parțiale, cele 40 de orașe cu cel puțin 50.000 de locuitori au fost, de asemenea, excluse din analiză. Astfel, analiza prezentată în această Strategie acoperă toate cele 279 de orașe cu populație mai mică de 50.000 de locuitori și toate cele 2.861 de comune, în total, 3.140 de autorități locale. Datele nu sunt ponderate.

Tabel A 28: Rate de finalizare a recensământului după zone (urbană și rurală) și mărimea populației

	Mărimea populației	Nr. de localități din România	Nr. de localități care au răspuns	Rata de completare (%)
România	Total	3.180	3.014	95
Urban	0/4.999	29	27	93
	5.000/9.999	105	103	98
	10.000/14.999	64	61	95
	15.000/19.999	27	25	93
	20.000/49.999	54	50	93
	50.000/99.999	21	21	100
	100.000/500.000	19	14	74
	Total	319	301	94
Rural	0/1.999	751	704	94
	2.000/2.999	782	739	95
	3.000/3.999	603	577	96
	4.000/4.999	326	315	97
	peste 5.000	399	378	95
	Total	2.861	2.713	95

Sursa: Banca Mondială „Servicii de asistență socială la nivelul comunității”, mai 2014.

Anexe: Servicii de recuperare medicală pentru persoanele cu dizabilități

În România, serviciile de recuperare medicală pentru persoanele cu dizabilități erau acordate în trecut în medii instituționalizate, dar tendința este ca autoritățile locale sau ONG-urile acreditate să furnizeze aceste servicii din ce în ce mai mult în cadrul comunității.

Recuperarea fizică medicală pentru copii este furnizată în centre speciale gestionate de Ministerul Sănătății, fie în spitalele de recuperare din Bușteni (Prahova), Gura Ocniței (Dâmbovița), Dezna (Arad), Băile Felix (Bihor) și Mangalia (Constanța), fie în centrele de recuperare de la nivel județean și municipal. Aceste centre sunt relativ bine echipate și sunt conduse de profesioniști calificați. Tendința actuală este de a progresa către un număr mai mare de servicii de recuperare mai mici situate în municipii și gestionate de DGASPC. ONG-urile dezvoltă de asemenea servicii de recuperare medicală din anii 1990, fie în centre specializate (de exemplu, în Cluj, Iași și Timișoara), fie ca servicii specifice în cadrul centrelor de zi sau a unor mici case de tip familial.

Recuperarea medicală pentru adulți este furnizată în spitale publice și unități de recuperare principale, ca și în centre specializate și stațiuni balneare, în funcție de tipul de intervenție și de dizabilități. Totuși, există rapoarte care arată că, pentru adulții cu dizabilități, este mai dificil să acceseze servicii de recuperare, decât pentru copii. Legea 448/2006 le dă dreptul de acces gratuit la programe de recuperare și dispozitive medicale, pe baza Contractului cadru al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS). Asistenții personali sunt obligați să însoțească gratis persoanele cu dizabilități severe și observabile la aceste unități medicale sau de recuperare. Totuși, în practică marea majoritate a familiilor susțin că sunt obligate să plătească asistenții personali, ca și un număr semnificativ de consumabile medicale, medicamente și echipamente din cauza bugetului anual limitat al CNAS.

Unitățile de recuperare rezidențiale sunt organizate sub coordonarea metodologică a Direcției Naționale pentru Protecția Persoanelor cu Handicap (DPPH) și sunt administrate de DGASPC județene (finanțate de la bugetul de stat). Alte centre de recuperare medicală sunt administrate de Ministerul Sănătății. Începând din 2007, noi unități de reabilitare medicală sunt înființate regulat pentru a furniza îngrijire în ambulatoriu pentru persoanele cu dizabilități care nu sunt instituționalizate. Toate aceste servicii, inclusiv profesioniștii care lucrează pe cont propriu, trebuie să se supună în prezent unui proces de acreditare pentru a se asigura că există un inventar precis la nivel administrativ, pentru fiecare județ (în cadrul Direcției de Sănătate). Serviciile comerciale, inclusiv mici centre de recuperare multidisciplinare și centre de fizioterapie se extind de asemenea foarte rapid, mai ales în orașele mai mari.

Câteva exemple de servicii de recuperare medicală care sunt furnizate în prezent în România sunt următoarele:

Servicii de recuperare de masă, care includ servicii de recuperare fizică medicală în spitale și stațiuni balneare (cum ar fi fizioterapie, electroterapie și hidroterapie)

Servicii de recuperare specializate pentru persoane cu dizabilități (în cadrul centrelor de îngrijire de zi, centrelor rezidențiale sau centrelor de recuperare specifică pentru persoane cu dizabilități). Aceste servicii sunt destinate nevoilor de recuperare medicală specifice ale diferitelor grupuri de persoane cu dizabilități (cum ar fi paralizie cerebrală, boli rare și agenzie). DGASPC oferă servicii de recuperare la nivel județean pentru copii cu dizabilități (prin servicii rezidențiale și de îngrijire de zi) și pentru adulții cu dizabilități în următoarele unități:

- Centre pilot de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap (CPRPH)
- Centre de recuperare și reabilitare a persoanelor cu handicap (CRRPH)
- Centre de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică (CRRN)
- Servicii de asistență pentru activități zilnice, inclusiv:

- Producția de dispozitive ortopedice, proteze și alte echipamente medicale care măresc capacitatea persoanei de a îndeplini funcții și activități zilnice
- Furnizarea de consumabile medicale pentru persoanele cu dizabilități (cum ar fi articole pentru incontinență, alimentație lichidă și îngrijirea rănilor).

Anexe: Servicii de asistență pentru persoanele cu dizabilități

Creșterea accesului persoanelor cu dizabilități la programe, facilități și servicii de asistență pentru viață independentă sau asistată este crucială pentru asigurarea integrării lor complete în societate. Viața independentă sau asistată este domeniul în care rolul serviciilor de asistență este unul cheie. Până în prezent, sistemul serviciilor sociale din România permite următoarele servicii:

Servicii principale:

- Locuințe sociale - alocarea unei locuințe sociale fără plata chiriei pentru persoanele cu dizabilități trebuie să fie o prioritate pentru furnizorii de servicii sociale. Trebuie să existe o cameră suplimentară pentru familia unei persoane cu dizabilități; acestea pot fi apartamente aflate în proprietatea statului în care sunt cazate persoane cu dizabilități (Legea 448/2006).
- Structuri rezidențiale pentru vârstnici
- Plasament pentru copii cu dizabilități fără îngrijire din partea părinților.

Servicii specifice pentru persoanele cu dizabilități:

- Centre publice pentru îngrijire și asistență (CIA/DPPD)
- Adăposturi publice sau case de grup pentru adulți (DPPD)
- Centre rezidențiale pentru copii cu dizabilități (Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului)
- Servicii rezidențiale private pentru persoanele cu dizabilități, de obicei în structuri familiale sau case de tip familial, dar și în structuri rezidențiale mai mari.

Servicii de asistență pentru viață independentă sau pentru îngrijire la domiciliu:

- Dobândă subvenționată la împrumuturile bancare contractate de persoanele cu dizabilități pentru cumpărarea sau renovarea/adaptarea specială a unei case sau a unui apartament
- Asistent personal
- Locuințe subvenționate în apartamente sau case care sunt situate în comunitate
- Asistență la domiciliu pentru activități și probleme de rutină zilnice
- Centre de odihnă pentru familii
- Interpreți pentru limbajul semnelor și pentru comunicare ușor de înțeles
- TIC și dispozitive de asistență
- Mijloace de transport adaptate
- Consilier pentru viața independentă/manager de caz pentru persoane cu dizabilități.

Anexe: Principii de organizare și furnizare a serviciilor pentru utilizatorii de droguri din România

Conform standardelor naționale dezvoltate de Agenția Națională Antidrog (2005) utilizatorilor de droguri din România li se furnizează trei niveluri de servicii.

Serviciile de **nivelul 1** sunt furnizate atât de instituții publice, cât și de ONG-uri și nu au acoperire națională. Acestea implică identificarea utilizatorilor, convingerea acestora să caute tratament, trimiterea lor către servicii specializate, rezolvarea nevoilor lor de bază sociale și medicale și coordonarea cu furnizorii de servicii de nivelul 2 și 3. Concret, principalele servicii furnizate de nivelul 1 sunt: furnizarea de tratament de substituție; testarea rapidă pentru HIV și hepatită (B și C); distribuirea de prezervative; consiliere înainte și după testare; vaccinare împotriva hepatitei A și B; îngrijire medicală generală; și promovarea de servicii de reducere a nocivității legate de problemele utilizării de droguri.

Serviciile de **nivelul al 2-lea** sunt furnizate de unități specializate din sistemul public de sănătate și de centre de prevenire, evaluare și consiliere antidrog (CPECA). Acestea furnizează îngrijire și monitorizare de specialitate și trimit utilizatorii către serviciile de nivelul al 3-lea. Concret, principalele servicii furnizate de nivelul al 2-lea sunt: furnizarea de tratament de substituție; tratament de continuare a abstenenței; reabilitare în ambulatoriu; teste de droguri în fluide corporale; testare rapidă pentru HIV și hepatită; distribuirea de prezervative; consiliere înainte și după testare; vaccinare împotriva hepatitei A și B; îngrijire medicală generală; terapie ocupațională (ergoterapie); îngrijire medicală psihiatrică; psihoterapie individuală, de grup sau de familie; testare standardizată pentru evaluare psihologică; și promovarea serviciilor furnizate de centrul de asistență integrată în adicții (CAIA).

Serviciile de **nivelul al 3-lea** sunt compuse din servicii de reintegrare socială și sunt furnizate de centre post-tratament și comunități de terapie.

Principiile care stau la baza standardelor care guvernează serviciile destinate utilizatorilor de droguri din România sunt după cum urmează: (i) toate nivelurile de servicii trebuie să fie disponibile în toate regiunile țării (posibil în fiecare județ); (ii) tratamentul utilizatorului de droguri nu trebuie să se concentreze numai pe tratarea dependenței, dar și pe rezolvarea problemelor de sănătate, sociale, juridice și profesionale legate de utilizarea de droguri; (iii) medicația necesară pentru tratamentul adicției trebuie să fie însoțită de consiliere psihologică și psihoterapie comportamentală; (iv) recuperarea unei persoane dependente de droguri este un proces de lungă durată care trebuie monitorizat de specialiști și ajustat atunci când este necesar.

Anexe: Organizarea și tipurile serviciilor pentru victimele traficului de ființe umane din România

Conform legislației și politicii naționale, victimele traficului de ființe umane au dreptul la servicii gratuite furnizate în primul rând prin: (i) centre de asistență a victimelor; (ii) servicii de protecție a victimelor și servicii pentru reintegrarea socială a infractorilor; și (iii) ONG-uri.

Centrele de asistență sunt stabilite și organizate conform Legii 678/2001 în fiecare județ și sector. Acestea există în cadrul direcțiilor județene de asistență socială și protecție a copilului și sunt finanțate de Consiliul Județean, inclusiv centrele de tranzit pentru adulți și minori neînsoțiți.

Serviciile de protecție a victimelor și serviciile pentru reintegrarea socială a infractorilor sunt înființate și organizate conform Legii 2004/2011 în fiecare județ, în cadrul tribunalelor. Ambele tipuri de servicii se adresează atât victimelor traficului de ființe umane, cât și victimelor violenței domestice.

ONG-urile pot organiza servicii separate pentru traficul de ființe umane sau în parteneriat cu autoritățile publice (de exemplu, centrele și serviciile menționate mai sus sau consiliile locale). Totuși, serviciile ONG-urilor pentru victimele traficului de ființe umane sunt organizate separat de serviciile ONG-urilor pentru victimele violenței domestice.

Mai multe instituții joacă un rol în trimiterea victimelor traficului de ființe umane către servicii specializate. Acestea includ Poliția de Frontieră, Biroul pentru Combaterea Crimei Organizate, Direcția de Asistență Socială și Protecția Copilului, ANITP, autoritățile locale, Serviciul Social Internațional, Organizația Internațională pentru Migrație și alte organizații internaționale active în acest domeniu.

Victimele violenței domestice sunt îndrumate în principal de către poliție, Direcția de Asistență Socială și Protecția Copilului, autoritățile locale și ONG-uri.

De asemenea, dacă o victimă a traficului de ființe umane este implicată într-un proces penal declanșat de autorități împotriva traficantilor, aceasta poate solicita protecție fizică și/sau să fie plasată într-un Centru de Asistență sau într-un program de protecție a martorilor. În plus, conform Legii 211/2004, victimele pot primi compensații financiare.

Furnizorii din acest domeniu sunt implicați și în acțiuni de prevenire a traficului de ființe umane, cum ar fi seminarii, campanii de prevenție și serviciul telefonic de asistență gestionat de ANITP. De asemenea, aceștia ajută la monitorizarea fenomenului prin raportarea datelor despre beneficiarii de servicii centrelor regionale ale ANITP sau altor instituții responsabile pentru prevenirea și contracararea traficului de ființe umane.

În afara serviciilor furnizate în unități specializate după cum este descris mai sus, conform legii (292/2011), victimele pot primi și servicii comunitare compuse din asistență socială, sprijin emoțional, consiliere psihologică, consiliere juridică, îndrumare profesională și ajutor privind reintegrarea socială.

Tabel A 29: Tipuri de servicii furnizate victimelor traficului de ființe umane din România

Nume/Categorie de servicii	Tip de măsură	Centre de asistență	Servicii de protecție	ONG-uri
Informații (privind drepturile și serviciile disponibile)	Distribuire de materiale informative Informare față în față	Da	Da	Da
Asistență psihologică	Evaluare psihologică Psihoterapie individuală Psihoterapie de grup Terapie de cuplu sau de familie Terapie artistică	Da	Da	Da
Asistență socială	Ajutor privind obținerea de acte de identitate	Da		Da

	Mediatizarea relațiilor victimelor cu autoritățile, cu familiile lor și cu alte servicii de asistență socială Consiliere pentru a ajuta la integrarea socială și profesională a victimelor			
Ajutor material	Furnizarea de suplimente alimentare, produse de igienă și de curățenie, îmbrăcăminte și încălțăminte			Da
Asistență privind locuința	Cazare temporară (de la 10 zile până la 3 luni) într-un centru de primire a victimelor Asistență pentru găsirea unei locuințe permanente	Da		Da
Asistență juridică	Consiliere juridică	Da	Da	Da
Îngrijire medicală	Trimiterea victimelor către servicii medicale specializate, dacă au nevoie de îngrijire medicală	Da		Da
Asistență pentru reintegrarea școlară	Furnizată în cooperare cu Inspectoratul Școlar Județean	Da	Da	Da
Asistență pentru reintegrarea profesională	Consiliere și îndrumare profesională (Conform Legii 678/2001, victimele traficului de ființe umane primesc servicii „prioritare” din partea agențiilor județene de ocupare a forței de muncă și formare profesională.	Da	Da	Da

Anexe: Organizarea serviciilor pentru victimele violenței domestice din România

Măsurile pentru prevenirea și contracararea violenței domestice în România sunt descrise în cel mai recent document de politici, Strategia Națională pentru Prevenirea și Combaterea Violenței Domestice pentru perioada 2013-2017. Abordarea combaterii violenței domestice este un efort transversal sub coordonarea MMFPSPV în parteneriat cu Ministerul de Interne, Ministerul Sănătății și Ministerul Justiției.

Tabel A 30: Servicii sociale pentru victimele violenței domestice și pentru agresori în România, 2012

Tip de unitate	Descriere	Număr de unități/ acoperire în teritoriu
Adăposturi (centre de primire pentru urgențe)		26/ nu în toate județele
Centre de recuperare pentru victimele violenței domestice	Unități de asistență socială cu sau fără structură juridică, care oferă cazare, îngrijire și reabilitare și integrare socială a victimelor	15/ nu în toate județele
Centre pentru prevenirea și contracararea violenței domestice		12/ nu în toate județele
Centre de informare și de conștientizare publică		8/ nu în toate județele
Birouri pentru prevenirea și contracararea violenței domestice		3/ nu în toate județele
Centre de asistență pentru agresori	Unități de asistență socială cu sau fără structură juridică care oferă un sistem rezidențial sau semirezidențial pentru reabilitarea și reintegrarea	2/ nu în toate județele

	socială a agresorilor, educare, consiliere și mediere în cadrul familiei, ca și tratamente psihiatrice sau pentru dependența de alcool sau de droguri (în colaborare cu spitale/clinici specializate)	
Centre de primire de urgență pentru minori		11/ nu în toate județele
Centre de plasament		4/ nu în toate județele
Unități de asistență socială care furnizează și servicii pentru victimele violenței domestice		22/ nu în toate județele
Ordin de restricție (măsură conform Legii 25/2012), ca instrument de asistență a victimelor violenței domestice și pentru a ajuta la recuperarea/reabilitarea agresorului		La nivel național
Servicii sociale primare furnizate în cadrul comunității		La nivel național

Anexe – Educație

Anexe: Date statistice

Tabel A 31: Model explicativ al abandonului școlar în rândul adolescenților cu vârste de 15-18 ani

	Raport de probabilitate		
	Modelul 1	Modelul 2	Modelul 3
Rural comparativ cu Urban	1,8***	3,3***	2,0***
Bărbați comparativ cu Femei	1,5***	1,2***	1,5***
Educația mamelor: Studii cel mult primare comparativ cu Studii cel puțin liceale		49,4***	23,8***
Educația mamelor: Gimnaziu comparativ cu Studii cel puțin liceale		10,7***	6,7***
Educația mamelor: Studii gimnaziale comparativ cu Studii cel puțin liceale		3,7***	2,7***
Prima decilă comparativ cu cel puțin a 5-a decilă			4,0***
A 2-a decilă comparativ cu cel puțin a 5-a decilă			2,4***
A 3-a - a 4-a decilă comparativ cu cel puțin a 5-a decilă			1,5***
Constantă	0,08***	0,5***	0,01***
Pseudo R ²	0,04	0,21	0,23
Probabilitate logaritmică	-4193	-2570	-2485
LR chi2; df, prob>chi2	375; 2; 0,0	1326; 5; 0,0	1497; 8; 0,0

Sursa: Calculele Băncii Mondiale folosind ABF 2009-2012 (date comune).

Anexe: Cadrul legislativ și educațional pentru persoane cu dizabilități

Cadrul legislativ care reglementează accesul la educație pentru persoane cu dizabilități este larg și acoperă toate aspectele educației, de la studii preșcolare la studii universitare și formare profesională.

- Constituția României (articolul 16, Egalitatea de drepturi).
- Legea 221/2010 privind ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități.
- Legea 18/1990 privind ratificarea Convenției ONU privind drepturile copilului, republicată în Monitorul Oficial nr. 314/2001.
- Legea educației, nr. 1/ 5.01.2011 (a se vedea în principal capitolul 2, secțiunile 13 și 16).
- Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități.
- Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului.
- Ordonanța 137/2000, aprobată prin Legea nr. 48/2002, privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, cu toate modificările și actualizările (publicată în Monitorul Oficial nr.69, ianuarie 2002).

- Legea 107/2004, privind amendarea Legii 76/2002 privind asigurarea de șomaj (ref. la pregătirea gratuită a adulților șomeri).

Plus următoarele:

- Decizia nr. 1251/2005 a Ministerului Educației privind unele măsuri de îmbunătățire a activității de învățare, instruire, compensare, recuperare și protecție specială a copiilor/elevilor/tinerilor cu cerințe educative speciale din cadrul sistemului de învățământ special și special integrat (<http://lege5.ro/Gratuit/haydgojw/hotararea-nr-1251-2005-privind-unele-masuri-de-imbunatatire-a-activitatii-de-invatare-instruire-compensare-recuperare-si-protectie-speciala-a-copiilor-elevilor-tinerilor-cu-cerinte-educative-speciale->)
- Ordinul nr. 6552/2011 al Ministerului Educației, privind funcționarea Comisiei, respectiv Serviciului de evaluare și orientare școlară a copiilor, elevilor și tinerilor cu cerințe educaționale speciale, din cadrul Centrului Județean de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE).
- Ordinul 5555/2011 privind funcționarea CJRAE/CMBRAE.
- Ordinul Ministrului Educației nr. 3414/16.03.2009 privind organizarea de licee tehnologice speciale (clasele IX - XI).
- Ordin ministerial nr. 4928/8.09.2005 privind organizarea de clase/grupe/sau școli speciale care să înscrie copii cu dizabilități severe, accentuate sau asociate (clasele I - X).
- Ordin ministerial nr. 4928/8.09.2005 privind organizarea de clase/grupe în școlile obișnuite și speciale care să înscrie copii cu dizabilități ușoare și medii.
- Ordin ministerial nr. 5379/25.11.2004 privind metodologia pentru servicii de asistență educațională pentru copii cu necesități educaționale speciale, înscriși în sistemul obișnuit de educație (profesori de asistență/ profesori mobili).
- Decizia 522/8.05.2003 privind metodologia pentru implementarea ordonanței 129/2000, privind pregătirea profesională a adulților.

Anexe – Sănătate

Anexe: Date statistice

Tabel A 32: Pachetul minim de servicii medicale de bază pentru populația neasigurată, 2014

Serviciu	Frecvența vizitelor	Nr. de puncte per vizită	Valoarea monetară a punctelor (RON)	Onorariul medicilor generaliști (RON)	Onorariul medicilor generaliști cu vechime (RON)
1. Servicii medicale pentru urgențe medicale/chirurgicale	1 vizită per persoană per episod	5,5	1,83	10	12
2. Supraveghere și detecție - boli infecțioase cu risc endemic/epidemic - suspectate și confirmate	1 vizită per persoană per boală	5,5	1,83	10	12
3. Îngrijire prenatală și postnatală					
3.a. Înscriere sarcină - primul trimestru	1 vizită	5,5	1,83	10	12
3.b. Monitorizare lunară (lunile 3-6)	1 vizită pe lună	5,5	1,83	10	12
3.c. Monitorizare bilunară (lunile 7-9)	2 vizite pe lună	5,5	1,83	20	24
3.d. Îngrijire postnatală - vizită la domiciliu după naștere	1 vizită la domiciliu	15	1,83	27	33
3.e. Controlul mamei la 4 săptămâni după naștere	1 vizită	5,5	1,83	10	12
4. Servicii de planificare familială	2 vizite per persoană per an	5,5	1,83	20	24
5. Eliberare certificat de deces	1 vizită la domiciliu	15	1,83	27	33

Sursa: Date din Contractul cadru și normele sale de aplicare privind furnizarea de servicii în anii 2014-2015 în cadrul Sistemului de Asigurări de Sănătate (Hotărârea de Guvern 400/2014; Ordonanța MS-Casa de Asigurări de Sănătate 619-360, mai 2014).

Anexe – Locuințe

Anexe: Date statistice

Tabel A 33: Locuințe aflate în proprietate personală în UE-28: cele cinci țări cu cel mai mare procent și cele cu cel mai mic procent, în 2000 și 2012

	2000		2012	
	Total	Săraci*	Total	Săraci*
UE27			70,4	52,6
România	97	95	96,6	96,0
Lituania	95	92	91,9	85,6
Ungaria	94	86	90,5	82,9
Slovacia			90,4	82,3
Croația			89,5	87,3
Danemarca			64,3	29,1
Franța	70	52	63,7	35,2
Austria	69	68	57,5	30,5
Germania	56	36	53,3	24,9
Elveția			43,8	31,7

Sursa: Eurostat.

* Persoane în risc de sărăcia a veniturilor în funcție de pragul de 60% din mediana veniturilor.

Tabel A 34: Procentul de adulți tineri cu vârste de 18-34 de ani care locuiesc cu părinții lor

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
UE-28	47.1	47.5	47.7	47.4	48.2	48
România	57.2	57.1	58.3	58.9	60	61.7
Lituania	54.7	54.8	55.4	55.7	54	56.6
Ungaria	51.5	53.2	58.2	60.6	61.9	63.1
Croația				68.7	70.5	71.3
Bulgaria	59.7	62.7	62.8	66	66.7	64.5
Italia	60.7	60.5	61.1	60.5	62.6	64
Polonia	59.4	58.5	58.2	58.4	60.5	60.2

Sursa: Eurostat.

Tabel A 35: Număr de persoane per camere locuite, 2012

Decile de venit	ROMANIA				URBAN				RURAL			
	Media	Dev. Std.	Min	Max	Media	Dev. Std.	Min	Max	Mean	Dev. Std.	Min	Max
D1	1.44	0.91	0.13	7	1.76	1.11	0.13	7	1.37	0.84	0.20	7
D2	1.02	0.64	0.13	7	1.35	0.80	0.25	6	0.92	0.54	0.13	7
D3	0.92	0.57	0.13	4	1.22	0.68	0.14	4	0.80	0.48	0.13	4
D4	0.91	0.56	0.17	5	1.17	0.65	0.17	4	0.77	0.45	0.17	5
D5	0.88	0.52	0.14	6	1.06	0.58	0.20	4	0.73	0.43	0.14	6
D6	0.83	0.48	0.13	4	0.96	0.52	0.25	4	0.67	0.35	0.13	4
D7	0.81	0.44	0.14	4	0.90	0.46	0.17	4	0.65	0.34	0.14	2
D8	0.79	0.40	0.14	4	0.85	0.40	0.14	3	0.66	0.36	0.14	4
D9	0.79	0.39	0.17	3	0.84	0.40	0.17	3	0.61	0.29	0.17	2
D10	0.73	0.37	0.13	3	0.76	0.38	0.13	3	0.55	0.28	0.17	2

Sursa: Institutul Național de Statistică, ABF 2012.

Notă: Decile de venit bazate pe venitul monetar total lunar pe cap de locuitor al gospodăriei (fără consum propriu).

Tabel A 36: Suprafața camerelor locuite (metri pătrați) per persoană, 2012

Decile de venit	ROMÂNIA					URBAN			RURAL			
	Media	Dev. Std.	Min	Max	Mean	Dev. Std.	Min	Max	Media	Dev. Std.	Min	Max
D1	14.79	10.98	1.17	200.0	12.93	12.45	1.17	200	15.25	10.54	1.50	95
D2	20.64	13.39	2.29	130.0	16.41	11.07	2.29	88	22.00	13.79	2.29	130
D3	23.36	14.92	3.43	147.0	18.03	12.81	3.50	87	25.42	15.17	3.43	147
D4	23.66	15.29	3.00	130.0	18.72	12.31	3.00	120	26.34	16.06	3.00	130
D5	24.59	14.73	3.50	180.0	20.94	12.95	3.50	100	27.49	15.39	3.50	180
D6	26.42	16.10	3.13	170.0	22.91	13.43	3.33	96	30.74	17.95	3.13	170
D7	26.46	14.79	3.00	120.0	23.45	12.86	3.00	100	31.62	16.39	6.00	120
D8	27.00	15.36	3.00	150.0	24.91	13.74	4.80	112	32.05	17.73	3.00	150
D9	26.81	14.29	4.14	135.0	25.08	13.22	4.14	120	32.33	16.07	6.00	135
D10	29.40	15.27	4.67	140.0	28.10	14.33	4.67	140	35.76	17.95	7.00	128

Sursa: Institutul Național de Statistică, ABF 2012.

Notă: Decile de venit bazate pe venitul monetar total lunar pe cap de locuitor al gospodăriei (fără consum propriu).

Tabel A 37: Deprivare sevră de locuire în funcție de riscul de sărăcie și vârstă (copii), 2007-2012, (%)

	România		UE-28	
	2007	2012	2007	2012
Populația totală	31,8	22,8	7,2	5,0
Populație expusă riscului de sărăcie	52,6	49,2	15,6	12,6
Copii	46,1	36,9	10,0	7,5
Copii expuși riscului de sărăcie	71,4	63,6	21,8	18,1

Sursa: Eurostat.

Tabel A 38: Proporția de populație afectată de diferite tipuri de deprivare de locuire (%)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lipsa unei căzi de baie sau a unui duș din locuință	UE-28	3,6	3,4	3,1	2,9	2,8	2,7
	România	41,8	41,7	41,2	38,9	36,8	35,4
Lipsa unui WC interior pentru unica folosință a gospodăriei	UE-28	4,1	3,7	3,5	3,4	3,1	3
	România	44	41,2	42,5	40,8	38,7	37
Acoperiș spart, pereți, podele sau fundație cu igrasie sau putregai în ramele ferestrelor sau în podele	UE-28	28,2	26,4	25,8	25,7	24,3	23,5
	România	44,9	37,7	34,9	33,2	35,1	30
Locuința este considerată prea întunecată	UE-28	8,2	7,2	7,3	6,8	6,8	6,1
	România	7,6	8,2	8,7	7,6	7,7	6,4

Sursa: Eurostat.

Anexe – Participare Socială

Anexă: Date statistice

Tabel A 39: Ținte ale intoleranței în rândul populației adulte a României, 2008

	Mari consumatori de alcool	Dependenți de droguri	Persoane cu cazier iuridic	Homosexuali	Țigani	Persoane cu SIDA	Musulmani	Rasă diferită	Imigranți	Evrei
Sex										
Bărbați	62%	64%	58%	60%	47%	43%	22%	21%	21%	18%
Femei	70%	66%	61%	59%	45%	43%	24%	20%	21%	19%
Vârstă										
18 - 49 ani	66%	63%	57%	56%	44%	42%	21%	22%	21%	20%
50 - 64 ani	65%	67%	60%	60%	47%	42%	22%	18%	20%	18%
65 de ani și peste	73%	69%	68%	68%	49%	50%	28%	22%	21%	17%
Educație										
Studii primare	69%	68%	67%	65%	51%	53%	32%	28%	28%	19%
Studii liceale	64%	66%	63%	64%	45%	47%	25%	21%	20%	20%
Liceu	67%	63%	56%	54%	46%	39%	20%	20%	20%	19%
Studii universitare	70%	66%	52 %	54%	36%	29%	12%	11%	14%	9%
Statut ocupațional										
Activ	65%	64%	57%	55%	43%	39%	20%	21%	20%	18%
Șomeri	66%	74%	46%	70%	42%	47%	21%	9%	9%	12%
Pensionar	71%	68%	66%	66%	53%	48%	27%	21%	22%	18%
Alte persoane inactive	65%	64%	58%	58%	39%	46%	22%	20%	22%	21%
Mărimea comunității										
Sub 5.000	67%	69%	64%	66%	48%	48%	29%	29%	27%	25%
5.000 - 20.000	64%	60%	61%	58%	41%	49%	25%	18%	19%	18%
5.000 - 20.000	64%	66%	51%	60%	42%	37 %	17%	17%	17%	18%
100.000 - 500.000	70%	62%	61%	52%	52%	36%	20%	17%	19%	11%
Peste 500.000	67%	71%	53%	55%	39%	38%	13%	12%	14%	15%
Regiune										
Nord-est	65%	63%	66%	62%	52%	56%	33%	30%	33%	26%
Sud-est	53%	47%	47%	44%	40%	23%	29%	28%	25%	17%
Muntenia Sud	67%	67%	42%	68%	54%	45%	16%	21%	18%	23%
Sud-vest (Oltenia)	74%	65%	68%	57%	48%	44%	22%	21%	20%	17%
Vest	75%	65%	82%	70%	45%	45%	15%	10%	17%	12%
Nord-vest	79%	81%	64%	65%	59%	54%	20%	16%	15%	17%
Centru	60%	63%	60%	52%	26%	37%	22%	12%	11%	11%
București-Ilfov	68%	74%	57%	58%	41%	40%	18%	19%	19%	20%
TOTAL	67%	65%	60%	59%	46%	43%	23%	21%	21%	19%

Sursa: Studiul valorilor europene 2008.

Notă: Datele din tabel reprezintă procentul populației care nu ar dori să aibă drept vecini persoane din grupul corespunzător.

Tabel A 40: Ținte ale intoleranței în rândul elevilor de liceu din România, 2011

	Homosexuali	Țigani	Persoane cu SIDA	Musulmani	Evrei	Rasă diferită
Stocul educațional al gospodăriei						
Fără liceu	82%	65%	74%	52%	45%	33%
Liceu	78%	70%	65%	47%	36%	29%
Facultate	66%	74%	59%	40%	30%	20%
Absolvenți	56%	79%	55%	32%	27%	18%
Sărăcie autoevaluată						
Săraci	72%	63%	55%	46%	35%	30%
Situație materială medie	75%	69%	66%	45%	35%	26%
Destul de bogați	74%	76%	64%	48%	39%	26%
Bogați	72%	80%	69%	47%	41%	37%
Rural /Urban						
Rural	82%	70%	70%	52%	46%	36%
Urban	68%	72%	60%	40%	29%	21%
TOTAL	74%	71%	65%	45%	36%	27%

Sursa: Fundația pentru o Societate Deschisă (2011).

Notă: Datele din tabel reprezintă procentul de elevi de liceu care nu ar dori să aibă drept vecini persoane din grupul corespunzător.

Anexe – Politici zonale

Anexe: Date statistice privind satele mici, satele foarte mici și satele în curs de îmbătrânire

Tabel A 41: Distribuția satelor și a populației rurale în funcție de mărimea populației satului, 2011

Mărimea populației satului ...	Număr de sate	% din numărul total de sate	Total populație	Pondere din totalul populației rurale (%)
<50 locuitori	830	7	20.822	0,2
50-99	780	6	57.746	0,6
100-149	787	6	98.533	1,1
150-199	775	6	134.729	1,5
200-249	686	6	153.920	1,7
250-299	663	5	181.677	2,0
peste 300 locuitori	7845	63	8.615.424	93
Total	12.366	100	9.262.851	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 42: Distribuția satelor mici (sub 200 locuitori) în funcție de regiune, 2011

Regiuni	Număr de sate	Pondere din numărul total de sate (%)	Sate mici	Sate mai mari	Sate mici	Sate mai mari	Total (%)
			<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)	<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)	
Nord-vest	1.744	14	13	14	24	76	100
Centru	1.688	14	22	11	41	59	100
Nord-est	2.332	19	14	21	19	81	100
Sud-est	1.385	11	10	12	23	77	100
Sud-Muntenia	1.959	16	10	18	17	83	100
București-Ilfov	89	1	0	1	3	97	100
Sud-vest (Oltenia)	1.939	16	17	15	27	73	100
Vest	1.230	10	14	9	36	64	100
Total	12.366	100	100	100	26	74	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 43: Distribuția satelor foarte mici (sub 100 locuitori) în funcție de regiune, 2011

Regiuni	Număr de sate	Ponderea din numărul total de sate (%)	Sate foarte mici	Sate mai mari	Sate foarte mici	Sate mai mari	Total (%)
			<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)	<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)	
Nord-vest	1.744	14	12	14	11	89	100
Centru	1.688	14	29	11	27	73	100
Nord-est	2.332	19	11	20	8	92	100
Sud-est	1.385	11	10	11	12	88	100
Sud-Muntenia	1.959	16	8	17	7	93	100
București-Ilfov	89	1	0	1	1	99	100
Sud-vest (Oltenia)	1.939	16	14	16	12	88	100
Vest	1.230	10	16	9	21	79	100
Total	12.366	100	100	100	13	87	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 44: Ponderea copiilor și a vârstnicilor în populația totală a satelor mici și foarte mici, 2011

Populație îmbătrânită ...	Sate foarte mici	Sate mai mari	Total (%)	Sate mici	Sate mai mari	Total (%)
	<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)		<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)	
<18 ani	16	22	22	18	22	22
peste 50 de ani	50	37	37	47	37	37
peste 55 de ani	45	32	32	41	31	32
peste 60 de ani	38	25	26	35	25	26
peste 65 de ani	29	18	18	26	18	18
peste 70 de ani	24	14	14	21	14	14
peste 75 de ani	16	9	9	14	9	9

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 45: Ponderea locuințelor conectate la utilități în satele mici și foarte mici, 2011

Locuințe cu...	Sate foarte mici	Sate mai mari	Total (%)	Sate mici	Sate mai mari	Total (%)
	<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)		<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)	
Apă curentă de la rețeaua publică	32	32	32	28	33	32
Sistem de canalizare conectat la o instalație publică de evacuare a apelor reziduale	4	6	6	4	6	6
Iluminat electric	99	99	99	99	99	99
Gaze din rețeaua publică pentru gătit	10	10	10	9	10	10

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 46: Ponderea în populația totală a persoanelor cu limitări din cauza problemelor de sănătate, din satele mici și foarte mici, 2011

		Ponderea din total	Sate foarte mici	Sate mai mari	Sate mici	Sate mai mari
Persoane cu limitări din cauza problemelor de sănătate ...	Număr total	populație (%)	<100 loc. (%)	peste 100 loc. (%)	<200 loc. (%)	peste 200 loc. (%)
... cu dificultăți semnificative, din care:	264.416	2,9	4,4	2,8	4,0	2,8
- fără ajutor din partea altor persoane	177.083	1,9	3,1	1,9	2,9	1,9
... cu incapacitate totală, din care:	57.299	0,6	0,8	0,6	0,8	0,6
- fără ajutor din partea altor persoane	17.099	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 47: Sate în proces de îmbătrânire, 2011

Sate cu peste 50% dintre persoane în vârstă de ...	Număr de sate	Ponderea din numărul total de sate	Populația totală	Ponderea din populația totală	Mărimea medie a satului	Copii care locuiesc în aceste sate*
		(%)		(%)		(%)
peste 50 de ani	2.342	18,9	637.760	6,9	272	14
peste 55 de ani	1.288	10,4	238.183	2,6	185	12
peste 60 de ani	625	5,1	70.587	0,8	113	10
peste 65 de ani	208	1,7	8.973	0,1	43	5
peste 70 de ani	108	0,9	2.859	0,03	26	3
peste 75 de ani	32	0,26	270	0	8	0
Populația rurală totală	12.366	100	9.262.851	100	749	

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Notă: * Ponderea numărului total de copii cu vârste între 0 și 17 ani care locuiesc în aceste sate din totalul populației acestor sate.

Tabel A 48: Distribuția satelor în proces de îmbătrânire pe regiuni, 2011

	Sate cu peste 50% dintre persoane în vârstă de peste 50 de ani (%)			Sate cu peste 50% dintre persoane în vârstă de peste 55 de ani (%)			Sate cu peste 50% dintre persoane în vârstă de peste 60 de ani (%)		
Regiuni	Nu	Da	Total	Nu	Da	Total	Nu	Da	Total
Nord-vest	78	22	100	86	14	100	92	8	100
Centru	81	19	100	88	12	100	93	7	100
Nord-est	93	7	100	97	3	100	99	1	100
Sud-est	82	18	100	90	10	100	96	4	100
Sud-Muntenia	83	17	100	91	9	100	96	4	100
București-Ilfov	98	2	100	100	0	100	100	0	100
Sud-vest (Oltenia)	72	28	100	85	15	100	94	6	100
Vest	72	28	100	86	14	100	93	7	100
Total	81	19	100	90	10	100	95	5	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 49: Ponderea locuințelor conectate la utilități în satele în proces de îmbătrânire, 2011

Locuințe cu...	Sate cu peste 50% dintre persoane în vârstă de peste 50 de ani (%)			Sate cu peste 50% dintre persoane în vârstă de peste 55 de ani (%)			Sate cu peste 50% dintre persoane în vârstă de peste 60 de ani (%)		
	Nu	Da	Total	Nu	Da	Total	Nu	Da	Total
Apă curentă de la rețeaua publică	33	26	32	32	27	32	32	29	32
Sistem de canalizare conectat la o instalație publică de evacuare a apelor reziduale	6	3	6	6	4	6	6	4	6
Iluminat electric	99	99	99	99	99	99	99	99	99
Gaze din rețeaua publică pentru gătit	11	6	10	10	7	10	10	6	10

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Anexe: Date statistice privind comunele mici (cu mai puțin de 2.000 de locuitori)

Tabel A 50: Distribuția comunelor și a populației rurale în funcție de mărimea populației comunei, 2011

Mărimea populației comunei ...	Număr de comune	Pondere în numărul total de comune (%)	Total populație	Pondere din populația rurală totală (%)
<1.000 locuitori	88	3	65.117	1
1.000-1.499	247	9	314.583	3
1.500-1.999	416	15	727.606	8
2.000-2.499	419	15	941.083	10
2.500-2.999	363	13	992.611	11
peste 3.000 de locuitori	1.328	46	6.221.851	67
Total	2.861	100	9.262.851	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 51: Distribuția comunelor mici (sub 2.000 de locuitori) în funcție de regiune, 2011 (%)

	Comunele după mărimea populației (număr de locuitori)							Comune mici	Comune mai mari	Total
	<1000	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	peste 3000	Total	<2000 de locuitori	peste 2.000 de locuitori	
Nord-vest	6	21	13	15	15	13	14	15	14	14
Centru	27	17	16	13	12	9	12	17	11	12
Nord-est	0	5	13	14	17	24	18	9	21	18
Sud-est	16	11	12	12	9	13	12	12	12	12
Sud-Muntenia	6	11	13	20	18	21	18	12	20	18
București-Ilfov	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1
Sud-vest (Oltenia)	15	16	19	18	17	10	14	18	13	14
Vest	31	18	14	8	12	6	10	17	7	10
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nord-vest	1	13	13	16	14	43	100	27	73	100
Centru	7	12	18	15	13	35	100	37	63	100
Nord-est	0	3	11	12	12	63	100	13	87	100
Sud-est	4	8	14	14	10	50	100	26	74	100
Sud-Muntenia	1	5	11	16	12	55	100	17	83	100
București-Ilfov	0	0	0	0	0	100	100	0	100	100
Sud-vest (Oltenia)	3	10	20	19	15	34	100	32	68	100
Vest	10	16	20	11	15	28	100	46	54	100
Total	3	9	15	15	13	46	100	26	74	100

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 52: Ponderea locuințelor conectate la utilități în funcție de mărimea populației comunei, 2011 (%)

Locuințe cu...	Comunele după mărimea populației (număr de locuitori)						Total
	<1000	1000-1499	1500-1999	2000-2499	2500-2999	peste 3000	
Apă curentă de la rețeaua publică	31	28	34	28	29	33	32
Sistem de canalizare conectat la o instalație publică de evacuare a apelor reziduale	5	4	6	3	4	6	6
Iluminat electric	99	99	99	99	99	99	99
Gaze din rețeaua publică pentru gătit	12	9	8	7	6	12	10

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 53: Ponderea locuințelor conectate la utilități în comunele mici, 2011 (%)

Locuințe cu...	Comune mici	Comune mai mari	Total
	<2000 de locuitori	peste 2.000 de locuitori	
Apă curentă de la rețeaua publică	32	32	32
Sistem de canalizare conectat la o instalație publică de evacuare a apelor reziduale	5	6	6
Iluminat electric	99	99	99
Gaze din rețeaua publică pentru gătit	9	11	10

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Anexe: Date statistice privind orașele mici (cu mai puțin de 20.000 de locuitori)

Tabel A 54: Distribuția populației urbane în funcție de mărimea orașului și regiune (%)

	Orașe mici	Orașe medii	Orașe mari	Total
	1.641-20.000 de locuitori	20.000-200.000 de locuitori	>200.000 de locuitori	
Nord-est	2,8	7,2	2,7	12,7
Sud-est	1,9	5,8	4,9	12,5
Sud-Muntenia	3,2	6,3	1,9	11,4
Sud vest	2,9	3,5	2,5	8,8
Vest	2,7	4,8	2,9	10,5
Nord-vest	2,6	7,0	3,0	12,6
Centru	2,9	7,4	2,3	12,6
București-Ilfov	0,5	1,0	17,3	18,9
TOTAL	19,3	43,1	37,6	100,0

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 55: Distribuția orașelor mici și a populației urbane în funcție de mărimea populației, 2011

Mărimea populației ...	Localități (număr)			Populație (număr)		
	Orașe mici definite înainte de 2002	Orașe mici definite recent	Total orașe mici	Orașe mici definite înainte de 2002	Orașe mici definite recent	Total orașe mici
0-4.999 locuitori	19	10	29	65.175	42.585	107.760
5.000-7.499	42	23	65	270.593	144.109	414.702
7.500-9.999	33	7	40	288.993	61.129	350.122
10.000-14.999	54	10	64	643.044	121.406	764.450
15.000-19.999	26	1	27	444.489	15.329	459.818
Total	174	51	225	1.712.294	384.558	2.096.852

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 56: Niveluri medii de dezvoltare umană locală (IDUL) în funcție de tipul localității și mărimea populației, în 2002 și 2011

Mărimea populației ...	Orașe mai mari peste 20.000 de locuitori		Orașe mici (sub 20.000 de locuitori) declarate înainte de 2002		Orașe mici (sub 20.000 de locuitori) declarate recent		Comune	
	LHDI 2002	LHDI 2011	LHDI 2002	LHDI 2011	LHDI 2002	LHDI 2011	LHDI 2002	LHDI 2011
0-4.999 locuitori	-	-	41,7	43,9	37,4	41,1	31,9	35,7
5.000-7.499	-	-	40,8	43,7	37,4	41,4	36,0	40,6
7.500-9.999	-	-	42,9	46,0	39,3	43,6	38,0	44,1
10.000-14.999	-	-	44,2	46,9	39,1	43,9	39,9	46,3
15.000-19.999	-	-	46,4	48,3	*	*	-	-
20.000 sau peste	49,7	52,1	-	-	-	-	*	*
Total	49,7	52,1	43,2	45,9	38,1	42,5	32,6	36,6

Sursa: Indicele Dezvoltării Umane Locale (LHDI)⁴¹⁹ dezvoltat în *Competitive Cities: Reshaping the Economic Geography of Romania* (Orașe competitive. Refacerea geografiei economice a României), Banca Mondială (2014).

Notă: * Un singur caz.

Tabel A 57: Comparație a indicatorilor bugetului local: între orașe mici, orașe mai mari și comune, în funcție de mărimea populației

Mărimea populației	Venituri proprii ale localităților (media anuală per locuitor în RON, la valoarea reală a RON din 2009)			Volumul total al cheltuielilor pentru proiecte finanțate la nivel european, în perioada 2009-2012 (Euro pe cap de locuitor)		
	Orașe mici declarate înainte de 2002	Orașe mici declarate recent	Comune	Orașe mici declarate înainte de 2002	Orașe mici declarate recent	Comune
0-4.999 locuitori	186	151	54	75	14	143
5.000-7.499	150	84	70	55	55	83
7.500-9.999	158	69	108	79	46	48
10.000-14.999	178	130	113	37	87	41
15.000-19.999	148	*	*	63	*	*
Total	164	107	58	57	51	133

Sursa: Datele execuției bugetelor locale afișate de Ministerul Administrației și Internelor, disponibile la: http://www.dpfbf.mai.gov.ro/sit_ven_si_chelt_uat.html (data accesării: 10 ianuarie 2014) și datele privind populația de la recensământul din 2011 (Institutul Național de Statistică). Calculele Băncii Mondiale.

Notă: * Un singur caz de 15.000 de locuitori sau peste.

⁴¹⁹ Indexul LHDI măsoară capitalul total al unităților administrative rurale și urbane din România, prin examinarea a patru criterii: capitalul uman, capitalul de sănătate, capitalul vital și capitalul material. Capitalul uman se măsoară pe baza indicatorului stocului educațional la nivel local (pentru populația de peste 10 ani). Capitalul de sănătate se măsoară ca speranță de viață la naștere la nivel local. Capitalul vital se măsoară prin folosirea indicatorului vârstei medii a populației adulte (18+ ani). În cele din urmă, capitalul material este evaluat ca un scor factorial al celor trei indicatori specifici care pun accentul pe standardul de viață: spațiul locativ, autoturisme în proprietate personală pentru 1000 de rezidenți și distribuție de gaz pentru consumul gospodăriilor în unitatea teritorială particulară. Ponderea celor patru măsuri ale dimensiunilor capitalului comunitar este obținută cu ajutorul altui scor factorial.

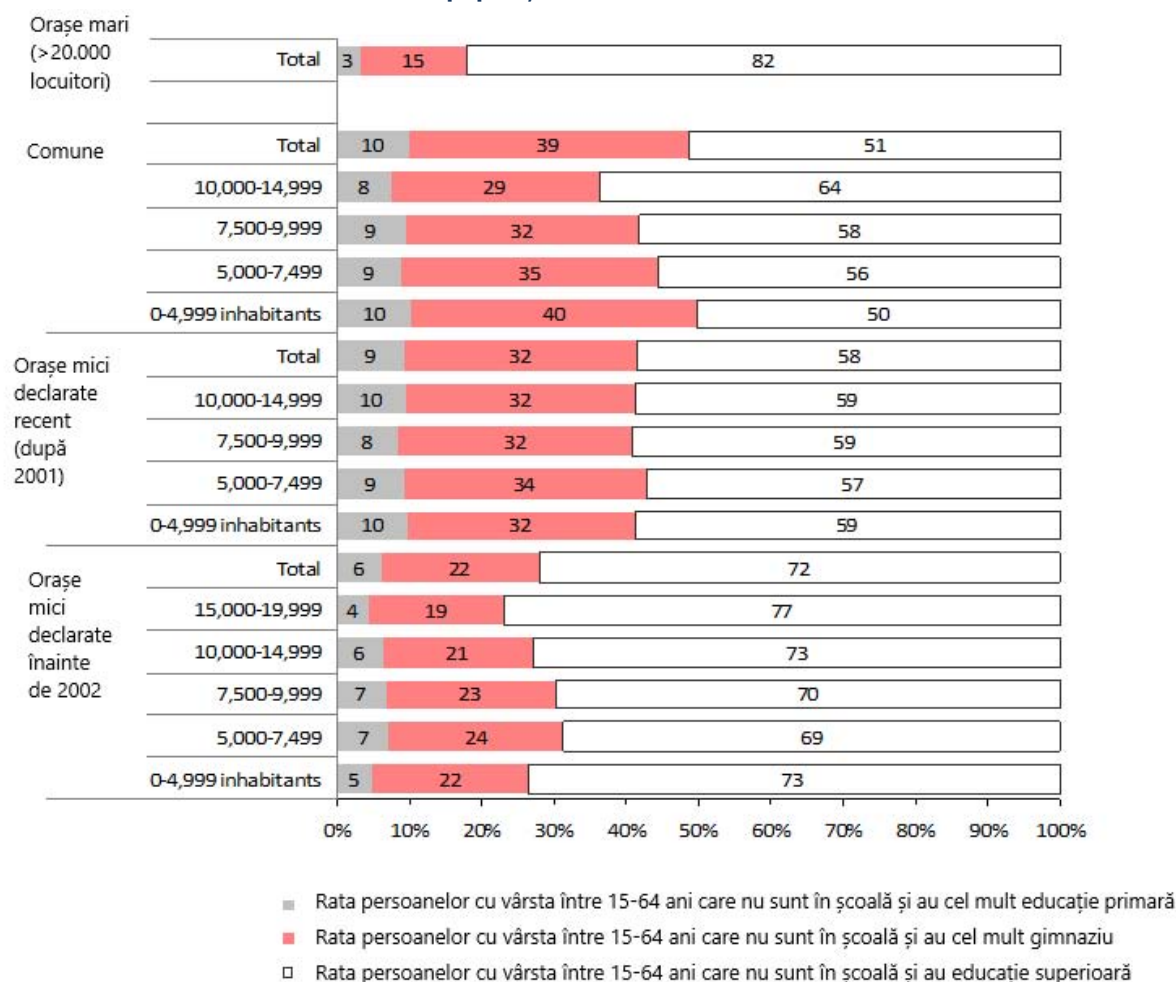
Tabel A 58: Ponderea medie a locuințelor conectate la utilități în orașe mici și în comune, 2011 (%)

Mărimea populației	Orașe mici declarate înainte de 2002	Orașe mici declarate recent	Comune	Orașe mici declarate înainte de 2002	Orașe mici declarate recent	Comune
Apă curentă de la rețeaua publică			Sistem de canalizare conectat la o instalație publică de evacuare a apelor reziduale			
0-4.999 locuitori	75	48	27	48	23	3
5.000-7.499	70	40	33	42	15	7
7.500-9.999	74	41	44	52	16	13
10.000-14.999	79	45	47	56	21	22
15.000-19.999	81	*	*	63	*	*
Total	75,5	43	28	52	19	4
Gaze din rețeaua publică pentru gătit						
0-4.999 locuitori	36	15	6			
5.000-7.499	25	21	13			
7.500-9.999	37	28	25			
10.000-14.999	47	25	34			
15.000-19.999	51	*	*			
Total	39	23	8			

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Note: Mărimea localității și județul căruia îi aparține localitatea au fost menținute constante. Pentru a compara localități similare rurale și urbane, a fost folosită metoda tendinței scorurilor. * Numai un oraș și o comună de 15.000 de locuitori sau peste. ** Pentru comparație, ponderea medie de locuințe conectate la utilități în orașele mai mari (20.000 de locuitori sau peste) este următoarea: 92% apă curentă din rețeaua publică, 85% sistem de canalizare conectat la o instalație publică de evacuare a apelor reziduale, 75,5% gaze din rețeaua publică pentru gătit.

Figura A 10: Distribuția populației de vârstă activă care nu este cuprinsă în sistemul de educație sau de instruire (după cel mai înalt nivel de educație absolvit, în orașe mici și comune și după mărimea populației), 2011 (%)



Sursa: Recensământul populației și al locuințelor 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

Note: Pentru orașele mici recent declarate și pentru comune, categoria de 15.000-19.999 de locuitori nu a fost inclusă din cauza numărului mic de localități (numai un oraș și o comună). Învățământul primar în România se referă la clasele 1-4, în timp ce învățământul secundar inferior este gimnaziul (clasele 1-8).

Tabel A 59: Ocuparea forței de muncă pentru populația de vârstă activă în orașele mici și în comune în funcție de mărime, 2011 (valoare medie %)

Mărimea populației	Orașe mici declarate înainte de 2002	Orașe mici declarate recent	Comune rurale	Orașe mici declarate înainte de 2002	Orașe mici declarate recent	Comune rurale
	Salariați			Persoane angajate pe cont propriu (inclusiv lucrător familial neplătit) în agricultură		
0-4.999 locuitori	51	43	27	4	11	28
5.000-7.499	48	41	31	5	11	24
7.500-9.999	50	40	36	5	10	17
10.000-14.999	52	44	41	3	10	17
15.000-19.999	52	*	*	3	*	*
Total	51	42	28	4	11	27

	Șomeri			Persoane inactive, altele decât studenți sau pensionari		
0-4.999 locuitori	7	7	4	14	19	21
5.000-7.499	7	6	4	18	20	20
7.500-9.999	8	6	4	17	22	23
10.000-14.999	7	6	4	16	19	19
15.000-19.999	7	*	*	15	*	*
Total	7	6	4	17	19	21

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Notă: * Numai un oraș și o comună.

Tabel A 60: Ocuparea forței de muncă pentru populația de vârstă activă în orașele peste 20.000 locuitori, în funcție de mărime, 2011 (valoare medie %)

	20.000-199.999	peste 200.000	Total
Salariați	57	60	57
Liber-profesionist (inclusiv lucrător familial neplătit) în agricultură	1,2	0,4	1,1
Șomeri	6	5	6
Persoane inactive, altele decât studenți sau pensionari	12	8	12

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială pe baza Recensământului populației și al locuințelor 2011.

Anexe: Date statistice privind zonele marginalizate

Tabel A 61: Cele trei criterii de marginalizare cu indicatorii cheie și cu pragurile naționale corespunzătoare ale acestora, în zonele urbane și rurale (%)

Criterii/Dimensiune	URBAN		RURAL	
	Indicatori cheie	A 80-a sutime = pragul național urban)	Indicatori cheie	A 80-a sutime = pragul național rural)
Capital uman	Proporția populației cu vârste de 15-64 de ani care a absolvit cel mult 8 clase	22,1	Proporția populației cu vârste de 15-64 de ani care a absolvit cel mult 8 clase	59,3
	Proporția de persoane cu dizabilități, boli cronice sau alte afecțiuni medicale care fac dificile activitățile lor zilnice	8	-	
	Proporția de copii (0-17 ani) din populația totală	20,5	-	
Ocuparea forței de muncă	Proporția persoanelor cu vârste de 15-64 de ani care nu sunt nici angajate oficial (salariați sau angajatori), nici în sistemul de educație	22,2	Proporția persoanelor cu vârste de 15-64 de ani care nu sunt nici în sistemul de educație și nici nu au fost vreodată angajate oficial (salariați, angajatori sau pensionari)	72,1
Locuințe	Proporția locuințelor neconectate la electricitate	0,0**)	Proporția locuințelor neconectate la electricitate	2,7****)
	Proporția locuințelor supraaglomerate (<15,33 metri pătrați per persoană)	54,7	Proporția locuințelor supraaglomerate (indicator Eurostat*****)	26,1****)
	Nesiguranța locuinței: proporția gospodăriilor care nu dețin locuința în proprietate	12,3	Proporția locuințelor neconectate la apă curentă	87,9****)

Sursa: Pentru zonele urbane, Banca Mondială (2014: 9) Atlas of Urban Marginalized Areas (Atlasul zonelor urbane marginalizate). Pentru zonele rurale: INS, Recensământul Populației și al Locuințelor 2011.

Note: *) În zonele urbane, pragurile sunt calculate folosind numai sectoarele de gospodării ale recensământului cu număr de locuitori între 50 și 500. **) În zonele rurale, pragurile sunt calculate folosind numai sectoarele de gospodării ale recensământului cu minimum 50 de locuitori. ***) Mai puțin de 1% din locuințele urbane nu sunt conectate la electricitate și a 80-a sutime este deci 0%. Orice sector urban al recensământului pentru care cel puțin o locuință nu este conectată la electricitate (și astfel valoarea este mai mare decât 0%) trece acest prag. ****) Pentru criteriul locuinței, pragul național rural a fost fixat la a 90-a sutime și criteriul este trecut dacă oricare dintre cei trei indicatori este mai mare decât pragul său corespunzător. *****) Indicatorul Eurostat pentru supraaglomerare fără condiția referitoare la o cameră pentru gospodărie.

Tabel A 62: Distribuția sectoarelor de recensământ după mărimea localității, în zone rurale și urbane, în 2011

Dimensiunea localității Populația rezidentă:	Număr de localități	Sectoarele de recensământ			
		Număr total	Număr mediu per localitate	Număr minim per localitate	Număr maxim per localitate
RURAL:					
< 2.000	751	7.475	10	2	37
2.000 – 4.999	1.711	27.992	16	6	50
5.000 – 9.999	374	10.122	27	7	61
10.000 sau mai mult	25	958	38	22	58
România rural	2.861	46.547	16	2	61
URBAN:					
< 10.000	134	4.404	33	10	62
10.000 – 19.999	91	5.688	63	31	100
20.000 - 149.999	82	19.290	235	67	773
150.000 sau mai mult	12	13.344	1.112	739	1.459
București	1	7.573	7.573	7.573	7.573
România urban	320	50.299	157	10	7.573

Sursa: Pentru zonele urbane, Banca Mondială (2014: 8) *Atlas of Urban Marginalized Areas* (Atlasul zonelor urbane marginalizate). Pentru zonele rurale: INS, Recensământul Populației și al Locuințelor 2011.

Tabel A 63: Ratele de marginalizare ale grupurilor cheie în zonele rurale și urbane, în 2011

Indicatori cheie	RURAL			URBAN		
	Zone marginalizate	Zone non-marginalizate	Total	Zone marginalizate	Zone non-marginalizate	Total
	%	%	%	%	%	%
POPULAȚIE						
(Populația rezidentă)	6,2	93,9	100	3,2	96,8	100
Etnie romă (autoidentificată)	38,7	61,3	100	30,8	69,2	100
Ne-romi	4,7	95,3	100	2,6	97,4	100
Persoane cu dizabilități, boli cronice sau alte afecțiuni medicale			100	3,4	96,6	100
Vârstnici peste 65 de ani	4,1	95,9	100	1,2	98,8	100
0-17 ani	9,6	90,4	100	5,8	94,2	100
Populația cu vârste de 15-64 de ani care a absolvit cel mult 4 clase	21,0	79,0	100	18,2	81,8	100
Populația cu vârste de 15-64 de ani care a absolvit cel mult 8 clase	9,9	90,1	100	8,8	91,2	100
Populația de vârstă activă (15-64 de ani) necuprinsă în sistemul de educație	5,8	94,2	100	2,9	97,1	100
Proporția persoanelor cu vârste de 15-64 de ani care nu sunt nici în			100	6,3	93,7	100

sistemul de educație și nici nu au fost vreodată angajate oficial (salariați, angajatori sau pensionari)						
Lucrători vulnerabili *) 15-64 ani		100	8,2	91,8	100	
Lucrători neoficiali **) 15-64 ani		100	5,1	94,9	100	
Casnice și alte persoane dependente din punct de vedere economic 15-64 de ani		100	7,4	92,6	100	
Populația de 15-19 ani care nu este angajată și nu este cuprinsă în sistemul de educație sau instruire (NEET)		100	13,3	86,7	100	
Populația de 20-64 ani care este angajată		100	2,1	97,9	100	
GOSPODĂRII		100	2,6	97,4	100	
Gospodării cu mai mult de 5 membri		100	6,4	93,6	100	
Gospodării cu mai mult de 3 copii		100	14,8	85,2	100	
LOCUINȚE	5,2	94,8	100	2,5	97,5	100
Locuințe neconectate la apă curentă	9,9	90,1	100	11,9	88,1	100
Locuințe neconectate la canalizare	7,8	92,2	100	11,9	88,1	100
Locuințe neconectate la electricitate	26,6	73,4	100	24,7	75,3	100
Locuințe supraaglomerate***)	10,7	89,3	100	4,0	96,0	100
Locuințe nesigure		100	7,3	92,7	100	

Sursa: Pentru zonele urbane, Banca Mondială (2014: 281) *Atlas of Urban Marginalized Areas* (Atlasul zonelor urbane marginalizate). Pentru zonele rurale: INS, Recensământul Populației și al Locuințelor 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

Note: *) Lucrătorii vulnerabili includ: lucrători familiari neplătiți, lucrători în agricultură, lucrători zilieri; **) Lucrători vulnerabili plus liber-profesioniști; ***) În mediul urban, măsurate față de un prag de <15,33 metri pătrați per persoană; în mediul rural, pe baza indicatorului Eurostat pentru supraaglomerare fără condiția referitoare la o cameră pentru gospodărie.

Tabel A 64: Ponderea persoanelor care nu sunt angajatori /angajați sau în sistemul școlar, în funcție de vârstă și status marginalizat /nemarginalizat

		% din persoanele care nu sunt angajatori sau în sistemul școlar		% din persoanele care nu sunt angajați sau în sistemul școlar	
		Marginalizate	Nemarginalizate	Marginalizate	Nemarginalizate
15-19 ani		36	17	51	23
20-64	Total	45	36	88	64
	Bărbați	38	33	85	59
	Femei	53	40	90	69
	Bărbați, romi	62	62	92	81
	Bărbați, ne-romi	30	32	83	59
	Femei, rome	69	64	95	88
	Femei, ne-rome	47	39	88	69

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială utilizând Recensământul populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 65: Ratele de marginalizare în funcție de mărimea localității și regiune, în zonele rurale și urbane, în 2011 (% din populație)

Indicatori cheie	RURAL			URBAN		
	Zone marginalizate	Zone non-marginalizate	Total	Zone marginalizate	Zone non-marginalizate	Total
	%	%	%	%	%	%
DIMENSIUNEA LOCALITĂȚII						
(Populația rezidentă)	6,2	93,9	100	3,2	96,8	100
< 2.000			100	11,2	88,8	100
2.000 – 4.999			100	6,9	93,1	100
5.000 – 9.999			100	9,0	91,0	100
10.000 – 19.999			100	6,3	93,7	100
20.000 - 149.999			100	3,6	96,4	100
peste 150.000	-	-	100	1,1	98,9	100
București	-	-	100	0,8	99,2	100
REGIUNE ÎN DEZVOLTARE						
Nord-est			100	4,3	95,7	100
Sud-est			100	4,2	95,8	100
Sud-Muntenia			100	2,9	97,1	100
Sud-vest Oltenia			100	2,5	97,5	100
Vest			100	3,7	96,3	100
Nord-vest			100	3,1	96,9	100
Centru			100	4,3	95,7	100
București-Ilfov			100	1,2	98,8	100

Sursa: Pentru zonele urbane, Banca Mondială (2014: 13) *Atlas of Urban Marginalized Areas* (Atlasul zonelor urbane marginalizate). Pentru zonele rurale: INS, Recensământul Populației și al Locuințelor 2011. Calcule realizate de Banca Mondială.

Tabel A 66: Proporția persoanelor care trăiesc în locuințe fără servicii de bază, în funcție de etnie și tip de zonă (%)

		RURAL				URBAN			
Persoane		Total	Romi	Ne-romi	Dif (romi - ne-romi)	Total	Romi	Ne-romi	Dif (romi - ne-romi)
Apă curentă de la rețeaua publică	Nemarginalizate	66	75	65	10	8	31	8	23
	Marginalizate	86	82	88	-5	34	49	30	19
	Total	67	78	66	11	9	37	8	28
Apă caldă de la rețeaua publică	Nemarginalizate	99	99	99	1	63	88	63	26
	Marginalizate	100	100	100	0	92	96	91	5
	Total	99	100	99	1	64	91	63	27
Sistem de canalizare conectat la o instalație publică de evacuare a apelor reziduale	Nemarginalizate	94	98	94	4	16	53	15	38
	Marginalizate	99	100	99	0	59	77	54	22
	Total	94	98	94	4	17	60	16	44
Iluminat electric	Nemarginalizate	0,7	3,9	0,6	3	0,1	1,7	0,1	2
	Marginalizate	5,3	9,5	3,7	6	3,9	10,3	2,2	8
	Total	1,0	6,1	0,7	5	0,2	4,4	0,2	4
Gaze din rețeaua publică, pentru gătit	Nemarginalizate	89	93	89	4	25	66	24	41
	Marginalizate	98	98	98	-1	73	88	69	19
	Total	90	95	89	6	26	73	25	47

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială utilizând Recensământul populației și al locuințelor 2011.

Tabel A 67: Proporția persoanelor care trăiesc în locuințe fără servicii de bază, în funcție de etnie, tip de zonă și diferite procente de romi (%)

	Ponderea romilor în totalul populației din regiunea recenzată	Nemarginalizate			Marginalizate		
		Total	Romi	Ne-romi	Total	Romi	Ne-romi
URBAN							
Apă curentă de la rețeaua publică	0	7	0	7	40	0	40
	(0,1-19,9)	9	23	9	25	34	25
	(20-39,9)	30	40	26	32	46	27
	(40-100)	44	50	37	48	54	37
Apă caldă de la rețeaua publică	0	60	0	60	94	0	94
	(0,1-19,9)	68	83	67	90	94	90
	(20-39,9)	93	95	92	91	96	89
	(40-100)	97	98	96	96	97	93
Sistem de canalizare conectat la o instalație publică de evacuare a apelor reziduale	0	14	0	14	65	0	65
	(0,1-19,9)	18	39	18	48	57	48
	(20-39,9)	57	69	53	57	71	52
	(40-100)	77	82	70	77	84	67
Iluminat electric	0	0	0	0	2	0	2
	(0,1-19,9)	0	2	0	2	7	2
	(20-39,9)	1	2	1	5	9	3
	(40-100)	1	2	1	9	11	5
Gaze din rețeaua publică pentru gătit	0	23	0	23	80	0	80
	(0,1-19,9)	28	54	27	66	78	65
	(20-39,9)	62	76	56	71	86	64
	(40-100)	85	91	76	82	90	69
RURAL							
Iluminat electric	0	1	0	1	4	0	4
	(0,1-19,9)	1	3	1	4	9	3
	(20-39,9)	2	4	1	6	11	4
	(40-100)	3	5	1	8	9	4

Sursa: Calcule realizate de Banca Mondială utilizând Recensământul populației și al locuințelor 2011.

REFERINȚE

1. Abraham, D., (ed.), Abraham, A., Dalu, A.M., Fierbinteanu, C., Marcovici, O., Mitulescu, S., Plaesu, A., Sufaru, I. (2013) *Situația adolescenților din România*. Centrul de Sociologie Urbană și Regională, Institutul de Științe ale Educației, UNICEF.
2. Achiței, A., Vîlcu, V., Munteanu, M., Drelea, A., Sauciuc, M., Marian, R., Ispas, C., Grosu, O., Garavani, A. (2012) *Experiențe de economie socială. Manual de proceduri și modele de bună practică în economia socială*. Fundația Alături de Voi România.
3. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2012) *Strategia Națională de Reintegrare Socială a Persoanelor Private de Libertate 2012-2016*. Available from: http://www.ana.gov.ro/doc_strategice/proiecte/strategie%20reintegrare%20ANP.pdf. Date of access: 27 March 2014.
4. Administrația Națională a Penitenciarelor. (2014) *Notă privind situația pe luna februarie 2014 a dinamicii și structurii efectivelor de persoane private de libertate*. Available from: <http://anp.gov.ro/documents/10180/2454575/SITUA%C5%A2IA+LUNAR%C4%82%20+februarie+2014.pdf/52501ce2-458b-449e-b747-1e2651493155>. Date of access: 27 March 2014.
5. AFC Management Consulting AG, CO CONCEPT Marketing Consulting. (2012) *Evaluation of the European School Fruit Scheme*. Final Report. Available from: http://ec.europa.eu/agriculture/evaluation/market-and-income-reports/school-fruit-scheme-2012_en.htm.
6. Agenția Națională Antidrog (ANA), Administrația Națională a Penitenciarelor (ANP). (2011) *Prevalența consumului de droguri în penitenciarele din România*. Unpublished report.
7. Agenția Națională Antidrog. (2005) *Strategia Națională Antidrog 2005-2012*. Available from: <http://www.ana.gov.ro/hg73.php>. Date of access: 27 March 2014.
8. Agenția Națională Antidrog. (2013) *Raportul Național privind Situația Drogurilor*. Available from: http://www.ana.gov.ro/images/RN_2013_cop.jpg. Date of access: 27 March 2014.
9. Alexandrescu, G. (2002) *Romania. Working Street Children in Bucharest: A Rapid Assessment*, International Labor Organisation - International Programme on the Elimination of Child Labor. Available from: <http://tdh-childprotection.org/documents/romania-working-street-children-in-bucharest-a-rapid-assessment>. Date of access: 27 March 2014.
10. Alianța pentru Lupta Împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor. (2011) *Studiu național de evaluare a serviciilor de sănătate adresate persoanelor cu un consum problematic de alcool*. Comunicat de presă. Available from: <http://www.aliatong.ro/uploads/stiri-si-noutati/comunicat-de-presa-studiu-aliat-serviciile-adresate-persoanelor-cu-consum-problematic-de-alcool-doc.pdf>. Date of access: 27 March 2014.
11. Almond, G., Sidney V. (1963) *The Civic Culture: Political Attitudes and Democracy in Five Countries*. Princeton, Princeton University Press.
12. Antuofermo, M., Di Meglio, E. (2012) *Population and social conditions*. Eurostat. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-12-009/EN/KS-SF-12-009-EN.PDF. Date of access: 27 March 2014.
13. Arpinte, D., Cace, S., Preotesi, M., Tomescu, C. (2009) *Cornul și Laptele: Percepții, Atitudini și Eficiență*. București, Editura Expert.
14. Arpinte, D., Cace, S., Scoican, A.N. (2010) *Social economy in Romania: two regional profiles*. Bucharest, Editura Expert.
15. Arpinte, D. (2014) *Programele nutriționale pentru elevi*. World Bank. Unpublished report.
16. Asociația de Sprijin a Copiilor Handicapați Fizic România. (2010) *Cunoaște lumea mea!* Available from: <http://www.aschfr.ro/doc/Studiu%20chestionare%20ASCHFR%202010.pdf>. Date of access: 27 March 2014.
17. Asociația Română pentru Promovarea Sănătății. (2014) *Studiu privind impactul economic al consumului dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România*. Available from: <http://arps.ro/wp-content/uploads/2013/12/Fact-sheet-rezultate-studiu.pdf>. Date of access: 27 March 2014.
18. Baio, J. (coord.) (2012) *Prevalence of Autism Spectrum Disorders — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008*. Centers for Disease Control and Prevention. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm>. Date of access: 27 March 2014.
19. Barna, C. (2014) *Atlasul economiei sociale România*. Institutul de Economie Socială.

20. Bădescu, G., Grigoraș, V., Rughiniș, C., Voicu, M., Voicu, O. (2007) *Barometrul Incluziunii Romilor*. Bucuresti, Fundația pentru o Societate Deschisă. Available from: <http://www.edrc.ro/docs/docs/cercetari/Barometrul-incluziunii-romilor.pdf>.
21. Bădescu, G., Petre, N., Angi, D. (2014) *Bunăstarea copilului din mediul rural*. Available from: http://www.worldvision.ro/_downloads/allgemein/Bunastarea_copilului_2014.pdf
22. Berescu, C., Celac, M., Ciobanu, O., Manolache, C. (2006) *Locuirea și sărăcia extremă. Cazul romilor*. Bucuresti, Editura Universitară Ion Mincu.
23. Berescu, C., Celac M., Botonogu F, Marin V., Balteanu A. (2007) *Metodologie de reabilitare a locuirii în zone afectate de degradare fizică și excluziune socială*, Unpublished report.
24. Bertolini, P., Montanari, M., Peragine, V. (2008) *Poverty and Social Exclusion in Rural Areas*. EC Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E2. Available from: <http://www.google.ro/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FBlobServlet%3FdocId%3D2087%26langId%3Den&ei=IODqUvqaCYPgyAPXh4Fo&usq=AFQjCNH237dT1dD7GyMQ88Ce0c-0nyI5bg>. Date of access: 27 March 2014.
25. Botonogu, F. (coord.) (2011) *Ferentari. Comunități ascunse*. Bucuresti, Editura Expert.
26. Branca, F., Nikogosian, H., Lobstein, T. (2007) *The Challenge Of Obesity In The WHO European Region and the Strategies for Response: Summary*. World Health Organization.
27. Camacho, A., Cunningham, W., Rigolini, J., Silva, V. (2014) Addressing Access and Behavioral Constraints through Social Intermediation Services: A Review of Chile Solidario and Red Unidos, *World Bank Policy Research Working Paper No. 7136*.
28. Carneiro, P., Galasso, E., Jinja, R. (2014) Tackling Social Exclusion: Evidence from Chile, *CEMMAP Working Paper No. 24*, Centre for Microdata Methods and Practice, London.
29. CEAS Consultants (Wye) Ltd, Centre for European Agricultural Studies, Institute for the Management of Dairy Companies, Technische Universität München. (1999) *Evaluation of the School Milk Measure*. Final Report. DGVI European Commission. Available from: http://ec.europa.eu/agriculture/eval/reports/schoolmilk/sum_en.pdf
30. Clare Harper, Wood, L., Mitchell, C. (2008) *The Provision of School Food in 18 Countries*. Available from: http://www.childrensfoodtrust.org.uk/assets/research-reports/school_food_in18countries.pdf
31. Chelcea, L. (2000). Grupuri marginale în zone centrale: gentrificare, drepturi de proprietate și acumulare primitivă postsocialistă în Bucuresti. *Sociologie Românească*, no. 3-4, 51-68.
32. Checchi, D., Van de Werfhorst, H., Braga, M., Meschi, E. (2014) The Policy Response to Educational Inequalities. Changing Inequalities in Rich Countries. *Analytical and Comparative Perspectives*, 294.
33. Coleman, J. S. (1988) Social Capital and Schools. *The Education Digest*, 53(8), 6.
34. Comisia Prezidențială Pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice. (2009) *Riscuri și inechități sociale în România*. Administrația Prezidențială. Available from: www.presidency.ro/static/CPARSDR_raport_extins.pdf. Date of access: 27 March 2014.
35. Commission of the European Communities. (1993) *Background Report: Social Exclusion – Poverty and Other Social Problems in the European Community*, ISEC/B11/93. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
36. Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice. (2013) *Evoluția condițiilor de viață ale populației vârstnice din România în perioada 2007-2012*. Available from: http://www.cnpv.ro/pdf/analize2013/evolutia_conditiilor_de_viata_ale_populatiei_varstnice_din_romania_in_perioada_2007-2012.pdf. Date of access: 27 March 2014.
37. Constantinescu, M., Nițulescu, D., Băjenaru, C. (2005) Zone precare de locuire în spațiul urban, *Calitatea Vieții*, XVI, nr. 1–2, 2005, p. 65–85. Available from: <http://www.revistacalitateavietii.ro/2005/CV-1-2-05/4.pdf>
38. Constantinescu, M., Dan, M. (2005) Locuințele sociale în România: o privire de ansamblu. *Calitatea vieții*, XVI (1-2), 87-100.
39. Constantinescu, Ș. (2012) *Atlasul Economiei Sociale. România 2012*. Institutul de Economie Socială.
40. Cunha, F., Heckman, J.J. (2007) The Technology of Skill Formation, *American Economic Review* 97 (2), 31–47
41. Cunha, F., Heckman, J.J. (2008) Formulating, identifying and estimating the technology of cognitive and noncognitive skill formation, *Journal of Human Resources* 43 (4), 738–782.
42. Curcă, G.C., Buda, O., Căpățână, C., Marinescu, M., Hostiuc, S., Dermengiu, D., Cârțină, C., Crețoiu, V.A., Stoica, N.A., Bădescu, I., Voinea, M., Cristea, D., Apostu, I., Banciu, D.P.G., Balica, E.G., Brezeanu, O., Constantinescu, A., Gheorghiu, V., Bălan, L. (2008) Study on Domestic Violence: A Legal Medicine Perspective. *Romanian Journal of Legal Medicine*, no. 16(3), pp. 226-242. Available from: <http://www.arheoantropogenetica.ro/system/revista/7/226-242.pdf>. Date of access: 27 March 2014.
43. Dahl, R. (1989) *Democracy and Its Critics*. New Haven, Yale University Press.
44. Dalton, R., Wattenberg M. (2000) *Parties without Partisans: Political Change in Advanced Industrial Democracies*. Oxford, Oxford University Press.

45. Daragiu, M., Daragiu, L.A. (2012) *Liderii romi și contribuția acestora în procesul de incluziune socială a comunităților. Studiu de caz în județul Bihor*, Fundația Ruhama, www.ruhama.ro.
46. Davidaviciene, E.V., Ivanov, P., Kalambayi, F., Leimane, V., Manescu, N., Stefan, M., Rützel, K., Vainoriute, L., Upite, E. (2013) *Overview of HIV and TB knowledge and the barriers related to access to care among vulnerable groups, including injecting drug users*, Working paper. National Institute for Health Development of Estonia. Available from: http://ltbf.lv/files/Draft_TUBIDU_WP4_Desk_Review.pdf. Date of access: 27 March 2014.
47. Department of State, USA. (2013) *Trafficking in Persons Report 2013*. Available from: <http://www.state.gov/documents/organization/210741.pdf>. Date of access: 27 March 2014.
48. Diamond, L. (ed.) (1993) *Political Culture and Democracy in Developing Countries*. Boulder, L. Rienner Publishers.
49. Dieckmann, R. (2008) *Microfinance: An emerging investment opportunity*. Deuche Bank Research.
50. Dima, G. (ed.) (2012) *Serviciile sociale în România, Rolul actorilor de economie socială*. Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile. Available from: http://www.ies.org.ro/library/files/raport_serviciile_sociale_in_romania_rolul_actorilor_economiei_sociale.pdf
51. Di Palma, G. (1990) *To Craft Democracies: An Essay on Democratic Transition*. Berkeley, University of California Press.
52. Elbers, C., Lanjouw, J. O., Lanjouw, P. (2003) Micro-Level Estimation of Poverty and Inequality. *Econometrica*, 71(1), 355-364.
53. Elbers, C., Lanjouw, P. F., Mistiaen, J. A., Özler, B., Simler, K. (2004) On the unequal inequality of poor communities. *The World Bank Economic Review*, 18(3), 401-421.
54. Emery, M., Flora, C. (2006) Spiraling-up: Mapping community transformation with community capitals framework. *Community Development*, 37(1), 19-35.
55. European Agency for Development in Special Needs Education. (2006) *Individual Transition Plans Supporting the Move from School to Employment*. Available from: www.european-agency.org
56. European Agency for Development in Special Needs Education. (2009) *Development of a set of indicators for inclusive education in Europe*. Available from: www.european-agency.org
57. European Commission. (2008) *First biennial report on social services of general interest*. Commission staff working document, Brussels. Available from: <http://eurlex.europa.eu/legalcontent/EN/ALL/?uri=CELEX:52008SC2179>. Date of access: 27 March 2014.
58. European Commission. (2010a) *Communication from the Commission. Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. Brussels, COM (2010) 2020.
59. European Commission. (2010b) *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. The European Platform against Poverty and Social Exclusion: A European framework for social and territorial cohesion*. Brussels, COM (2010) 758.
60. European Commission. (2011) *An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. Available from: http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com_2011_173_en.pdf
61. European Commission. (2013) *Evaluation of the EU School Milk Programme*.
62. European Commission. (2014) Guidance on Ex-ante Conditions for the European Structural and Investment Funds PART II. Available from: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/eac_guidance_esif_part2_en.pdf
63. European Commission. (2014) COM (2014) 424 final. *The Council's recommendation regarding Romania's 2014 national reform program and the Council's opinion on Romania's 2014 convergence program*.
64. European Commission. (2014) *Health at a Glance: Europe 2014*. Available at: http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2014_en.htm
65. European Court Of Auditors. (2011) *Are the School Milk and School Fruit Schemes Effective?* Special Report No. 10/2011.
66. European Economic Community (EEC). (1985) On specific Community Action to Combat Poverty. *Official Journal of the EEC*. 85/8/EEC, pp. 2-24.
67. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. (2003) *Drug use amongst vulnerable young people. Prevention strategies need to target young people most at risk*. Available from: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33728_EN_Dif10en.pdf. Date of access: 27 March 2014.
68. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. (2012) *The State of the Drug Problem in Europe*. Available from: www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_190854_EN_TDAC12001ENC.pdf

69. Eurostat. (2011) *ESSPROS Manual. The European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS)*. Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5917481/KS-RA-11-014-EN.PDF/ee86d517-3348-4c20-94ee-a37c330755b1>
70. Eurostat. (2012) *Measuring material deprivation in the EU: Indicators for the whole population and child-specific indicators*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
71. ExpertForum. (2014) *Amurgul investițiilor*. Available from: expertforum.ro/wp-content/uploads/2014/06/PB-31-EFOR-Clientelism.pdf. Date of access: 15 July 2014.
72. Federația Organizațiilor Neguvernamentale pentru Copil. (2012) *Children's Rights Protection. Problems Identified and Suggestions for System Improvement*.
73. Fleck, G., Rughinis, C. (eds.) (2008) *Come Closer. Inclusion and Exclusion of Roma in Present Day*. Romanian Society, Human Dynamics.
74. Fox, L., Gotestam, R. (2003) *Redirecting Resources to Community-Based Services*. A Concept Paper, Report prepared jointly by UNICEF and the World Bank within the project Changing Minds, Policies and Lives, a programme designed to support national programmes reduce the institutionalization of vulnerable individuals in Eastern and Central Europe and Central Asia. Available from: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/redirecting.pdf>
75. Fox, J. (2012) *Education on the Edge: Roma Segregation in the Schools of Five EU Member States Comparative Policy Brief*, Vol. 5. Florence, European University Institute.
76. Fuchs, M. (2014) *Quota Systems for Disabled Persons: Parameters, Aspects, Effectivity. Policy Brief*, March 2014. European Centre.
77. Fundația Alături de Voi România. (2011) *Politici, practici și tendințe în economia socială în România și Uniunea Europeană în ansamblu*.
78. Fartușnic, C., Florian, B., Iosifescu, S., Măntăluță, O. (2014) *Financing the pre-university education system based on the standard cost: a current assessment from the equity perspective*. UNICEF. Vanemonde, București. Available from: <http://www.unicef.org/romania/Studiu.ISE.eng.pdf>
79. FRA, PNUD, CE (2012) *The situation of Roma in 11 EU Member States*
80. Galan, A., Olsavszky, V., Vlădescu, C. (2011) Chapter 16. Emergent challenge of health professional emigration: Romania's accession to the EU. In: Wismar, M., Maier, C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras, J. (eds.) *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*. Copenhagen, World Health Organization, pp. 449-478. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf. Date of access: 27 March 2014.
81. Gatti, R. Et al. (2015). *Equality of Opportunity. A Fair Chance for Marginalized Roma*. The World Bank.
82. Ghergut, A. (2010) *Education of Children with Special Needs in Romania; Attitudes and Experiences*. Paper presented at the International Conference on Education and Educational Psychology. Available from: www.sciencedirect.com.
83. Gibson, J. (2006) *Enigmas of Intolerance: Fifty Years after Stouffer's Communism, Conformity, and Civil Liberties. Perspectives on Politics*, 4 (1): 21-34.
84. Gibson, J. (2013) *Measuring Political Tolerance and General Support for Pro-Civil Liberties Policies: Notes, Evidence, and Cautions. Public Opinion Quarterly*, 77 (S): 45-68.
85. Giurcă, D. (coord.) (2012) *Incluziunea romilor din România: politici, instituții, experiențe, proiect "EU INCLUSIVE – transfer de date și experiențe privind integrarea pe piața muncii a romilor între România, Bulgaria, Italia și Spania"* POSDRU/98/6.4/S/63841, implementat de Fundația Soros România. Available from: http://www.soros.ro/ro/program_articol.php?articol=400#.
86. Government of Romania. (2007) *The third and fourth Report of the Government of Romania regarding the implementation of the UNCRC*. Available from: http://www.copii.ro/Files/Raport%20Geneva_200710164458906.pdf.
87. Government of Romania. (2007) *Response of the Government of Romania to the OHCHR's questionnaire on the right of persons with disabilities to education*. Available from: <http://www.crj.ro/userfiles/editor/files/Response%20by%20the%20Government%20of%20Romania.doc>
88. Government of Romania. (2011) *Social Assistance Reform Strategy*. Available from: <http://www.mmuncii.ro/pub/img/site/files/58bd6ffc9844fbc4a8a639672450872b.pdf>
89. Government of Romania. (2014) *Strategy for Public Administration 2014-2020*. Available from: www.mdrap.ro/userfiles/consultari_publice/30_06_14/anexa1.doc
90. Government of Romania. (2014) *National Strategy for Social Inclusion of People with Disabilities (2015-2020)/ Strategia națională "O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități" 2015-2020*. Available from: http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Proiecte_in_dezbateri/2014/2014-12-29-HG_Anexa-SN-DPPD.pdf

91. Government of Romania. (2014) *2014-2020 National Health Strategy*. Available from: http://www.ms.ro/documente/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate_886_1761.pdf
92. Guttman, F. (2011) Dizabilitatea ca o condiție determinantă a sărăciei. *Revista Română de Sociologie*, 22.
93. Hatos, A. (2010) Educația. In Vlăsceanu, L. (coord.), *Sociologie*, Iași, Polirom, pp. 596-644.
94. Hatos, A. (2011) Raportul anchetei în școlile din județele Bihor și Caraș. Proiectul POSDRU - 91/2.2/S/60909 „A doua șansă în educație”. Unpublished report.
95. Helmut, K.-E., Alessio, C. (2009) *Microfinance in Europe. A market overview*. Luxemburg, European Investment Fund.
96. Helmut, K.-E., Frank, L., Salome, G. (2013) *European Small Business Finance Outlook*. Luxembourg, European Investment Fund.
97. HHC Romania. (2011) *Auditing Social Services for Children in Romania*. Consolidated Report.
98. Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2011) *The 2011 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Available from: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf. Date of access: 27 March 2014.
99. Horga, I., Jigau, M. (2010) *The situation of children with special educational needs included in the mainstream education*. UNICEF, Vanemonde Publishing.
100. Howard, M. M. (2003) *The Weakness of Civil Society in Post-Communist Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.
101. ICCV (2010) Legal și egal pe piața muncii pentru comunitățile de romi. Diagnoza factorilor care influențează nivelul de ocupare la populația de romi din România, proiect “L@EGAL 2 – investiție europeană pentru viitorul romilor din România” POSDRU/70/6.2./S/30873.
102. ICF GHK, European Commission, Directorate-General for Regional and Urban Policy. (2013) *Evaluation of Jasmine technical assistance pilot phase. Final Report*
103. Iliescu, R., Georgescu, M. (2013) *Cercetare la nivelul municipiului București în rândul populației consumatorilor problematici de droguri neinstituționalizați, în vederea evaluării riscului/gradului de excludere socială cu care se confruntă aceste persoane*, Agenția Națională Antidrog. Available from: <http://www.ana.gov.ro/studii/Raport%20de%20cercetare%20excludere%202013%20final%20OK.pdf>. Date of access: 27 March 2014.
104. Institutul Național de Boli Infecțioase “Prof. dr. Matei Balș”. (2013) *Evoluția infecției HIV/SIDA în România*. Available from: http://www.cnlas.ro/images/doc/rom_31122013.pdf. Date of access: 27 March 2014.
105. Ionescu-Heroiu, M., Burduja, S., Sandu, D., Cojocaru, Ș., Blankespoor, B., Iorga, E., Moretti, E., Moldovan, C., Man, T., Rus, R., Van der Weide, R. (2014) *Competitive cities. Reshaping economic geography of Romania*. World Bank.
106. Ionescu-Heroiu, M., Burduja, S., Vu, H., Glenday, G., Giosan, V., Mot, M., Sandu, D., Iorga, E., Taralunga, N., Vintan, A., Huddleston, N., Tufis, P., Gaman, F., (2014) Identification of project selection models for the regional operational program 2014-2020. World Bank.
107. Iorga, E., Drețcanu, D., Lică, G., Ercuș, L. (2012) *(Ne)șansele unei persoane cu dizabilități de a-și găsi un loc de muncă în România. Analiza națională asupra experimentelor de economie socială*. București, Institutul pentru Politici Publice
108. Iorga, E., Ercuș, L. (2011) *Diagnoză cu privire la mediul de angajare pentru persoane cu dizabilități*. București, Institutul pentru Politici Publice.
109. Jacob Larionescu, A. L. (2012) Migrants' housing in the homeland. A case study of the impact of migration on a rural community: the village of Marginea, Romania. *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology* (2), 81-95.
110. Jigău, M., Fartușnic, C., Apostu, O., Balica, M., Florian, B., Horga, I., Voinea, L. (2012). *Cohort analysis estimation of the dropout phenomenon*. Subsample of schools from EPA network, included in school attendance initiative „Hai la școală”! UNICEF.
111. Kezdi, G., Suranyi, E. (2009) *A Successful School Integration Program. An Evaluation of the Hungarian National Government's School Integration Program, 2005-2007*. Roma Education Fund. Available from: http://www.romaeducationfund.hu/sites/default/files/publications/a_succesful_school_integration_kezdi_suranyi.pdf
112. Klingemann, H. (2001) *Alcohol and its Social Consequences – the Forgotten Dimension*, World Health Organization. Available from: <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/dati/E76235.pdf>. Date of access: 27 March 2014.
113. Könczei, C., Sárkány, M., & Vincze, E. (2013) Etnicitate și Economie. Working Papers. *Romanian Minority Studies* (Vol. 47). Cluj-Napoca, Institutul pentru Studiarea Problemelor Minorităților Naționale.

114. Kutzin, J., Jakab, M. (2010) Fiscal context and health expenditure patterns, in Kutzin et al. (eds.) Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Observatory on Health Systems and Policies)
115. Leutz, W., N. (1999) Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, Vol. 77, No. 1. Available from: http://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter_leutz.pdf
116. Linz, J., Stepan, A. (1996) *Problems of Democratic Transition and Consolidation: Southern Europe, South America and Post-communist Europe*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
117. Low, L. K. (2010) Childhood Obesity in Developing Countries. *World Journal of Pediatrics*, 6, 197-199.
118. Malik, K. (2013) *Human Development Report. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World*. New York, UNDP.
119. Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J., Beecham, J. (2007) *Deinstitutionalization and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Volume 2. Main Report. Canterbury, Tizard Centre, University of Kent.
120. Mansuri, G., Rao, V. (2013) *Localizing Development. Does Participation Work?* The World Bank, Washington, DC.
121. Marin, M. (2014) *The role of administrative capacity in success of structural funded projects: the case of Romanian local public administration* (PHD). Bucharest, Faculty of Sociology and Social Work, University of Bucharest. Unpublished PhD thesis.
122. Mason, D., Kluegel, J. (coord.). (2000) *Marketing Democracy: Changing Opinion about Inequality and Politics in East Central Europe*. Lanham, Rowman & Littlefield Publishers.
123. McBride, D. (2010) Childhood Obesity. *Practice Nurse*.
124. McLennan, D., Barnes, H., Noble, M., Davies, J., Garratt, E., & Dibben, C. (2011) *The English indices of deprivation 2010*. London, Department for Communities and Local Government.
125. Migliore, A. (2010) Sheltered Workshops. STONE, J. & BLOUIN, M. (eds.) *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Buffalo, The State University of New York.
126. Ministry of Administration and Internal Affairs. (2012) *Framework Document for Implementation of the Administrative Capacity Development Operational Programme*, Version 5. Available from: www.fonduriadministratie.ro. Date of access: 20 June 2013.
127. Ministry of Agriculture and Rural Development. (2010) *Operational Programme for Fisheries*. Available from: www.ampeste.ro. Date of access: 20 June 2013.
128. Ministry of Agriculture and Rural Development. (2012) *National Rural Development Programme*, Version 8. Available from: www.pndr.ro. Date of access: 20 June 2013.
129. Ministry of Economy. (2011) *Framework Document for Implementation of the Sectoral Operational Programme of Increased Economic Competitiveness*, Version 1. Available from: www.fonduri-ue.ro. Date of access: 20 June 2013.
130. Ministry of Economy. (2014) *Strategy for the Development of Small and Medium-sized Enterprises and the Business Environment in Romania – 2020 Horizon*.
131. Ministry of European Funds. (2014) *Romanian Partnership Agreement for the 2014-2020 Programming Period*. Available from: http://media.hotnews.ro/media_server1/document-2014-04-1-16945501-0-31-martie-2014-official-version.pdf
132. Ministry of Environment. (2009) *Framework Document for Implementation of the Sectoral Operational Programme Environment*, Version 2. Available from: www.mmediu.ro. Date of access 10 April 2012.
133. Ministry of Labour, Family and Social Protection, (2010) *Framework Documentation for Implementation of the Sectoral Operational Programme for Human Resources Development*, Version 4. Available from: www.fonduri-ue.ro. Date of access 20 June 2013.
134. Ministry of Labor, Family, Social Protection and Elderly, SERA Romania (2012) *Analiza instituțională a serviciilor publice de asistență socială*. Proiect PODCA: Îmbunătățirea eficacității organizaționale a sistemului de protecție a copilului în România.
135. Ministry of Labor, Family, Social Protection and Elderly. (2013a) Protection of persons with disabilities. *Statistical Bulletin on Labor and Social Protection*, 3rd trimester of 2013. Available from: http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/hand_III_2013.pdf. Date of access: 14 March 2014.
136. Ministry of Labor, Family, Social Protection and Elderly. (2013b) *Strategia națională pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie*. Available from: http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Proiecte%20legislative/2012-09-20_Anexa1_strategie%20violenta%20sept%202012.pdf. Date of access: 27 March 2014.
137. Ministry of Labor, Family, Social Protection and Elderly. (2013) *Analiza socio-economică pentru programarea fondurilor europene 2014 - 2020 în domeniul antreprenariat și economie socială*. Available from: <http://www.fonduri-ue.ro/posdru/images/doc2013/mmfpveconomiesociala.pdf>

138. Ministry of Labor, Family, Social Protection and Elderly. (2013) *Quarterly Statistic Bulletin*. Available from: www.mmuncii.ro.
139. Ministry of Labor, Family, Social Protection and Elderly. (2013) *Quarterly Bulletin on Children with disabilities*. Available from: http://www.copii.ro/alte_categorii.html.
140. Ministry of Labor, Family, Social Protection and Elderly. (2013) *Statistic Bulletin (persons with disabilities)*. Available from: http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/dizabilitati_anul_2013.pdf
141. Ministry of Regional Development and Tourism. (2012) *Framework Document for Implementation of the Regional Operational Programme*, Version 12. Available from: www.mdr.ro. Date of access: 20 June 2013.
142. Mirko, B., Michael, U., Benjamin, S. (2012) *Overview of the microcredit sector in the European Union*. European Investment Fund.
143. Moisa, F. (2012) *Incluziunea Socială în România. De la concept la implementarea politicilor publice de incluziune a populației la romi* (PhD). Cluj-Napoca, Universitatea „Babeș-Bolyai”. Available from: http://doctorat.ubbcluj.ro/sustinerea_publica/rezumat/2012/sociologie/moisa_florin_ro.pdf.
144. Motivation Foundation, The Academic Society from Romania. (2009) *Diagnostic: excluded from the labour market; barriers in the employment of persons with disabilities*. Available from: www.motivation.ro.
145. Munday, B. (2007) *Integrated Social Services in Europe*. Council of Europe Report. Available from: http://eurocef.eu/wp-content/uploads/2014/01/services_sociaux_integresen_europe.pdf.
146. National Authority for Payments and Social Inspection (2013) *National Report: Assessment of the specific quality standards for residential centres for adults with disabilities (neuropsychiatric rehabilitation centres-CRRN)*. Available from: <http://www.crj.ro/userfiles/editor/files/RAPORT%20ANPIS.doc>. Date of access: 27 March 2014.
147. National Council of Elderly People (2013) *Evolutions of Living Conditions of Elderly 2007-2012*, Available from: http://www.cnpv.ro/pdf/analize2013/evolutia_conditiilor_de_viata_ale_populatiei_varstnice_din_romania_in_perioada_2007-2012.pdf. Date of access: 27 March 2014
148. Nevala, A.M., Hawley, J. (2011) *Study on Reducing Early School Leaving in the EU*, European Parliament, Directorate General for Internal Policies. Available from: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/cult/dv/esstudyearlyschoolleaving/esstudyearlyschoolleavingen.pdf. Date of access: 27 March 2014.
149. Nolan, B., Whelan, C. (2011) *The EU 2020 Poverty Target*. Gini Discussion Paper 19. Available from: http://www.researchgate.net/publication/254390408_GINI_DP_19_The_EU_2020_poverty_target.
150. Norris, P. (2002) *Democratic Phoenix: Reinventing Political Activism*. Cambridge, Cambridge University Press.
151. OECD. (2007) Synthesis Report and Chapter 8 Romania. *Education Policies for Students at Risk and those with Disabilities in South Eastern Europe: Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Kosovo, FYR of Macedonia, Moldova, Montenegro, Romania and Serbia*, Paris. Available from: <http://www.oecd.org/edu/innovation-education/38614298.pdf>
152. OECD. (2012) *Equity and Quality in Education. Supporting Disadvantaged Students and Schools*. Available from: <http://www.oecd.org/edu/school/50293148.pdf>
153. OECD. (2013a) *OECD Skills Outlook 2013: First Results from the Survey of Adult Skills*. O. Publishing (Ed.), OECD.
154. OECD. (2013b) *PISA 2012 Results: Excellence Through Equity: Giving Every Student the Chance to Succeed (Volume II)*. PISA, OECD Publishing
155. O'Higgins, N. (2012) *Roma and Non-Roma in the Labour Market in Central and South Eastern Europe*. Bratislava, United Nations Development Programme.
156. Olson, M. (1965) *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge, Harvard University Press.
157. Onișoru, G. (coord.). (2001) *Totalitarism și rezistență, teroare și represiune în România comunistă*. București, CNSAS.
158. Open Society Institute. (2005) *Rights of Persons with Intellectual Disabilities – Access to Education and Employment*. Monitoring report, Romania.
159. Operations Research (2011) *Drug Users. Access to Sterile Injecting Equipment and Substitution Medication*. Available from: <http://www.rhrn.ro/public/uploads/file/230/drug-users-access-to-sterile-injecting-equipment-and-substitution-medication.pdf>. Date of access: 27 March 2014.
160. Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P., Summerbell, C. D. (2009) Interventions For Treating Obesity In Children. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
161. Paraschi, M. (2013) *Persoanele fără adăpost ca indicator al sărăciei urbane în București*. Dissertation abstract. Available from: <http://www.unibuc.ro/studies/Doctorate2013Noiembrie/PARASCHIV%20MIRELA%20DANIELA%20%20Persoanele%20fara%20adapost%20ca%20indicator%20al%20saraciei%20urbane%20in%20Bucuresti/Mirela%20Paraschiv%20rezumat.pdf>. Date of access: 27 March 2014.

162. Payne, R. A., Abel, G. A. (2012) UK indices of multiple deprivation—a way to make comparisons across constituent countries easier. *Health Stat Q*, 53, 22-37.
163. Pop, L., Sandu, D., Panduru, F., Virdol, A., Grigoras, V., Duma, V., Virdol, D. (2003) *Harta saraciei in Romania. Metodologia utilizata si prezentarea rezultatelor*. Raport elaborat la cererea Comisiei Nationale Anti-Saracie si Promovare a Incluziunii Sociale de catre Universitatea Bucuresti si Institutul national de Statistica.
164. Pop-Elecheș, G., Tucker, J. (2013) Associated with the Past? Communist Legacies and Civic Participation in Post-Communist Countries. *East European Politics and Society*, 27(1): 45-68.
165. Preda, M., Duminică, G. (2003) Accesul romilor pe piața muncii, București, Editura Cărții de Agribusiness (ECA)
166. Preda, M. (2009) *Riscuri și inechități sociale în România. Raportul Comisiei Prezidențiale pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice*. Available from: http://www.presidency.ro/static/CPARSDR_raport_extins.pdf
167. Preoteasa, A. M., Cace, S., Duminică, G. (coord.) (2009) *Strategia națională de îmbunătățire a situației romilor: vocea comunităților*, Agenția de Dezvoltare Comunitară "Împreună". Available from: http://www.agentiaimpreuna.ro/files/publicatii/10-RAPORT_tipar-p-ro.pdf.
168. Richardson, D., Patana, P. (2012) *Integrating service delivery: why, for who, and how?*. Discussion paper, OECD, Integrated Services and Housing Consultation, November 2012, Available from: www.oecd.org/social/integratedservices.htm.
169. Ringen, S. (1988) Direct and indirect measures of poverty. *Journal of social policy*, 17(03), 351-365.
170. Romanian Association of Communes. (2012) *Romanian Communes' Agenda*. Available from: www.acor.ro. Date of access: 12 December 2013.
171. Roemer, J.E. (1993) On a Mechanism for Implementing Egalitarianism with Responsibility. *Papers* 93-18, California Davis - Institute of Governmental Affairs.
172. Rose, R., William, M., Haerpfer, C. (1998) *Democracy and Its Alternatives: Understanding Post-Communist Societies*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
173. Rughiniș, C. (2000) Proiecte de dezvoltare în comunități de romi: Echilibrarea unei relații asimetrice, *Revista de cercetări sociale*, nr. 3-4, p. 77-96.
174. Rughiniș, C. (2011) Quantitative tales of ethnic differentiation: measuring and using Roma/Gypsy ethnicity in statistical analyses. *Ethnic and Racial Studies*, 34(4), 594-619.
175. Samusocial (2010) *Cauzele pentru care persoanele adulte fără adăpost sunt în stradă*. Available from: <http://www.samusocial.ro/media/statistici-cifre/>. Date of access: 27 March 2014.
176. Sandu, D. (1996) *Județul Teleorman - Disparități regionale în România. Studii pilot*. Ramboll. Grupul de Consultanță.
177. Sandu, D. (1999) Development and poverty in the Romanian villages. *Romanian Sociology. Annual English Edition* (1), 188-212.
178. Sandu, D. (2000) *Social Assessment for Rural Development Project: Social Needs and Actions in Romanian Villages*, World Bank Report, Bucharest.
179. Sandu, D. (2005) *Dezvoltare comunitară. Cercetare, practică, ideologie*. Iași, Polirom.
180. Sandu D. (2005) *Roma Social Mapping. Targeting by a Community Poverty Survey*. The World Bank, Bucharest. Available from: http://www.anr.gov.ro/docs/statistici/Roma_Social_Mapping_187.pdf. Date of access: 27 March 2014.
181. Sandu, D. (2011). Disparități sociale în dezvoltarea și în politica regională din România. *International Review of Social Research*, 1 (1), 1-30.
182. Sandu, D., Voineagu, V., Panduru, F., (2009) *Development of Communes in Romania*. National Institute for Statistics, University of Bucharest.
183. Sayce, L. (2011) *Getting in, staying in and getting on. Disability employment support fit for the future*. London, Department for Work and Pensions.
184. Save the Children (2009) *Estimating the number of street children and youth in Bucharest, Brașov and Constanța based on the capture-recapture method*
185. Stanciu, M. (2013) *Children with disabilities*. Romania. UNICEF. Available from: http://www.pentrueducatie.ro/_upload/doc/Copiii%20cu%20dizabilitati%20-%20Raport%20septembrie%202013,%20UNICEF.pdf.
186. Stănculescu, M.S. (2004) *A Knowledge Typology of the Romanian Rural and Small Urban Local Communities*. World Bank and Ministry of Telecommunications and Information Technology Report. Bucharest.
187. Stănculescu, M.S., Berevoescu, I. (2004). *Sărac lipit, caut altă viață*. București, Nemira.
188. Stănculescu, M. S. (coord.), Marin, M., Braniște, S. (2010) Calitatea vieții și gradul de satisfacție privind locuirea în cartierul Cetate, municipiul Alba Iulia. Raport final, finanțat de Asociația Intercomunitară de Dezvoltare Alba Iulia, proiect, "Legături între regenerarea urbană, planificarea spațială – NODUS WG6", Programul Operațional

- de Cooperare Teritorială URBACT. Available from: [www.albaiulia-aida.ro/nodus/NODUS%20WG6%20-%20Studiu%20Sociologic%20\(Raport%20Final%20](http://www.albaiulia-aida.ro/nodus/NODUS%20WG6%20-%20Studiu%20Sociologic%20(Raport%20Final%20)
189. Stănculescu, M. S., Marin, M. (2012) *Supporting Invisible Children. Evaluation Report*. UNICEF. Bucharest. Available from: http://www.unicef.org/romania/Raport_HIC_engleza.pdf
 190. Stănculescu, M. S. (coord.) Marin, M., Popp, A. (2012) *Copil în România O diagnoză multidimensională*, București, UNICEF
 191. Stănculescu, M.S. (coord), Anton, S., Iamandi-Cioinaru, C., Corad, B., Neculau, G., Trocea, A. (2013) *Helping invisible children. Second evaluation report*. UNICEF. Bucharest. Available from: <http://www.unicef.org/romania/HIC.eng.web.pdf>
 192. Stănculescu, M.S. (coord), Neculau, G. (2014) *The Performance of Public Health-care Systems in South-Eastern Europe – A comparative qualitative study*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Belgrade, Serbia. Available from: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/belgrad/10758.pdf>
 193. Stănescu, S. M., Asiminei, R., Virjan, D. (2013) *Raport de recomandari al economiei sociale. România 2013*. Available from: http://www.academia.edu/6308173/Raport-de-recomandari-al-economiei-sociale_online.
 194. Stănescu, S. M., Cace, S., Alexandrescu, F. (2011) *Între oportunități și riscuri: oferta de economie socială în regiunile de dezvoltare București-Ilfov și Sud-Est*. Available from: http://integrat.org.ro/files/oferta_es.pdf
 195. Stiglitz, J., Sen, A., Fitoussi, J.-P. (2009) *The measurement of economic performance and social progress revisited. Reflections and overview*. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, Paris.
 196. *Strategia Națională pentru Integrarea Socială și Profesională a Persoanelor cu TSA 2012*. Available from: http://www.autism.raa.ro/upload/files/STRATEGIA_NATIONALA_TSA_2011_DRAFT.pdf. Date of access: 27 March 2014.
 197. *Strategia Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă 2014-2020*. Available from: http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Munca/2014-DOES/2014-01-31_Anexa1_Strategia_de_Ocupare.pdf
 198. *Strategy of the Government of Romania for the Inclusion of the Romanian Citizens Belonging to Roma Minority 2012–2020*. Available from: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_romania_strategy_en.pdf
 199. Sunia, G. (2013) *Violența domestică în România. Raport Național 2011*. Available from: http://www.migration.cc/suniageel2/data/a/a_011_WS1_Country_Report_RO_ro.pdf. Date of access: 27 March 2014.
 200. Surdu, L. (2011) *Participare, absenteism școlar și experiența discriminării în cazul romilor din România*. București, RomaniCriss.
 201. Swinkles, R., Stănculescu, M.S., Anton, S., Koo, B., Man, T., Moldovan, C. (2014) *The Atlas of Urban Marginalized Areas in Romania*. The World Bank, București.
 202. Szekely, M. (2012) *Discriminarea în plan socio-profesional a persoanelor cu dizabilități din România* (PhD). Cluj-Napoca, Universitatea „Babeș-Bolyai”. Available from: http://doctorat.ubbcluj.ro/sustinerea_publica/rezume/2012/sociologie/Szekely_Maria_Ro.pdf
 203. Sztompka, P. (1999) *Trust: A Sociological Theory*. Cambridge, Cambridge University Press.
 204. Tarnovschi, D. (coord.) (2012) *Situația romilor în România, 2011. Între incluziune socială și migrație. Raport de țară, proiect “EU INCLUSIVE – transfer de date și experiențe privind integrarea pe piața muncii a romilor între România, Bulgaria, Italia și Spania” POSDRU/98/6.4/S/63841, implementat de Fundația Soros România*. Available from: <http://www.soros.ro/ro/publicatii.php#>
 205. Toth, A. (2013) *Assessment of the needs and expectations of parents of children with neuromotor disabilities from the Bucharest Branch of ASCHFR*. Report of the qualitative research, Sociometrics
 206. Toth, A., Munteanu, D., Bleahu A. (2008) *National Analysis of the Phenomenon of Children Left Home by Their Parents who Migrate Abroad for Employment*. UNICEF, Social Alternatives Association.
 207. Townsend, P. (1979) *Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living*. University of California Press.
 208. Tudorache, L. A., Folostina, R., Tutunea, J., Sima, H. (2013). Disability as a risk factor on the access to labor market. *Review of Applied Socio-Economic Research*, 5(1), 130-135.
 209. Tufiş, C. (2012) *Learning Democracy and Market Economy in Post-Communist Romania*. Iași, Institutul European.
 210. UNHRC. (2013) *Thematic study on the right of persons with disabilities to education, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, A/HRC/25/29*. Available from: http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session25/Documents/A-HRC-25-29_en.doc.
 211. UNICEF. (2006) *The State of the World's Children 2006: Excluded and Invisible*. Available from: www.unicef.org.
 212. UNICEF. (2007) *Education for Some More than Others?* Geneva, UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Available from: www.unicef.org/ceecis.

213. UNICEF. (2012) *Analysing the situation of out of school children in Romania*, within the Global Initiative *All children in School by 2015*. Bucharest. Available from: <http://www.unicef.org/romania/romania-oosci-report-2012-en.pdf>.
214. UNICEF. (2013) *The State of World's Children 2013: Children with Disabilities*, www.unicef.org/sowc2013.
215. UNICEF. (2013) *Final Evaluation of the National Antidrug Strategy 2005-2012*. Unpublished report.
216. United Nations Economic and Social Council. (2012) *Draft country programme document. Romania*. Available from: http://www.unicef.org/about/execboard/files/2012-PL6_Romania_CPD-ODS-English.pdf. Date of access: 27 March 2014.
217. United Nations Office on Drugs and Crime. (2011) *Advocacy Strategy. Removing Barriers to Scale-up of HIV/AIDS Prevention and Care Programmes for Injecting Drug Users and Oral Opioid Users in South Asia*. Available from: http://www.unodc.org/documents/southasia/reports/UNODC_Advocacy_Strategy.pdf. Date of access: 27 March 2014.
218. Vrasmas, E., Nicolae, S., Oprea, V., Vrasmas, T. (2005) *Guide to support teachers*. Vanemonde.
219. Vrasmas, T. (coord.) (2010) *School inclusion of children with SEN*, elaborated by the Ministry of Education, Research and Youth, RENINCO, UNICEF. Bucharest. http://www.pentrueducatie.ro/_upload/doc/Incluziunea%20%C5%9Fcolar%C4%83%20a%20copiilor%20cu%20cerin%C5%A3e%20educa%C5%A3ionale%20speciale.pdf
220. Voicu, M. (2007) *Needs and Resources for Roma Communities*. Soros Foundation Romania, Bucharest
221. Webster, B. H. (2010) *Income, earnings, and poverty data from the 2005 American Community Survey*. DIANE Publishing.
222. Wijnhoven, T. M. A., Van Raaij, J. M. A., Spinelli, A., Rito, A. I., Hovengen, R., Kunesova, M., Starc, G., Rutter, H., Sjöberg, A., Petrauskiene, A., O'dwyer, U., Petrova, S., Farrugia Sant'angelo, V., Wauters, M., Yngve, A., Rubana, I. M. & Breda, J. (2013) *Who european childhood obesity surveillance initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children*. *Pediatric obesity*, 8, 79-97.
223. Wong, S. (2012) *What Have Been the Impacts of World Bank Community-Driven Development Programs? CDD Impact Evaluation Review and Operational and Research Implications*. Washington DC.
224. World Bank. (2005) *The Roma Communities Social Map*, Available from: http://www.anr.gov.ro/docs/statistici/Roma_Social_Mapping_187.pdf
225. World Bank. (2011) *Romania - Functional review: health sector*. Washington DC, World Bank. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2011/05/17056888/romania-functional-review-health-sector>. Date of access: 27 March 2014.
226. World Bank. (2011) *Romania - Functional review: labor and social protection sector*. Washington DC, World Bank. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/docsearch/report/74291>. Date of access: 27 March 2014.
227. World Bank. (2012) *Toward an Equal Start: Closing the Early Learning Gap for Roma Children in Eastern Europe*. Available from: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/EXTROMA/0,,contentMDK:23208277~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:615987,00.html>. Date of access: 27 March 2014.
228. World Bank, European Commission (2012) *Reducing vulnerability and promoting the self-employment for Roma in Eastern Europe through financial inclusion*.
229. World Bank. (2014) *Preparation of a Draft National Strategy Regarding Elderly and Active Ageing. Living Long, Staying Active and Strong: Promotion of Active Ageing in Romania*. Bucharest.
230. World Bank. (2014) *Draft Strategic Framework to Reduce Early School Leaving (ESL) in Romania*.
231. World Bank. (2014) *Atlas of Urban Marginalized Areas in Romania*.
232. World Health Organization. (2013a) *Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region: Executive Summary*. Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>. Date of access: 27 March 2014.
233. World Health Organization. (2013b) *Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries*. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf. Date of access: 27 March 2014.
234. Zamfir, E., Zamfir, C. (coord.) (1993) *Țigani în ignorare și îngrijorare*, București, Editura Alternative.
235. Zamfir, C., Preda, M. (coord.) (2002) *Romii în România*, București, Editura Expert.

Referințe legislative

Legi

Constituția României.

Decret - Lege nr. 118/1990, privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri.

Legea nr.18/1990, pentru ratificarea Convenției cu privire la drepturile copilului.

Legea nr.50/1991, privind autorizarea executării lucrărilor de construcții.

Legea nr.114/1996, Legea Locuinței.

Legea nr.208/1997, privind cantinele de ajutor social.

Legea nr.34/1998, privind acordarea unor subvenții Asociațiilor și Fundațiilor Române cu personalitate juridică, care înființează unități de asistență socială.

Legea nr.143/2000, privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri.

Legea nr.10/2001, privind regimul juridic al unor imobile preluate în mod abuziv în perioada 6 martie 1945 - 22 decembrie 1989.

Legea nr. 95/2001, a voluntariatului.

Legea nr.678/2001, privind prevenirea și combaterea traficului de persoane.

Legea nr.116/2002, privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale.

Legea nr. 682/2002, privind protecția martorilor.

Legea nr.15/2003, privind sprijinul acordat tinerilor pentru construirea unei locuințe proprietate personală.

Legea nr.217/2003, pentru prevenirea și combaterea violenței în familie.

Legea nr.83/2004, pentru declararea ca orașe a unor comune.

Legea nr.107/2004, pentru modificarea și completarea Legii nr. 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă.

Legea nr.211/2004, privind unele măsuri pentru asigurarea protecției victimelor infracțiunilor.

Legea nr.272/2004, privind protecția și promovarea drepturilor copilului.

Legea nr.341/2004, a recunoștinței față de eroii-martiri și luptătorii care au contribuit la victoria Revoluției române din decembrie 1989.

Legea nr.195/2006, legea-cadru a descentralizării.

Legea nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătății.

Legea nr.448/2006, legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Legea nr.221/2010 pentru ratificarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități.

Legea nr.151/2010 și Legea nr.200/2013, privind serviciile specializate integrate de sănătate, educație și sociale adresate persoanelor cu tulburări din spectrul autist și cu tulburări de sănătate mintală asociate.

Legea nr.152/2011, privind înființarea Agenției Naționale pentru Locuințe.

Legea nr.292/2011, a asistenței sociale.

Legea nr.190/2013, privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 7/2011 pentru modificarea și completarea Legii nr. 350/2001 privind amenajarea teritoriului și urbanismul.

Hotărâri de Guvern

HG nr.205/1997, cu privire la organizarea activității autorităților administrației publice locale în domeniul protecției drepturilor copilului.

HG nr.299/2003 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 678/2001 privind prevenirea și combaterea traficului de persoane.

HG nr.1826/2005, pentru aprobarea strategiei naționale de dezvoltare a serviciilor sociale.

HG nr.1251/2005, privind unele măsuri de îmbunătățire a activității de învățare, instruire, compensare, recuperare și protecție specială a copiilor/elevilor/tinerilor cu cerințe educative speciale din cadrul sistemului de învățământ special și special integrat.

HG nr.21/2007, privind aprobarea Standardelor de autorizare de funcționare provizorie a unităților de învățământ preuniversitar, precum și a Standardelor de acreditare și de evaluare periodică a unităților de învățământ preuniversitar.

HG nr.74/2007, privind asigurarea fondului de locuințe sociale destinate chiriașilor evacuați sau care urmează a fi evacuați din locuințele retrocedate foștilor proprietari.

HG nr.1237/2008, privind aprobarea Programului-pilot Locuințe sociale pentru comunitățile de romi.

HG nr.23/2010, privind aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale.

HG nr.151/2010, privind aprobarea Programului Renașterea satului românesc — 10 case pentru specialiști.

HG nr.459/2010, pentru aprobarea standardului de cost/an pentru servicii acordate în unitățile medico-sociale și a unor normative privind personalul din unitățile de asistență medico-socială.

HG nr.49/2011, pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state.

HG nr.1274/2011, privind metodologia de calcul pentru determinarea costului standard pe elev/preșcolar/an și finanțarea unităților de învățământ preuniversitar de stat, finanțate din bugetele locale, pe baza standardelor de cost pe elev/preșcolar pentru anul 2012.

HG nr.1142/2012, privind Strategia națională împotriva traficului de persoane pentru perioada 2012-2016.

HG nr.1156/2012, privind aprobarea Strategiei naționale pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie pentru perioada 2013-2017 și a Planului operațional pentru implementarea Strategiei naționale pentru prevenirea și combaterea fenomenului violenței în familie pentru perioada 2013-2017.

HG nr.344/2013, completarea art. 5 din HG nr. 72/2013 - aprobarea normelor metodologice pentru determinarea costului standard per elev/preșcolar.

HG nr.784/2013, privind aprobarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020 și a Planului de acțiune în perioada 2013-2016 pentru implementarea Strategiei naționale antidrog 2013-2020.

HG nr.1071/2013, privind aprobarea Strategiei Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă 2014-2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014-2020 pentru implementarea Strategiei naționale.

Hotărârea nr. 1165/2013 pentru modificarea Hotărârii Guvernului nr. 72/2013 privind aprobarea normelor metodologice pentru determinarea costului standard per elev/preșcolar și stabilirea finanțării de bază a unităților de învățământ preuniversitar de stat, care se asigură din bugetul de stat, din sume defalcate din T.V.A. prin bugetele locale, pe baza costului standard per elev/preșcolar.

HG nr.400/2014, pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.

Hotărârea nr.799/2014 privind implementarea Programului operațional Ajutorarea persoanelor defavorizate.

HG nr.859/2014, privind aprobarea Strategiei guvernamentale pentru dezvoltarea sectorului întreprinderilor mici și mijlocii și îmbunătățirea mediului de afaceri din România – Orizont 2020.

HG nr.1113/2014, privind aprobarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului pentru perioada 2014-2020 și a Planului operațional pentru implementarea Strategiei naționale pentru protecția și promovarea drepturilor copilului 2014 - 2016.

OG nr.20/1994, privind măsuri pentru reducerea riscului seismic al construcțiilor existente.

Ordinul nr.2401/2013, pentru stabilirea valorii de înlocuire pe metru pătrat, pentru anul 2013, în vederea vânzării locuințelor pentru tineri.

OUG nr.18/2009, privind creșterea performanței energetice a blocurilor de locuințe.

Decizii/Directive/Regulamente

Directiva Consiliului Comunității Europene nr.91/271/EEC/1991 privind tratarea apelor urbane reziduale.

Hotărârea nr.522/8.05.2003, pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulților.

Hotărârea nr.488/2005, privind aprobarea sistemului national de indicatori de incluziune socială.

Hotărârea nr.1251/2005, privind unele măsuri de îmbunătățire a activității de învățare, instruire, compensare, recuperare și protecție specială a copiilor/elevilor/tinerilor cu cerințe educative speciale din cadrul sistemului de învățământ special și special integrat.

Regulamentul UE nr.223/2014 privind Fondul de ajutor european destinat celor mai defavorizate persoane.

Organizația Națiunilor Unite, Declarația Universală a Drepturilor Omului.

Organizația Națiunilor Unite, Convenția cu privire la drepturile copilului.

Ordine ministeriale

Ordonanța nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare.

Ordinul nr.5379/2004, privind Metodologia de organizare si functionare a serviciilor educationale prin cadre didactice de sprijin/itinerante pentru copiii cu cerinte educative speciale, scolarizati in invatamantul de masa

Ordinul nr.4928/2005, privind aprobarea Planului-cadru de învățământ pentru clasele/grupele/unitatile de învățământ special care scolarizeaza copii/elevi/tineri cu deficiente grave, severe, profunde sau asociate

Ordinul nr.3414/2009, privind aprobarea Planului-cadru de învățământ pentru învățământul special - clasele a IX-a-a XI-a, ciclul inferior al liceului, filiera tehnologică.