

**Aspecte ce privesc
asistența socială ca modalitate de respectare a egalității de șanse
și apărarea drepturilor persoanelor vârstnice**

2011

CUPRINS

Introducere	pag.3
1.Asistența socială a persoanelor vârstnice.....	pag.6
2.Excluziunea socială și egalitatea de șanse pentru persoanele vârstnice	pag.12
3. Abordări ale egalității de șanse în țările din Uniunea Europeană	pag.32
4.Abordări ale egalității de șanse în societatea românească	pag.45
5.Concluzii.....	pag.58
6.Propuneri.....	pag.61
Bibliografie.....	pag.73

INTRODUCERE

Este cunoscut faptul că fenomenul îmbătrânirii atrage marginalizarea și excluziunea socială a vârstnicilor cu consecințe *demografice, socio – medicale, economice, psihosociale și socio-culturale*:

- consecințele *demografice* au în vedere tendința continuă de depopulare a zonelor rurale și de îmbătrânire a forței de muncă;
- consecințele *sociale* privesc creșterea riscului de marginalizare a persoanelor vârstnice care și-au încetat activitatea profesională, scăderea capacității de adaptare socială, precum și accentuarea dificultăților în asigurarea unei protecții sociale adecvate, diminuarea veniturilor odată cu pensionarea și apariția riscului de pierdere a independenței financiare;
- consecințele *socio - medicale* vizează creșterea nevoilor de îngrijiri complexe datorate polipatologiei specifice vârstei a treia, creșterea duratei de spitalizare și creșterea numărului de internări datorită bolilor cronice, apariția stărilor de invaliditate severă generatoare de situații de dependență care creează probleme deosebite persoanelor în cauză, familiei și comunității, necesitând acordarea unui număr mărit de servicii medico – sociale și, nu în ultimul rând, asistarea în instituții de asistență socială;
- *consecințele economice* vizează declinul economic și efectele restructurării societății care creează probleme greu de rezolvat pe linia asigurării unei protecții economico – sociale minime a persoanelor vârstnice;
- *consecințele psihosociale și socio-culturale* vizează scăderea capacității de adaptare socială și psihosocială și apariția conflictelor între generații.

Pentru prevenirea marginalizării sociale a vârstnicilor și pentru dezvoltarea unui sistem de asistență socială care să fie capabil să acopere necesarul de servicii sociale, socio-medicale și medicale al persoanelor vârstnice este necesar să se intensifice parteneriatul dintre sistemul public și cel privat, dintre autoritățile publice locale și organizațiile neguvernamentale (asociații și fundații).

Acordarea serviciilor sociale este necesar să se bazeze pe următoarele cerințe:

- Egalitatea de șanse;
- Libertatea de alegere;
- Independența și individualitatea fiecărei persoane;
- Servicii de calitate, accesibile, flexibile, adaptate nevoilor sociale;
- Transparența și participarea membrilor comunității la acordarea serviciilor sociale;
- Confidențialitatea cu privire la beneficiarii serviciilor sociale;
- Respectarea demnității umane.

Sistemul actual de asistență socială reunește, în principal :

- transferurile bănești de la bugetul statului;
- facilitățile diverse;
- serviciile de îngrijire la domiciliu;
- serviciile de găzduire, supraveghere, recuperare în unități specializate;
- personalul specializat pentru acordarea serviciilor;
- descentralizarea acțiunilor sociale până la nivelul comunităților;
- finanțarea județeană și locală;
- parteneriatul și solidaritatea socială a membrilor comunităților;
- identificarea beneficiarilor și stabilirea formelor de sprijin.

Persoanele vârstnice sunt subiect al strategiei privind protecția socială a persoanelor vârstnice care datorită veniturilor insuficiente, bolilor, a relațiilor sociale diminuate sau din alte motive individualizate se află într-o situație de risc de marginalizare socială.

În România se întâlnește o situație particulară și anume solicitările unui mare număr de persoane vârstnice pentru a fi îngrijite în instituții de asistență socială, deoarece veniturile personale sunt insuficiente pentru acoperirea costurilor vieții de zi cu zi, privind medicamentele, alimentația și cheltuielile de întreținere a locuinței, căldură, curent electric, etc și pentru că au rămas singure; în prezent nu există îngrijitori și un sistem național de îngrijire la

domiciliu care să le asigure serviciile de care au nevoie fără a mai fi instituționalizate.

Mobilizarea resurselor necesare, responsabilizarea factorilor relevanți și asigurarea unui parteneriat eficient în vederea valorizării persoanei vârstnice în societate și a promovării, protecției și respectării drepturilor persoanei vârstnice, constituie un obiectiv relevant .

Ținând cont de faptul că populația vârstnică înregistrează o creștere rapidă și constantă în întreaga lume și consecințele socio – economice ale acestui fenomen afectează și România, asistența socială a persoanelor vârstnice trebuie considerată o activitate importantă de protecție socială și de îmbunătățire a calității vieții acestui segment de populație.

CAPITOLUL 1

ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

În conformitate cu **Legea nr.47/2006**, **sistemul național de asistență socială** reprezintă ansamblul de instituții și măsuri prin care statul, prin care autoritățile administrației publice centrale și locale, colectivitatea locală și societatea civilă intervin pentru prevenirea, limitarea sau înlăturarea efectelor temporare ori permanente ale unor situații care pot genera marginalizarea sau excluziunea socială a persoanei, familiei, grupurilor ori comunităților. Asistența socială, componentă a sistemului național de protecție socială, cuprinde serviciile sociale și prestațiile sociale acordate în vederea dezvoltării capacităților individuale sau colective pentru asigurarea nevoilor sociale, creșterea calității vieții și promovarea principiilor de coeziune și incluziune socială. În vederea promovării procesului de incluziune socială, **sistemul național de servicii sociale trebuie să beneficieze de coordonare și organizare unitară.**

Dreptul la asistența socială este garantat, în condițiile legii, pentru toți cetățenii români care au domiciliul sau reședința în România, fără nici un fel de discriminare. Persoanele au dreptul de a fi informate asupra conținutului și modalităților de acordare a măsurilor și acțiunilor de asistență socială. Drepturile la asistența socială se acordă la cerere sau din oficiu în conformitate cu prevederile legii.

Ion Mărgineanu în „Politici sociale” definește asistența socială ca fiind „un suport ce se îndreaptă spre cei care nu-și pot procura cele necesare traiului, iar familia este și ea neputincioasă sau pur și simplu lipsește”.

Asistența socială are ca obiectiv principal „protejarea persoanelor care, datorită unor motive de natură economică, fizică, psihică sau socială, nu au posibilitatea să își asigure nevoile sociale, să își dezvolte propriile capacități și competențe pentru integrarea socială” și se întemeiază pe următoarele **principii generale**:

- **Principiul parteneriatului**

Axa strategiei privind asistența socială este constituită prin parteneriat, conceput atât ca principiu al întregii activități de asistență socială, cât și ca mijloc de realizare a strategiei-prin convenții de parteneriat între principalii factori implicați.

- **Principiul solidarității sociale**

Comunitatea are obligația să participe la sprijinirea persoanelor care nu își pot asigura nevoile sociale, pentru menținerea și întărirea coeziunii sociale.

- **Principiul universalității**

Fiecare persoană are dreptul la asistență socială, în condițiile prevăzute de lege. Prin acest drept se recunoaște principiul egal la servicii sociale pentru persoanele din orice parte a unității administrativ-teritoriale.

- **Principiul subsidiarității**

Statul intervine atunci când resursele personale și comunitare nu au satisfăcut sau au satisfăcut insuficient nevoile sociale ale persoanelor.

- **Principiul planificării și furnizării de servicii** pe baza cazurilor identificate în cadrul comunității.

Persoanele vârstnice sunt, potrivit **Legii nr. 17/2000** privind asistența socială a persoanelor vârstnice, acele persoane care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege. Acestea au dreptul la asistență socială în raport cu situația sociomedicală și cu resursele materiale de care dispun.

De asistență socială beneficiază persoana vârstnică care se găsește în una din următoarele situații:

- nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;
- nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată;

- se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

Serviciile sociale reprezintă, potrivit art. 1 din OG nr. 86/2004, „ansamblul complex de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru prezervarea autonomiei și protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării și excluziunii sociale, pentru promovarea incluziunii sociale și în scopul creșterii calității vieții”.

Principiile care stau la baza acordării serviciilor sociale sunt:

- respectarea drepturilor și a demnității persoanei;
- asigurarea autodeterminării și a intimității persoanelor beneficiare;
- solidaritatea socială;
- unicitatea persoanei;
- libertatea de a alege serviciul social în funcție de nevoia socială;
- egalitatea de șanse și nediscriminarea accesului la servicii sociale și în furnizarea acestora;
- participarea beneficiarilor la întregul proces de furnizare a serviciilor ;
- transparența și responsabilitatea publică în acordarea serviciilor sociale;
- proximitatea în furnizarea serviciilor sociale;
- complementaritatea și abordarea integrată în furnizarea serviciilor sociale;
- concurența și competitivitatea în furnizarea serviciilor sociale;
- confidențialitatea;
- orientarea pe rezultate;
- îmbunătățirea continuă a calității serviciilor sociale;
- combaterea abuzului asupra persoanelor beneficiare, în cadrul instituțiilor;
- parteneriatul între părțile implicate în procesul de furnizare a serviciilor sociale și beneficiarii acestora.

Serviciile sociale pot fi servicii cu caracter primar și specializate.

Serviciile sociale cu caracter primar sunt servicii sociale care au drept scop prevenirea sau limitarea unor situații de dificultate ori vulnerabilitate, care pot conduce la marginalizare sau excluziune socială. Acest tip de servicii sunt următoarele: activități de identificare a nevoii sociale individuale, familiale și de grup, activități de informare despre drepturi și obligații, măsuri și acțiuni de conștientizare și sensibilizare socială, măsuri și acțiuni de urgență în vederea menținerii în comunitate a persoanelor în dificultate, activități și servicii de consiliere, măsuri și activități de organizare și dezvoltare comunitară în plan social pentru încurajarea participării și solidarității sociale etc.

Serviciile sociale cu caracter primar au rol în evidențierea, diagnosticarea și evaluarea nevoilor sociale individuale, familiale și de grup, în informarea asupra situațiilor de risc social, precum și asupra drepturilor sociale ale persoanei, identificarea persoanelor aflate în situații de risc în vederea realizării unor acțiuni și măsuri cu caracter preventiv, dezvoltarea de programe cu caracter comunitar, în scopul promovării sociale a persoanelor și colectivităților, prevenirea oricărei forme de dependență prin acțiuni de identificare, ajutor, susținere, informare și consiliere.

Serviciile sociale specializate sunt servicii sociale care au drept scop menținerea, refacerea sau dezvoltarea capacității individuale pentru depășirea unei situații de nevoie socială. Aceste servicii sociale sunt de recuperare și reabilitare, suport și asistență pentru persoanele aflate în dificultate, inclusiv pentru persoanele vârstnice dependente, îngrijire socio – medicală pentru persoanele aflate în dificultate, consiliere în cadrul instituționalizat, în centre de informare și consiliere etc.

Serviciile de îngrijire socio-medicală reprezintă un complex de activități care se acordă în cadrul unui sistem social și medical integrat și au drept scop principal menținerea autonomiei persoanei, precum și prevenirea agravării situației de dependență. Ele sunt acordate persoanelor care se găsesc în situația de dependență parțială sau totală de a realiza singure activități curente de viață, celor izolate, precum și celor care suferă de afecțiuni fizice, psihice, mentale sau senzoriale.

Principalele categorii de persoane cărora li se adresează serviciile de îngrijire social – medicală sunt persoanele vârstnice, persoanele cu handicap, bolnavii cronici, bolnavii care suferă de boli incurabile.

Serviciile de îngrijire socio – medicală sunt *servicii sociale, servicii medicale și servicii conexe* acestora.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natură socială pot fi următoarele:

- **servicii de bază:** ajutor pentru igiena corporală, îmbrăcare și dezbrăcare, igiena eliminărilor, hrănire și hidratare, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- **servicii de suport:** ajutor pentru prepararea hranei sau livrarea acesteia, efectuarea de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloacele de transport, facilitarea deplasării în exterior, companie, activități de administrare și gestionare, activități de petrecere a timpului liber;
- **servicii de reabilitare și adaptare a ambientului:** mici amenajări, reparații etc.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natură medicală sunt reprezentate de acțiuni de diagnostic, tratament și îngrijire.

Servicii de îngrijire socio – medicală de natura serviciilor conexe sunt servicii de recuperare și reabilitare, kinetoterapie, fizioterapie, terapie ocupațională, psihoterapie, psihopedagogie, logopedie și altele asemenea.

Principalele **funcții ale serviciilor sociale specializate** sunt: găzduire, îngrijire, recuperare, reabilitare și reinserție socială a persoanelor vârstnice aflate într-o situație de nevoie socială, găzduire pe perioadă determinată a persoanelor fără adăpost, asistență și suport pentru asigurarea unei vieți autonome și active persoanelor vârstnice, precum și servicii de îngrijire acordate celor aflate într-o situație de dependență, informare, consiliere juridică sau de altă natură, sprijin și tratament specializat.

Îndeplinirea standardelor generale de calitate de către furnizorii de servicii sociale acreditați este monitorizată și evaluată de Ministerul Muncii, Familiei și

Protecției Sociale prin direcțiile teritoriale de muncă și protecție socială, cât și prin inspectoratele teritoriale ale Inspecției Sociale.

Cadrul juridic în baza căruia se desfășoară **activitatea de control în domeniul serviciilor sociale și socio-medicale** pentru beneficiarii vârstnici este reprezentat de:

- **Ordinul ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 383 din 6 iunie 2005** *pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori care aprobă standardele generale de calitate privind serviciile sociale furnizate în sistem public, privat și în parteneriat public-privat și stabilește standarde pentru acreditarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv condițiile pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii;*
- **Ordinului ministrului muncii, familiei și protecției sociale nr. 246 din 27.03.2006** *privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice* este actul normativ care statuează standarde specifice pentru serviciile acordate vârstnicilor.

Inspecția Socială este instituția publică înființată prin **Ordonanța de urgență nr. 130/2006 privind Inspecția Socială și respectiv Legea nr. 211/2007 pentru aprobarea O.U.G. nr. 130/2006 privind Inspecția Socială** ca organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, care are drept scop controlul implementării legislației în domeniu, precum și inspectarea activității instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale, inclusiv celor destinate persoanelor vârstnice.

CAPITOLUL 2

EXCLUZIUNEA SOCIALĂ ȘI EGALITATEA DE ȘANSE PENTRU PERSOANELE VÂRSTNICE

Într-o societate aflată în proces accelerat de îmbătrânire, calitatea vieții înseamnă din ce în ce mai mult calitatea vieții celor aflați în cea de-a treia perioadă a vieții. Integrarea lor socială și o viață demnă presupune servicii sociale specifice care, în multe cazuri, sunt deficitare în România la fel ca în multe alte societăți.

Una dintre deficiențele care pot fi imputate ca sistematice în cazul serviciilor pentru vârstnici este superficialitatea cu care sunt identificate și evaluate nevoile acestei categorii, având în vedere particularitățile contextului socio-cultural românesc, importanța cantitativă a ruralului și decalajele de care suferă acesta în raport cu mediul urban fiind doar două argumente în acest sens. Faptul că jumătate dintre persoanele înregistrate cu un grad de handicap în județul Bihor sunt vârstnice pledează pentru o atenție specială dedicată vârstnicilor, mai ales celor dependenți și celor semi-dependenți.

În timp ce îmbătrânirea (în sensul ajungerii la stadiul de bătrânețe) în cazul unei persoane presupune o degradare ireversibilă cu un final ineluctabil, îmbătrânirea populației se referă doar la creșterea ponderii unui grup de vârstă în totalul acesteia (o pondere mai mare de 12,0% corespunde unei populații îmbătrânite demografic).

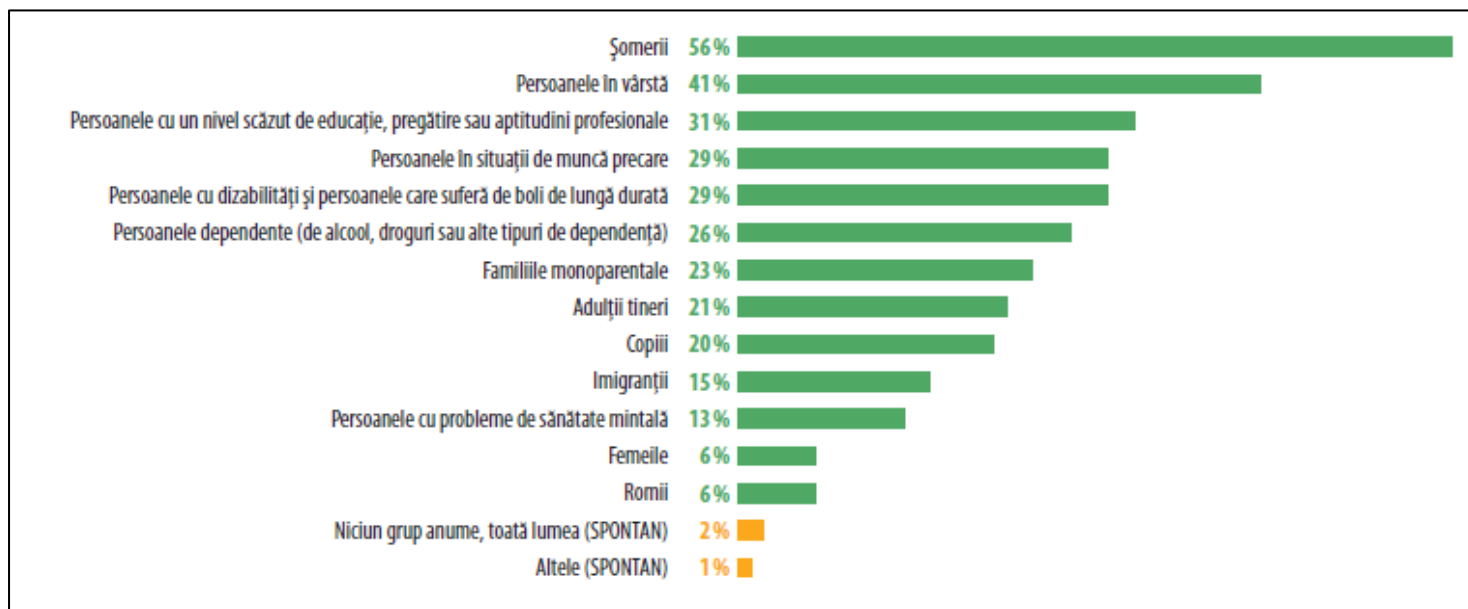
Europa înregistrează cel mai înalt grad de îmbătrânire demografică comparativ cu celelalte continente, considerându-se că a atins deja un stadiu critic. Chiar dacă în prezent procesul de îmbătrânire este mai puțin pronunțat în țările Europei Centrale și de Est ne așteptăm ca, pe termen lung, lărgirea Uniunii Europene să determine o uniformizare a situației, extinderea ridicând probleme serioase în această privință. În documentele europene sunt prevăzute măsuri de

mărire a vârstei de pensionare, legale și de facto, și de creșterea ratei de ocupare a populației feminine în general și a celei masculine de vârstă adultă superioară (50-65 ani). Se pune accent pe flexibilizarea momentului pensionării, prin eliminarea interdicțiilor de muncă după o anumită vârstă și atragerea vârstnicilor în activități cu program redus de lucru, compensând astfel o parte din pensie cu câștig salarial.

Se estimează că, între anii 2010-2050, se va modifica fundamental structura populației pe grupe de vârstă. Persoanele cu vârste de peste 65 de ani vor reprezenta în anul 2050 peste 30% din totalul populației, față de 17% în prezent, în timp ce ponderea populației de până în 24 de ani, se va reduce în același interval de timp, de la 30% la 23%.

Acest fenomen generează presiuni asupra bugetelor anuale de asigurări sociale, care nu mai pot face față nivelurilor de cheltuieli pe care le implică plata pensiilor și alte drepturi de asigurări sociale. Este vorba atât de nivelul acestora, cât și de durata mult mai mare în care pensiile trebuie plătite celor în drept. De aceea sunt deja îngrijorătoare consecințele financiare ale tendințelor demografice și este justificat să se găsească soluții echitabile atât pentru generațiile existente cât și pentru generațiile viitoare.

Conform rezultatelor eurobarometrului privind sărăcia și excluziunea socială desfășurat în 2009, la întrebarea „După părerea dumneavoastră, care dintre următoarele grupuri ale populației sunt cele mai expuse riscului sărăciei?”, 41% au răspuns că vârstnicii. Așa cum se poate observa în graficul de mai jos, europenii consideră că vârstnicii sunt a doua mare categorie ce riscă să fie exclusă social.



Conceptul de excluziune socială datează recent în sfera cercetării sociale, iar cel de incluziune socială este destul de nou. Deoarece nu există o definiție comun acceptată la nivelul Uniunii Europene, adeseori se face referire la “excluziune socială” în loc de “incluziune socială”, în ultimii 3-4 ani încercându-se o schimbare a acestei tendinței.

Termenul de excluziune socială a avut o evoluție independentă de consacratul termen de „sărăcie”, fiind legat de ideea de drepturi ce decurg din calitatea de cetățean al unei țări. Dacă sărăcia a fost definită, inițial, în raport cu venitul, excluziunea socială a fost definită în raport cu drepturile sociale, cum este dreptul la muncă, la locuire, la servicii de sănătate, la educație etc.

Unii autori consideră sărăcia un efect al proceselor de excluziune socială, și nu excluziunea ca punct-terminus al procesului de sărăcire. Oricum, relația dintre cele două concepte este de intercondiționare.

În prezent, conceptul de excluziune socială este tot mai frecvent preferat în defavoarea clasicului termen de „sărăcie”, asemenea sintagmei „promovarea incluziunii sociale”, care o înlocuiește treptat pe cea de „măsuri de combatere a sărăciei”. Această, aparent, simplă schimbare de termeni este rezultatul a mai bine de un secol de cercetări și dezbateri privind fenomenul sărăciei. Sub

presiunea procesului globalizării, acestea sunt forțate să conveargă spre indicatori și măsuri transparente, ușor de transformat în obiective ale programelor de guvernare. Preferința pentru termenul de excluziune socială este, în acest context, evidentă.

O definiție care clarifică reperele excluziunii sociale pornește de la raportul „Poverty 3” al Uniunii Europene și arată că excluziunea poate fi definită în termeni de incapacitate/eșec a cel puțin unuia dintre următoarele patru sisteme (M. Preda, 2002):

- sistemul democratic și legal, care presupune integrarea civică;
- piața muncii, care promovează integrarea economică;
- sistemul statului bunăstării, care promovează integrarea socială;
- cadrul familiei și al comunității, care promovează integrarea interpersonală.

Luând în considerare respectarea generală a drepturilor omului, sărăcia și excluziunea socială pot fi interpretate ca încălcări ale drepturilor sociale fundamentale ale omului, situații de fapt care împiedică accesul la resurse și la îndeplinirea condițiilor pentru asigurarea egalității de șanse pentru membrii societății. Eficiența politicilor naționale de a asigura accesul populației la drepturile fundamentale depinde de acuratețea identificării și înlăturării situațiilor care împiedică indivizii să se bucure de aceste drepturi sociale.

Conceptul de excluziune socială este înțeles și utilizat în moduri diferite de specialiști. Pentru unii autori, excluziunea se datorează în primul rând sărăciei. Alții o văd într-un mod mai cuprinzător și o echivalează cu participarea socială insuficientă și inadecvată, cu incapacitatea unei persoane sau categorii de a acționa fără a primi ajutor.

În absența unei definiții general acceptate, în dezbaterile despre excluziunea socială apar trei teme recurente. Excluziunea este direct legată de normele societății la un anumit moment. O persoană defavorizată este percepută diferit în societăți diferite din punct de vedere cultural sau economic. Normele înseși ale

societății se schimbă în timp și, odată cu ele, atitudinea majorității față de o anumită categorie marginalizată sau vulnerabilă.

Originea termenului de excluziune socială se regăsește în Franța deceniului al șaptelea al secolului trecut prin referințe vagi în discursurile publice despre „cei excluși”. În 1974, René Lenoir, secretar de stat cu afaceri sociale în guvernul condus de Jacques Chirac, a publicat lucrarea „Les Exclus”. După Lenoir, exclușii reprezentau toate categoriile sociale care nu erau incluse în sistemele de asigurări sociale specifice statului social (welfare state): persoane cu handicap fizic și psihic, persoane cu tendințe de suicid, veteranii invalizi, copii abuzați, familii cu părinții divorțați, consumatorii de droguri, persoanele neadaptate social și alte categorii de persoane care nu își găsesc un loc în societate (Lenoir, 1974).

În anii '80, în Franța a debutat o perioadă caracterizată de o rată persistent ridicată a șomajului, fapt care a afectat îndeosebi tinerii. Totodată, s-au făcut simțite și alte probleme sociale, legate și de alte aspecte, nu numai de cele materiale, cum ar fi degradarea cartierelor mărginașe, destrămarea stabilității relațiilor de familie, izolarea socială, probleme de integrare ale comunităților de imigranți, mai ales în rândul celor aflați la a doua generație. Pentru a acoperi toate grupurile afectate de aceste probleme sociale, guvernele socialiste din perioada președinției lui Francois Mitterand (1981–1994) au extins aria de acoperire a termenului. Excluziunea socială a devenit parte curentă a documentelor de politici redactate la nivelul Commissariat General du Plan, însoțită de viziunea unui stat social participativ și principii noi, cum ar fi: coeziunea socială, inserția și integrarea socială (Silver, 1995).

La nivel european, termenul de excluziune socială a apărut la sfârșitul anilor '80 și începutul anilor '90, în cursul mandatelor Comisiei Delors. Încă din 1975 au fost inițiate și derulate de către instituțiile comunitare (Consiliul, Comisia) o serie de programe privind sărăcia. Al treilea program, derulat între anii 1989–1994 și cunoscut informal drept Sărăcie III (Poverty III), a finanțat constituirea **Observatorului asupra politicilor naționale de combatere a excluziunii sociale**. În prima parte a anilor '90, excluziunea și incluziunea socială au fost

integrate (mainstreaming) în toate politicile Uniunii Europene, începând cu Tratatul de la Maastricht și protocoalele sale anexe, reforma obiectivelor Fondului Social European, documente ale Parlamentului European și Programele de Acțiune Socială ale Comisiei Europene (Estivil, 2003).

Parte a strategiei sociale la nivelul Uniunii Europene, **incluziunea socială** a fost recunoscută ca obiectiv comun al statelor-membre la *summit*-ul de la Lisabona în 2000. Obiectivul incluziunii sociale a devenit parte integrantă a planurilor naționale antisărăcie, asumate și de România odată cu integrarea în Uniunea Europeană. Obiectivele comune, statuate în planurile naționale de luptă împotriva excluziunii sociale și a sărăciei sunt:

- promovarea participării la muncă și accesul la toate resursele, drepturile, bunurile și serviciile;
- prevenirea riscului excluziunii sociale;
- inițiative pentru grupurile cele mai vulnerabile;
- mobilizarea tuturor actorilor sociali pentru asigurarea măsurilor de prevenire.

România a asigurat protecția socială incomplet (cu o componentă de asistență socială subdezvoltată) și nu a reușit să stopeze procesul de dezagregare socială. Un studiu realizat în anul 2001 (Zamfir, 2001) menționa existența unei sărăcii redistributive, rezultat al însuși sistemului de protecție socială. Deși, pe ansamblu, reglementările legislative și instituționale au urmat un model modern, în acord cu tendințele pe plan internațional, acesta nu s-a dezvoltat într-un cadru unitar și coerent, care să-i ofere eficiență pe termen lung și rezultate concrete.

Insuficiența resurselor și nivelul de trai în general scăzut al populației a fost argumentul cel mai des invocat în justificarea limitării intervențiilor sociale. Efortul financiar cu scop social pe care România l-a făcut exprimat procentual prin raportul dintre cheltuielile sociale în PIB, este inferior atât celui din țările membre UE, cât și celui înregistrat de statele vecine aflate în aceeași etapă a tranziției.

Pensionarea anticipată a reprezentat, pentru o mare parte dintre cei aflați în pragul vârstei de pensie, soluția pentru o minimă stabilitate financiară. Asemenea ajutorului de șomaj, pensia, chiar dacă în quantum redus și accentuat depreciată, a constituit un venit sigur pentru un segment de populație care, odată ieșit în șomaj, avea minime șanse de a găsi un alt loc de muncă.

Sistemul pensiilor a fost, în repetate rânduri, reglementat, fără a oferi totuși un răspuns adecvat problemei cuantumului pensiilor. Insatisfacțiile sociale legate de aceasta nu se referă numai la nivelul acestui tip de venituri, ci și la lipsa de transparență, la confuziile și chiar erorile din procesul de corecție și ajustare aplicat prin măsurile de recorelare și recalculare.

O altă sursă majoră de nemulțumire pentru acest segment de populație este legată de serviciile de sănătate a căror accesibilitate este redusă, iar calitatea serviciilor medicale este necorespunzătoare în raport cu nevoile persoanelor vârstnice.

Distribuția inegală a beneficiilor creșterii economice, dublată de inadecvata acoperire oferită de sistemul de protecție socială au dus în timp la apariția unor segmente în rândul pensionarilor înalt expuse riscului de marginalizare și excluziune socială. Vârstnicii sunt o categorie socială cu probleme complexe și specifice, care se accentuează, în condițiile lipsei serviciilor specializate de asistență socială. Proporția vârstnicilor printre săraci este mare și datorită ponderii ridicate a pensionarilor în totalul populației.

Reducerea veniturilor pentru pensionari a condus, treptat, la incapacitatea acoperirii cheltuielilor zilnice, generând dependența de serviciile sociale și medicale. O mare parte a acestora nu dispun de resurse suficiente pentru o viață decentă, pentru a participa activ la viața publică, socială și culturală, pentru a avea libertatea de decizie asupra propriei vieți și pentru a dispune de serviciile sociale de îngrijire în funcție de nevoile individuale. Cheltuielile de locuire, de sănătate și pentru asigurarea alimentelor de bază sunt greu de acoperit, iar riscul marginalizării sociale este și mai ridicat în cazul vârstnicilor rămași singuri.

Sursele de excluziune pentru persoanele de vârstă a treia provin din mai multe sfere ale vieții sociale: locuirea, serviciile de sănătate, statutul

ocupațional și educațional care sunt aflate într-o strânsă legătură cu nivelul veniturilor individuale, cât și cu nivelul investițiilor statului în aceste domenii.

O evaluare a situației persoanelor vârstnice trebuie să aibă în vedere istoricul vieții acestora și evoluția societății pe parcursul dezvoltării generației care în prezent se află în categoria vârstei a treia.

Prezentăm câteva forme de excluziune care s-au manifestat și care încă sunt prezente în societatea românească, afectând drepturile tuturor categoriilor de populație, cu precădere polarizând grupele de vârstă vulnerabile : tinerii și vârstnicii.

Excluziunea de la educație

Educația este un drept fundamental și un instrument de promovare a incluziunii sociale. Istoric putem spune că a existat o excluziune de la educație în special a persoanelor de sex feminin în perioada interbelică, ceea ce a condus la o integrare parțială pe piața muncii și la lipsa unei independențe financiare a femeilor atât în perioada vieții active cât la vârsta a treia. Deși, din punct de vedere instituțional, reforma învățământului în România a dezvoltat un sistem educațional adaptat standardelor europene, domeniul educației a fost direct afectat, în ultimii ani, atât de menținerea unei subfinanțări cronice, cât și de efectul unor fenomene sociale de dezorganizare. În aceste condiții dezvoltarea unor **programe de educație continuă care să se adreseze persoanelor de vârsta a treia**, pentru a crea un cadru de continuare a vieții active și de stimulare intelectuală, pentru vârstnici **este astăzi un domeniu neexploatat**, inițiativele unor organizații neguvernamentale fiind sporadice și ne semnificative la nivel național.

Excluziunea ocupațională

Perspectivile pe piața muncii pentru persoanele de vârsta a treia sunt minime. Vârstnicii sunt expuși excluziunii de pe piața formală a muncii, dat fiind că „oferta” lor de calificare este considerată a fi neadaptată noilor cerințe, fie pentru că oferta fiind insuficientă pentru populația activă nu pot fi păstrați în activitate cei care au depășit vârsta de pensionare.

Excluziunea de la locuire

Criza societății românești este o criză a locurilor de muncă, dar și o criză a infrastructurii și a serviciilor publice. În conceptul de locuire luăm în calcul calitatea serviciilor publice, care asigură utilitățile necesare vieții de zi cu zi, accesul la o locuință și dotările acesteia. Pentru mediul rural constatăm un dezavantaj în plus deoarece infrastructura este slab dezvoltată. Calitatea sistemelor de transport este o problemă acută, iar implicațiile sunt deosebit de grave inclusiv pentru populația vârstnică deoarece limitează accesul la servicii sanitare, culturale etc, care de asemenea nu se regăsesc în structura instituțională a comunităților rurale. Calitatea locuirii (exemplu: accesul la apă curentă, electricitate etc) este, de asemenea, o problemă preponderent a ruralului, dar și a celor care locuiesc în suburbii. Pe măsură ce întreținerea locuințelor a revenit proprietarilor, iar **în cazul vârstnicilor veniturile acestora au scăzut, condițiile de locuit au devenit din ce în ce mai precare.**

Problematika vârstnicilor fără adăpost, ajunși în această situație din motive diverse: imposibilitatea de a plăti utilitățile, retrocedarea caselor naționalizate, victime ale înșelătoriilor la încheierea de acte de vânzare-cumpărare etc, este insuficient compensată prin oferta de servicii rezidențiale în cadrul comunităților prin programe de asistență socială.

Locuirea este un domeniu în care politicile sociale au fost amânate iar persoanelor afectate ca urmare a acțiunii diferiților factori de risc nu li se oferă alternative. **Un program privind construcția unor locuințe sociale** sau un program destinat adaptării condițiilor de locuit pentru persoanele cu deficiențe, inclusiv persoane vârstnice dependente, **este o necesitate pentru care nu s-au identificat inițiative până în prezent.** De asemenea, în domeniul adăposturilor de noapte și al celor temporare rezultatele sunt modeste.

Excluziunea de la serviciile de sănătate

Evaluări recente relevă tendința de înrăutățire a sănătății populației. Această situație se regăsește în condițiile creșterii costurilor actului medical și al diminuării accesului la asistența medicală pentru unele categorii de populație. Ca urmare a presiunilor foarte mari din sistem, fondurile existente se alocă cu

predilecție furnizorilor de servicii medicale, astfel încât programele de prevenție sunt, cronic, subfinanțate. Costurile colaterale actului medical, inclusiv contravaloarea medicamentelor sau costurile deplasării la cea mai apropiată unitate sanitară, sunt un alt obstacol în calea accesului la servicii de sănătate. Criza medicamentelor a diminuat accesul la serviciul medical al familiilor sărace, al populației vârstnice, chiar și în ceea ce privește tratamente vitale obligatorii. Calitatea dotărilor și numărul unităților sanitare este, de asemenea, o problemă majoră în acordarea serviciilor de sănătate.

În peisajul european, România se remarcă prin cele mai înalte valori ale incidenței unor boli ale aparatului circulator, TBC și alte boli infecțioase sau parazitare, boli asociate stării de sărăcie. Lipsa unei politici globale eficiente de ameliorare a calității serviciilor medicale publice pentru creșterea accesului categoriilor defavorizate la serviciile de sănătate publică, ca și implicarea extrem de redusă a bugetului public în inițierea unor programe sociale de sănătate publică și pentru finanțarea adecvată a reformei din domeniu, se numără între cauzele creșterii riscului de excluziune socială, a persoanelor vârstnice. Procesul de reformă în domeniul medical a generat insatisfacții sociale majore, pentru un segment larg de populație, din care persoanele vârstnice constituie o pondere importantă având în vedere că reprezintă beneficiarii cei mai mulți ai serviciilor medicale.

X

X X

Prezentăm câteva dintre cele mai importante documente privind egalitatea de șanse și nediscriminarea:

Legislație europeană

Carta Socială europeană revizuită din 03.05.1996, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 193/04.05.1999.

Prin Tratatul de la Roma (1957) s-a introdus principiul remunerației egale pentru bărbați și femei pentru aceeași muncă prestată.

Tratatul de la Amsterdam (mai 1999) instaurează politici și activități comune menite să dea naștere egalității și să combată discriminarea între bărbați și femei, să înlăture inegalitățile, să lupte împotriva oricărei forme de discriminare pe motiv de sex, rasă sau origine etnică, religie sau credință, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală (Articolul 13).

Carta europeană a drepturilor fundamentale 2000 “Gender Equality Mainstreaming” (Abordarea integratoare a perspectivei de gen). La a patra Conferință mondială a ONU privind femeile (1995), Uniunea Europeană s-a angajat ferm să aplice strategia de “gender mainstreaming” (abordarea integratoare a perspectivei de gen), oficializată acum prin Tratatul de la Amsterdam.

Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW) adoptată în 1979 și intrată în vigoare în 1981.

Regulamentul Consiliului Europei nr. 1083/2006 în art.16 stabilește dispoziții privind prevederile generale pentru Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European și Fondul de Coeziune, Principiul egalității de șanse trebuie respectat pe tot parcursul implementării fondurilor structurale și de coeziune, atât în faza de programare, cât și în faza de implementare a programelor operaționale.

Directive UE

- Directiva 2002/73/CE din 23 septembrie 2002 de modificare a Directivei 76/207/CEE a Consiliului din 9 februarie 1976 privind punerea în aplicare a principiului egalității de tratament între bărbați și femei în ceea ce privește accesul la încadrarea în muncă, la formarea și la promovarea profesională, precum și condițiile de muncă.

- Directiva 2000/78/CE din 27 noiembrie 2000 de creare a unui cadru general în favoarea tratamentului egal privind ocuparea forței de muncă și condițiile de muncă.

- Directiva 2000/43/CE de punere în aplicare a principiului egalității de tratament între persoane, fără deosebire de rasă sau origine etnică.

- Directiva 97/80/CE a Consiliului din 15 decembrie 1997 privind sarcina probei în cazurile de discriminare pe motive de sex.

- Directiva 96/34/CE a Consiliului din 03 iunie 1996 privind acordul cadru referitor la concediul pentru creșterea copilului încheiat de UNICE, CEEP și CES.

- Directiva 92/85/CE privind introducerea de măsuri pentru promovarea îmbunătățirii securității și a sănătății la locul de muncă în cazul lucrătoarelor gravide, care au născut de curând sau care alăptează.

- Directiva 86/613/CE privind aplicarea principiului egalității de șanse între bărbații și femeile ce desfășoară activități economice pe cont propriu, inclusiv activitățile agricole.

- Directiva 79/7/CE privind aplicarea progresiva a tratamentului egal privind regimul legal de securitate socială (protecția împotriva riscurilor la îmbolnăviri, invaliditate, bătrânețe, accidente de munca, boli profesionale, șomaj și asistență socială).

- Directiva 75/117/CE privind aplicarea principiului egalității de remunerație pentru femei și bărbați.

Legislație națională

— Hotărâre de Guvern nr. 237 din 24 martie 2010 privind aprobarea Strategiei naționale pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați pentru perioada 2010 - 2012 și a Planului general de acțiuni pentru implementarea Strategiei naționale pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați pentru perioada 2010 - 2012

— Hotărârea de Guvern nr. 319/08.03/.2006, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 270/24.03.2006 - privind aprobarea Strategiei naționale pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați pentru perioada 2006- 2009 și a Planului general de acțiuni pentru implementarea Strategiei naționale pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați pentru perioada 2006- 2009

- Hotărârea de Guvern nr. 1175/29.09.2005, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 919/14.10.2005 - privind aprobarea Strategiei naționale pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006-2013
- Legea nr. 202/19.04.2002, republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 150/01.03.2007 - privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați
- Ordonanța de urgență nr. 61/14.05.2008, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 385/21.05.2008 - privind implementarea principiului egalității de tratament între femei și bărbați în ceea ce privește accesul la bunuri și servicii și furnizarea de bunuri și servicii
- Ordonanța de urgență nr. 96/14.10.2003 - privind protecția maternității la locurile de muncă
- Ordin nr. 286/29.08.2007, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 674/03.10.2007 - privind aprobarea Strategiei naționale de implementare a măsurilor de prevenire și combatere a discriminării (2007-2013)
- Hotărârea nr. 430/25.04.2001, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 252/16.05.2001 - privind aprobarea Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor
- Hotărârea de Guvern nr. 1273/07.12.2000, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 659/15.12.2000 - privind aprobarea Planului național de acțiune pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați
- Legea nr. 448/06.12.2006, republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 1/03.01.2008 - privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap
- Ordinul nr. 383/06.06.2005, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 709/05.08.2005 - pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori

– Ordonanța de urgență nr. 67/27.06.2007, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 443/29.06.2007 - privind aplicarea principiului egalității de tratament între bărbați și femei în cadrul schemelor profesionale de securitate socială

– Ordonanța nr. 137/31.08.2000, republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 99/08.02.2007 - privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare Normativul pentru Adaptarea Clădirilor Civile și Spațiului Urban Aferent la Exigentele Persoanelor cu Handicap – Indicativ: NP 051/2001, elaborat de IPCT SA și aprobat de Ministerul Lucrărilor Publice, Transportului și Locuinței (Ordinul 649/25.04.2001)

Autorități publice și organizații locale

Acestea pot fi resurse utile în special în etapa de identificare a nevoilor grupurilor dezavantajate din regiunea/localitatea în care se va implementa proiectul, dar și în ceea ce privește dezvoltarea abordării adecvate nivelului nevoilor și caracteristicilor problemelor identificate.

Vă recomandăm să consultați paginile web și/sau să contactați birourile naționale, regionale sau locale ale unora din următoarele organizații, în funcție de problematica abordată:

- Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap (www.anph.ro);
- Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați (www.anes.ro);
- Agenția Națională pentru Romi (www.anr.gov.ro);
- Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (DGASPC) aflate în subordinea Consiliului Județean;
- Institutul Național de Statistică (www.insse.ro);
- organizații neguvernamentale.

x

x x

Programul Operațional Regional 2007 - 2013 (REGIO) este unul dintre programele operaționale românești agreate cu Uniunea Europeană și un instrument foarte important pentru implementarea strategiei naționale și a politicilor de dezvoltare regională. Este aplicabil tuturor celor opt regiuni de dezvoltare ale României. Obiectivul general al POR constă în “sprijinirea și promovarea dezvoltării locale durabile, atât din punct de vedere economic, cât și social, în regiunile României, prin îmbunătățirea condițiilor de infrastructură și a mediului de afaceri, care susțin creșterea economică”. Aceasta înseamnă că POR urmărește reducerea disparităților de dezvoltare economică și socială dintre regiunile mai dezvoltate și cele mai puțin dezvoltate.

Programul Operațional Regional din România este finanțat prin unul dintre fondurile structurale ale Uniunii Europene - Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR). Acesta sprijină regiunile UE care au un PIB pe cap de locuitor sub 75% din media europeană.

Bugetul total alocat POR este de aproximativ 4,4 miliarde euro în primii 7 ani după aderare (2007-2013). Finanțarea UE reprezintă aproximativ 84% din bugetul POR. Restul provine din fonduri naționale, cofinanțare publică (14%) și cofinanțare privată (2%).

Distribuția fondurilor se realizează pe axele prioritare ale Programului Operațional Regional. Fiecare axă prioritară are alocat un anumit buget și cuprinde un număr de domenii cheie de intervenție care urmăresc realizarea unor obiective de dezvoltare.

Prezentăm în continuare lista indicatorilor privind egalitatea de șanse și nediscriminarea la nivelul domeniilor majore de intervenție din cadrul programului operațional regional:

Axa Prioritară 1: Sprijinirea dezvoltării durabile a orașelor - poli urbane de creștere

Domeniul major de intervenție 1.1: Planuri integrate de dezvoltare urbană

- numărul total de locuri de muncă nou create (temporare/permanente), din care:

- număr persoane de sex feminin/masculin

- număr persoane de etnie rromă
- număr persoane cu dizabilități
- numărul total de beneficiari de servicii sociale oferite de centrele sociale reabilitate/modernizate / dezvoltate/echipate, pe categorii de beneficiari (copii, persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane dependente de droguri, foști deținuți, persoane abuzate în familie, alte categorii)
- numărul total de persoane de etnie rromă care beneficiază de serviciile sociale oferite de centrele sociale reabilitate/modernizate /dezvoltate/echipate
- numărul total de persoane, de sex masculin/feminin, beneficiari de servicii sociale oferite de centrele sociale reabilitate/modernizate /dezvoltate/echipate
- numărul total de persoane (re)integrate pe piața muncii, din care:
 - număr de persoane de etnie rromă
 - număr de persoane de sex feminin/masculin
 - număr de persoane cu dizabilități

Axa Prioritară 2: Îmbunătățirea infrastructurii regionale și locale de transport

Domeniul Major de Intervenție 2.1: Reabilitarea și modernizarea rețelei de drumuri județene, străzi urbane – inclusiv construirea/reabilitarea șoselelor de centură

- Număr total locuri de muncă nou create (temporare/permanente) în perioada de execuție a proiectului, din care:
 - număr de persoane de etnie rromă
 - număr de persoane de sex feminin/masculin

Axa Prioritară 3: Îmbunătățirea infrastructurii sociale

Domeniul Major de Intervenție 3.1: Reabilitarea / modernizarea / echiparea infrastructurii serviciilor de sănătate

- Numărul total de persoane de sex feminin/masculin care au beneficiat de serviciile medicale oferite de unitățile medicale reabilitate/ dotate

Domeniul Major de Intervenție 3.2: Reabilitarea / modernizarea / dezvoltarea și echiparea infrastructurii serviciilor sociale

- numărul total de beneficiari de servicii sociale oferite de centrele sociale reabilitate/modernizate / dezvoltate/echipate, pe categorii de beneficiari (copii, persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane dependente de droguri, foști deținuți, persoane abuzate în familie, alte categorii)

- numărul total de persoane de etnie rromă care beneficiază de serviciile sociale oferite de centrele sociale reabilitate/modernizate /dezvoltate/echipate

- numărul total de persoane, de sex masculin/feminin, beneficiari de servicii sociale oferite de centrele sociale reabilitate/modernizate /dezvoltate/echipate

- numărul total de persoane (re)integrate pe piața muncii, din care:

- număr de persoane de etnie rromă

- număr de persoane de sex feminin/masculin

- număr de persoane cu dizabilități

Domeniul Major de Intervenție 3.3: Îmbunătățirea dotării cu echipamente a bazelor operaționale pentru intervenții în situații de urgență

- Numărul total de persoane de sex feminin/masculin care au beneficiat de intervenții de urgență.

Domeniul Major de Intervenție 3.4: Reabilitarea / modernizarea/ dezvoltarea și echiparea infrastructurii educaționale preuniversitare, universitare și a infrastructurii pentru formare profesională continuă

- numărul total de elevi rromi înscriși în unitățile de învățământ reabilitate/modernizate

- numărul total de elevi, de sex feminin/masculin înscriși în unitățile de învățământ reabilitate/ modernizate

- numărul total de elevi înscriși în campusurile preuniversitare construite/ reabilitate/ modernizate, din care:

- număr de elevi de etnie rromă

- număr de elevi de sex feminin/masculin

- numărul total de studenți care folosesc infrastructura universitară reabilitată / modernizată / echipată, din care:

- număr de studenți de etnie rromă

- număr de studenți de sex feminin/masculin
- numărul total de participanți la cursurile de formare profesională continuă în centrele reabilite/ modernizate / dotate, din care:

- număr de participanți de etnie rromă
- număr de participanți de sex feminin/masculin
- număr de participanți cu dizabilități

Axa Prioritară 4: Sprijinirea dezvoltării mediului de afaceri regional și local

Domeniul Major de Intervenție 4.1: Dezvoltarea durabilă a structurilor de sprijinire a afacerilor de importanță regională și locală

- Număr total locuri de muncă nou create (temporare/permanente) în structurile de sprijinire a afacerilor create/ extinse, din care:

- număr de persoane de etnie rromă
- număr de persoane de sex feminin/masculin
- număr de persoane cu dizabilități
- număr de persoane pe grupe de vârstă (20 – 24 ani; 25 – 49 ani; 50 ani și peste 50 ani).

Domeniul Major de Intervenție 4.2: Reabilitarea siturilor industriale poluate și neutilizate și pregătirea pentru noi activități

- Număr total locuri de muncă nou create (temporare/permanente) în structurile de sprijinire a afacerilor, din care:

- număr de persoane de etnie rromă
- număr de persoane de sex feminin/masculin
- număr de persoane cu dizabilități
- număr de persoane pe grupe de vârstă (20 – 24 ani; 25 – 49 ani; 50 ani și peste 50 ani).

Domeniul Major de Intervenție 4.3: Sprijinirea dezvoltării microîntreprinderilor

- Număr total locuri de muncă nou create (temporare/permanente) în microîntreprinderile sprijinite, din care:

- număr de persoane de etnie rromă

- număr de persoane de sex feminin/masculin
- număr de persoane cu dizabilități
- număr de persoane pe grupe de vârstă (20 – 24 ani; 25 – 49 ani; 50 ani și peste 50 ani).

Axa Prioritară 5: Dezvoltarea durabilă și promovarea turismului
Domeniul Major de Intervenție 5.1: Restaurarea și valorificarea durabilă a patrimoniului cultural, precum și crearea/modernizarea infrastructurilor conexe

- numărul total de locuri special amenajate/ echipamente speciale de acces pentru persoanele cu mobilitate redusă
- numărul total de locuri de muncă nou create (temporare/permanente), din care:
 - număr de persoane de etnie rromă
 - număr de persoane de sex feminin/masculin

Domeniul Major de Intervenție 5.2: Crearea, dezvoltarea, modernizarea infrastructurii de turism pentru valorificarea resurselor naturale și creșterea calității serviciilor turistice

- Numărul total de locuri special amenajate/ echipamente speciale de acces pentru persoanele cu mobilitate redusă
- Numărul total de locuri de muncă nou create (temporare/permanente), din care:
 - număr de persoane de etnie rromă
 - număr de persoane de sex feminin/masculin

Domeniul Major de Intervenție 5.3: Promovarea potențialului turistic și crearea infrastructurii necesare, în scopul creșterii atractivității României ca destinație turistică

- numărul total de locuri special amenajate/ echipamente speciale de acces pentru persoanele cu mobilitate redusă
- numărul total de locuri de muncă nou create (temporare/permanente), din care:
 - număr de persoane de etnie rromă
 - număr de persoane de sex feminin/masculin

Axa Prioritară 6: Asistență Tehnică

Domeniul Major de Intervenție 6.1: Sprijinirea implementării, managementului și evaluării Programului Operațional Regional

- numărul total de participanți – personalul din cadrul AM POR/OI la cursurile de pregătire, din care:

- de sex feminin/masculin

Domeniul Major de Intervenție 6.2: Sprijinirea activităților de publicitate și informare privind POR

- numărul total de participanți – personalul din cadrul AM POR/OI la cursurile de pregătire, din care:

- de sex feminin/masculin

CAPITOLUL 3

ABORDĂRI ALE EGALITĂȚII DE ȘANSE ÎN ȚĂRILE DIN UNIUNEA EUROPEANĂ

3.1. Realități socio-demografice în țările din Comunitatea Europeană

Este semnalată existența unor diferențe naționale în privința inegalităților în rândul națiunilor cu un grad ridicat de dezvoltare economico-socială din apus corespunzătoare în mare parte diferențelor generozității transferurilor „statului bunăstării”.

Țările scandinave cheltuiesc cel mai mult și au cea mai redusă inegalitate; țările vorbitoare de limba engleză cheltuiesc cel mai puțin și au cel mai ridicat nivel al inegalității; țările europene continentale cheltuiesc mult, dar au egalitate mai scăzută comparativ cu țările scandinave.

În cazul egalităților, implicit inegalităților se reflectă influențele culturale și istoria fiecărei națiuni. Sunt voci care menționează faptul că analizele asupra transferurilor și efectelor acestora asupra inegalităților se reduc deseori la capitalul financiar sau transferul de capital financiar, neluându-se în considerare istoria, cultura, deciziile politice. De asemenea, o altă limită o constituie luarea în considerare a taxelor directe (venituri, salarii) și mai puțin taxele indirecte (valori adăugate, proprietăți). **Taxele indirecte contribuie la reducerea standardului de viață în aceeași măsură ca taxele directe.**

În cazul comparațiilor între națiuni asupra inegalității, gospodăria este singura unitate comparabilă valabilă pentru toate națiunile. În timp ce gospodăria este unitatea utilizată pentru veniturile acumulate, persoana este unitatea de analiză centrală. Veniturile gospodăriei se presupune că sunt împărțite echitabil tuturor indivizilor unei gospodării. Sunt puncte de vedere potrivit cărora chiar și

taxele către stat pentru pensionare ar trebui să fie incluse la capitolul dedicat transferurilor „statului bunăstării”.

Diferențele performanțelor naționale includ:

- creșterea scăzută a productivității în anumite servicii care ar putea contribui la crearea de noi locuri de muncă;
- creșterea pronunțată a productivității în mediul de afaceri, ar putea promova o calitate crescută în privința ocupațiilor;
- creșterea veniturilor ar putea genera schimburi în cererile pentru servicii;
- expansiunea „statului bunăstării” și legătura dintre serviciile sociale și de sănătate ar deschide multe oportunități pentru angajarea femeilor;
- nivelul taxelor pe venituri și taxele pe consum pot afecta în mod pozitiv sau negativ cererile pentru servicii personale;
- factorii culturali pot afecta modele de consum în privința serviciilor, inclusiv al celor sociale și de îngrijire.

În condițiile în care se constată declinul demografic în spațiul european, respectiv o creștere rapidă și constantă a populației vârstnice, politicile sociale ale statelor se reconfigurează pentru a se adapta noilor realități prognozate astfel:

- vârsta medie a populației europene va evolua de la 39 de ani în anul 2000 la 48 de ani în 2050;
- procentul persoanelor peste 60 de ani va depăși actuala valoare de 21%, ajungând la 33%;
- numărul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 65 – 79 de ani va crește înregistrând o pondere de 37% în jurul anului 2030.

Efectele negative ale fenomenului de îmbătrânire a populației afectează în principal: piața muncii, sectorul serviciilor socio-medicale și în general dezvoltarea socio-economică și nivelul de trai al populației. Cele mai importante probleme sociale generate de fenomenul de îmbătrânire a populației pentru care vor trebui găsite soluții în viitor sunt:

- număr crescut de pensionari;
- număr crescut de persoane care trăiesc singure;
- număr crescut de vârstnici de sex feminin;
- incapacitatea familiei de a-și rezolva singură problemele legate de îngrijirea membrilor aflați la vârste înaintate,
- suprasolicitarea serviciilor sociale și medicale destinate îngrijirii personale.

3.2. Acțiuni sociale în context european pentru persoanele vârstnice

Inversarea piramidei demografice și „subțierea” drastică a bazei (generația tânără) au condus la sporuri naturale negative în multe țări vest-europene și au determinat reacții de adaptare diferită în raport cu tradiția culturală și curentul politic dominant.

Un fenomen important și benefic s-a petrecut la nivelul concepției generale asupra rolului statului și al societății civile, al relațiilor formale și informale dintre acestea. În toate țările Europei occidentale puterea și funcțiile explicite sau implicite ale statului sunt în declin. Asistăm la transferul centrului de greutate al bunăstării colective spre comunitățile locale, din ce în ce mai puternice și mai influente. Fenomenul, denumit **„revoluția comunităților”** se încadrează în procesul mai larg de emancipare a comunităților locale și al deplasării accentelor dinspre stat spre societatea civilă.

Este semnalată existența unor diferențe naționale în privința inegalității în rândul națiunilor cu un grad ridicat de dezvoltare economico-socială din țările vestice, corespunzătoare în mare parte diferențelor semnalate la nivelul „generozității” transferurilor statului bunăstării.

În Europa s-au aplicat și perfecționat sisteme de asigurări sociale destinate măsurilor de asigurare pentru persoanele vârstnice a unui trai decent.

Modelele adoptate și programele de bunăstare pentru vârstnici au fost permanent modificate și adaptate noilor condiții de viață ale vârstnicilor potrivit resurselor angajate în acest domeniu de la bugetele consolidate.

Modelul Welfare State s-a edificat în Europa occidentală postbelică sub influența keynesianismului. Fără a uita tradiția germană a programelor de asigurări (lansate de Bismarck în 1883), trebuie totuși spus că sistemul securității sociale dezvoltat de vest-europeni după 1945 nu are precedent în istorie și nu poate fi comparat cu nici un alt model de bunăstare din lume. Atât ca obiectiv politic general (asigurarea universală a unor drepturi sociale, deci instituirea cetățeniei sociale) cât și prin amploarea resurselor angajate; politica socială a statului bunăstării a răspuns cu succes în primele trei decenii postbelice nevoii de consens politic și social a democrațiilor occidentale. Criza economică de la începutul anilor '70 a pus însă capăt „perioadei de aur” a generosului sistem al bunăstării pentru toți, inducând ideea unor reforme structurale. Sistemul național al asigurărilor sociale, fondat în Germania sfârșitului de secol XIX, avea să domine autoritar politica socială practică în Europa, reprezentând și astăzi una din opțiunile majore în privința bunăstării sociale la nivelul continentului.

Modelul german, cunoscut sub denumirile de „**conservator-corporatist**”, „bismarckian”, „continental” sau „creștin-democrat”, se detașează de celelalte modele prin accentul categoric pus pe mecanismul asigurărilor sociale. Fiind finanțat în principal din contribuțiile angajaților și angajatorilor la fondurile de asigurări, modelul german al bunăstării are în consecință o bază ocupațională, este direct participativ și aduce beneficii sociale diferențiate (proporționale cu contribuțiile), spre deosebire de modelul social-democrat universal și egalitarist practicat în țările scandinave. Pe lângă distincția clară care se face între beneficiile rezultate din dimensiunea contributivă (foarte apreciată în Germania) și ajutoarele provenite din asistența socială non-contributivă (dezavuată de majoritatea populației), trebuie adăugat și principiul subsidiarității, unul din punctele cheie ale politicilor germane.

Este recunoscut faptul că modelul german a fost cel mai stabil sistem de organizare a bunăstării sociale din lume și a suferit modificări minime (de ordin tehnic, nu principial) de-a lungul secolului XX, rezistând unor șocuri istorice și unor perioade de mari transformări politice. Germania și-a continuat creșterea economică adoptând un model de centru, echilibrat, cu o economie liberală și un sistem de protecție socială bine pus la punct („The German Middle Way”).

Modelul neo-liberal global (pe care îl vedem impunându-se treptat în politica mondială) se așează implicit pe reforma profundă concepută în anii '80 de guvernările de dreapta. Modelul neo-liberal a fost ulterior preluat și de alte țări europene, chiar și de cele cu „vechi tradiții socialiste”: Franța, Italia, Spania.

Modelul social-democrat își găsește cel mai fidel caracteristicile în legislația și structura administrativă a securității sociale din Suedia, Danemarca și Norvegia. Acest model mai este cunoscut sub denumirea de „**scandinav**”.

Suedia figurează în mod tradițional drept cap de listă pentru grupul țărilor care aplică viziunea keynesianistă asupra politicilor social-economice, fiind „un stat al bunăstării prin excelență”. Suedia a corespuns modelului social-democrat de o manieră maximală între 1960 și 1970, criza economică ce a urmat îndepărtând-o întrucâtva de la forma clasică de Welfare State și ducând la adoptarea în anii '80 a unor măsuri reformiste cu tentă liberală. În ultimul deceniu, Danemarca pare să fi preluat ștafeta modelului scandinav tradițional, apropiindu-se cel mai mult de idealul social-democrației europene și asta pentru că sistemul danez a fost caracterizat mai degrabă de stabilitate decât de schimbare.

Regimul social-democrat se definește prin nivele înalte ale cheltuielilor sociale, fiscalitate ridicată, sector public extins și o protecție socială largă, cuprinzând multiple categorii ale populației. Acestor trăsături li se adaugă o birocrație masivă și un set de programe publice printre cele mai costisitoare.

Astfel, opțiunea majoră a nordicilor rămâne în favoarea solidarității și a drepturilor sociale acordate tuturor cetățenilor, în favoarea redistribuirii veniturilor spre categorii dezavantajate, în favoarea unui stat puternic și „dinamic”, în favoarea reducerii inegalităților provocate de economia de piață.

În categoria determinantilor istorici și socio-culturali trebuie precizate valorile pe care este clădită societatea scandinavă, pe lista cărora egalitatea ocupă detașat primul loc.

Sistemul public de pensii al persoanelor vârstnice, reprezintă unul dintre cele mai generoase și sigure măsuri pentru garantarea unei vieți demne acestei categorii de populație. Danemarca, de exemplu, a introdus pensia de bătrânețe încă din anul 1891, fiind a doua țară (după Germania) care a acordat aceste drepturi. Spre deosebire însă de Germania, unde pensiile au o bază ocupațională și se plătesc în funcție de contribuțiile la fondul de asigurări, în Danemarca acestea au fost recunoscute ca drepturi sociale, constituționale, deci au fost acordate tuturor cetățenilor danezi care împlinesc o anumită vârstă, indiferent de contribuțiile la sistemul asigurărilor sociale.

Dintre toate tipurile de pensii acordate în Danemarca, cea mai cunoscută, cea mai veche și cea mai interesantă rămâne pensia populară (People's Pension) - în fapt, „piatra ungiulară” a politicii pensiilor din aceasta țară - deși s-a remarcat în ultima perioadă o creștere a ponderii pensiilor ocupaționale și private, după modelul german. Pensia populară păstrează însă următoarele caracteristici: este non-contributivă, bazată pe principiul universalismului, solidarității și egalității și se acordă în mod nediscriminatoriu tuturor cetățenilor danezi în vârstă de peste 67 de ani, cu condiția să fi fost rezidenți ai acestei țări în ultimii 40 de ani. Pe lângă pensia universală de stat, funcționează pensiile ocupaționale și private, condiționate de contribuțiile plătite în timpul vieții active.

Încercarea de a introduce un sistem de pensii corelate cu veniturile, cum se întâmplă de altfel în marea majoritate a țărilor Europei, a avut efecte diferite în țările scandinave. În 1959, Suedia introduce în premieră o schemă de diferențiere a pensiilor de stat după veniturile avute în timpul vieții, iar în 1960 Danemarca încearcă același lucru, dar aici experimentul eșuează în 1967, datorită lipsei de susținere politică în cadrul Partidului Social-Democrat și a ostilității opiniei publice majoritare. În timp ce în Suedia și în Norvegia politica pensiilor a avut un „trend” continental, apropiindu-se treptat de modelul european bismarckian, în Danemarca situația a rămas în mare măsură

neschimbată în ceea ce privește pensiile publice. În mod compensator, în această țară a început să se dezvolte un sistem de pensii private suplimentare, ca răspuns la rigiditatea sistemului de stat egalizator și la dorința persoanelor cu venituri peste medie de a beneficia la bătrânețe de drepturi diferențiate.

Astfel, prevederile programelor de bunăstare sunt îndreptate cu prioritate pe direcția conservării statusului social avut în timpul vieții active și al menținerii beneficiilor la un nivel cât mai apropiat de veniturile din muncă, rezultând o reflectare fidelă și constantă a diferențierilor (ierarhizărilor) socio-profesionale.

Principiul subsidiarității este al doilea reper major al modelului german care decurge din doctrina socială a catolicismului și care a ajuns să fie impus nu numai în Constituția Germaniei, ci și în Tratatul Uniunii Europene, fiind ridicat la rangul de **politică oficială comunitară**. Conform acestui principiu de guvernământ, „unitățile sociale mai largi nu pot asuma responsabilitățile decizionale ce revin unităților mai mici, subordonate, decât în situația excepțională în care unitățile sociale mici sunt incapabile să răspundă propriilor necesități” .

Modelul conservator de politică socială este în fapt un model continental, fiind întâlnit (cu inevitabile variații de nuanță) în numeroase țări europene din jurul Germaniei: Austria, Franța, Italia, Belgia, Olanda și mai nou în țările Europei Centrale: Cehia, Polonia, Ungaria, Slovacia, Croația, Slovenia.

Păstrarea mai multor fonduri de asigurări (administrate separat) - care furnizau beneficii proporționale cu performanțele economice individuale din timpul vieții active - a rămas punctul forte al politicii de bunăstare din Germania. „Primul obiectiv al politicii sociale germane este menținerea statusului său - exprimat într-o manieră pozitivă - protecția veniturilor, mai degrabă decât reducerea sau prevenirea sărăciei - ca în regimurile liberale - sau redistribuția, ca în regimurile social-democrate”.

Acoperirea riscurilor prin **scheme de asigurări specializate** s-a lărgit considerabil în ultimul secol, parcurgând următoarele etape:

- asigurări de boală, din 1883;

- asigurări de accidente, din 1884;
- asigurări de bătrânețe (pensii), din 1889;
- asigurări de șomaj, din 1920;
- asigurări obligatorii de îngrijire pe termen lung, din 1995.

La contribuții mari corespund și pensii mai mari. **Pensiile compensează o parte importantă a ultimului venit realizat din muncă, ajungând la 70% din venitul net obținut anterior intrării în inactivitate.**

Vorbind despre **componenta de asistență socială**, trebuie spus că aceasta se adresează celor care se plasează, din diferite motive, sub limita minimă a asigurărilor, nefiind incluși în nici o schemă de protecție a veniturilor. Atunci când toate mijloacele de integrare în fluxul normal au eșuat și pe baza unor severe testări de venit, o persoană poate deveni subiect al asistenței sociale non-contributive, dar aceasta furnizează nivele mult mai reduse de compensări financiare.

În 1995 a fost introdusă prin lege „**asigurarea de îngrijire pe termen lung**”, al 5-lea pilon al sistemului de asigurări sociale din Germania. Această nouă schemă de asigurări este destinată să furnizeze servicii de îngrijire personală (la domiciliu sau în reședințe specializate) persoanelor vârstnice lipsite de sprijin familial. Este interesant de observat cât de târziu au apărut în Germania aceste servicii sociale (rețeaua lor este și în prezent subdezvoltată), deși Germania deține statutul de „pionierat” în domeniul politicii sociale. În țările scandinave și în Anglia, de exemplu, îngrijirea bătrânilor la domiciliu sau în centre instituționalizate funcționează de la începutul secolului, iar statul și comunitățile locale își asumă o parte importantă a responsabilității în domeniu. Motivul pentru care acest tip de servicii sociale nu s-a dezvoltat până acum în Germania pare a fi doctrina social-conservatoare a catolicismului, care desemnează familia (în special femeile din familie) ca principal responsabil pentru acest tip de activități.

Serviciile sociale personale (al 5-lea „pilon” al politicii sociale britanice) acoperă în practică o diversitate de activități, care conferă sprijin social, vârstnicilor, persoanelor cu deficiențe fizice sau psihice etc. Acestea sunt, în fapt, servicii specializate de asistență socială bazate pe principiul „**community care**”.

Doctrina liberală a Noului Drept a introdus piața și dimensiunea privată a serviciilor inclusiv în acest domeniu, reglând finanțările pe baza mecanismelor de licitație a programelor, la care pot participa atât agențiile publice locale (specializate), cât și firme private sau ONG-uri de profil. În plus, guvernul a introdus o serie de măsuri reformiste în stil neo-conservator, punând accentul pe îngrijirea asumată de propria familie, în acest caz acordându-se unele stimulente financiare acestora.

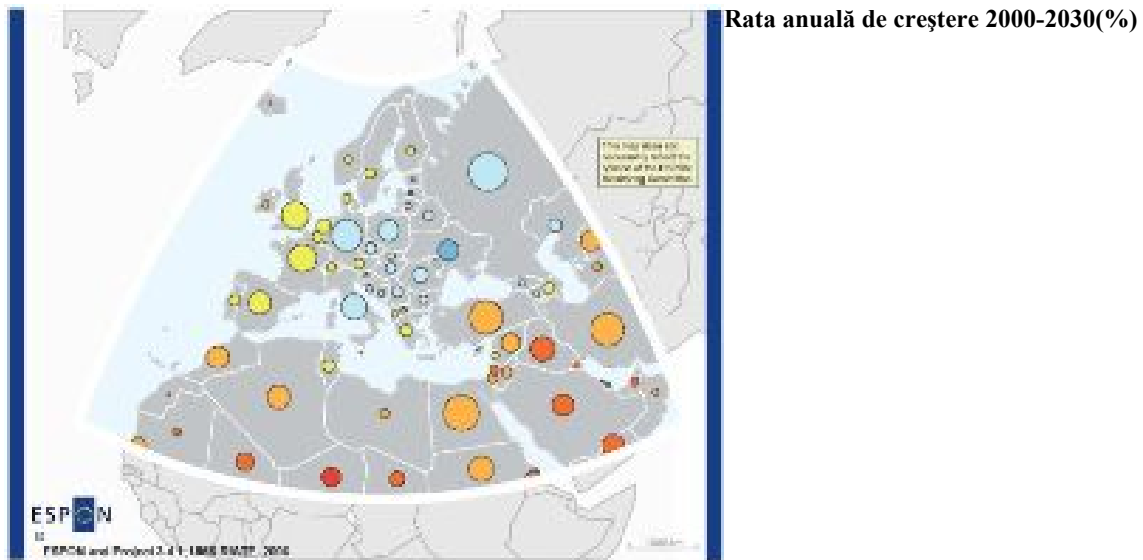
3.3. Creșterea populației în UE și vecinătatea sa, 2030. Repere ale asigurării oportunităților egale pentru populația vârstnică în Europa

Îmbătrânirea constituie o provocare atât ca proces biologic care are loc la nivel individual, dar în mod deosebit ca fenomen social ce se petrece la nivel colectiv. Studiile demografice anunță că până în 2050, numărul vârstnicilor va fi mai mare decât cel al copiilor pentru prima dată în istorie. Acest lucru va afecta toate sectoarele publice – finanțele publice, politica, piața muncii, infrastructura, relațiile sociale etc. **Fenomenul îmbătrânirii populației afectează toate generațiile și de aceea subiectul ar trebui să preocupe guvernanții, cercetătorii, societatea civilă și publicul larg.** Această preocupare a avut deja rezultate în Uniunea Europeană unde s-a produs dezvoltarea de politici publice și o gamă de servicii de sănătate care sunt menite să sprijine persoanele vârstnice.

Dezvoltarea demografică va avea o influență majoră asupra dezvoltării teritoriale viitor în Europa. Resursele umane au un impact semnificativ asupra dezvoltării economice a regiunilor și orașelor. Prin urmare, este o preocupare cheie pentru factorii de decizie să atragă și să dezvolte o forță de muncă de înaltă calificare în regiunile și orașele lor.

În acest sens, migrația și dezechilibrul dintre statele membre ale UE și țările vecine reprezintă oportunități importante, precum și provocări. Diversitatea

de creștere a populației indică zonele din jurul UE, în cazul în care se poate aștepta la un nivel ridicat de interes pentru migrarea către harta EU. Aceasta a fost inclusă în observare teritorială nr 1 .



+4

ROSU

+3

PORTOCALIU

+2

PORTOCALIU

+1

GALBEN

0

ALBASTRU

-1

ALBASTRU

-2

Populația în 2030 a fost estimată pentru Europa și țările învecinate acesteia, prin studierea, la nivel de țară a variației populației în perioada 2000-2030. Rezultatul este o imagine de populație estimată în anul 2030 pe țară, împreună cu schimbarea anuală preconizată în perioada între 2000 și 2030.

Dimensiunea de cercuri în harta reprezintă populația totală estimată pentru 2030 pentru fiecare țară. Culoarea cercurilor indică ratele anuale de creștere de așteptat între 2000 și 2030. Astfel, pe hartă se afișează câți locuitori din fiecare țară este de natură să aibă în 2030 și în ce măsură aceasta este o creștere sau o scădere în comparație cu situația din 2000.

Există diferențe clare în ratele de creștere anuale între Europa și vecinii săi de la sud și est. Vecinii de la est sunt de așteptat pentru a experimenta un declin lent al populației de 0-1% anual (mai mult în Ucraina). Țările vecine de la sud sunt, dimpotrivă, caracterizate prin creșteri populație. Aceste creșteri depășesc cu mult creșterea populației așteptate în UE 27, plus Norvegia și Elveția. În continuare în Africa de Sud, la sud de Sahara și dincolo de Europa statelor din imediata vecinătate, există un alt grup de țări a căror populație crește anual-sunt chiar mai mari, de până la 3% anual și chiar mai mult în Niger.

În interiorul UE, există diferențe clare în privința populației pentru Est și Vest. Pentru majoritatea țărilor dinspre Est sunt prevăzute experimentări ale unui declin lent al populației între 2000 și 2030 (0-1% pe an). Aproape toate statele membre din est, implicit Germania, Republica Cehă, Slovacia, Ungaria și Slovenia, Italia se pot aștepta la o pierdere în privința efectivului de populație. Excepții de la aceste estimări sunt Malta, Grecia și Cipru, în care e posibil să aibă un grad sau chiar mai mult de a creștere ușoară a populației până în 2030. În Norvegia, Elveția și celelalte state membre ale UE, ne putem aștepta la o creștere a populației de până la 1% pe an. Doar în două țări din cadrul UE sunt de așteptat să crească valorile la o rată mai mare - în jur de 2% pe an - și acestea sunt Irlanda și Luxemburg.

Diferențele geografice semnificative pot fi văzute în tendințele populației până în 2030. Acest lucru influențează potențialul economic de bază ale țărilor. Interesant este faptul că în Est, statele membre cu un nivel ridicat de

creștere a PIB-ului va experimenta o scădere a numărului de cetățeni care locuiesc în aceste țări, care, probabil, va avea o influență negativă asupra perspectivelor dezvoltării lor economice.

Pentru Europa de Vest, Grecia, Cipru și Malta, doar o creștere lentă a populației este previzualizată, inclusiv așteptările în privința migrației interne se vor adeveri de la est la vest în Europa în anii următori. În multe dintre aceste țări pe piața forței de muncă va fi necesară un aflax de resurse umane pentru a susține dezvoltarea economică.

Cele mai ridicate rate de creștere a populației din întreaga Europă sunt prezise în regiunile sud-mediteraneene. Acest lucru indică faptul că presiunea exercitată de migrația actuală din țările vecine din sud este probabil să continue în următoarele decenii.

Planul de Acțiune în privința Îmbătrânirii de la Madrid (2002) este un document care trebuie implementat ca o rezolvare a problemei îmbătrânirii. Obiectivul face parte și din programul de 10 ani semnat la Lisabona în anul 2000. În acest sens în țările din Uniunea Europeană se încearcă atingerea următoarelor obiective:

- creșterea productivității la nivelul ocupării forței de muncă;
- adaptarea la îmbătrânirea forței de muncă prin ridicarea nivelului de ocupație și prin **prelungirea perioadei de muncă**, în special a femeilor și a persoanelor în vârstă;
- **reforma sistemelor naționale de pensii** într-un cadru general european, astfel asigurându-se pensii adecvate și sustenabile pentru generații prezente și viitoare;
- **asigurarea accesului deplin la serviciile de sănătate și de îngrijire pe termen lung.**

Articolul 23 al *Cartei Sociale Europene*, privitor la „Dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială”, vizează măsuri care să permită persoanelor vârstnice să rămână membri deplini ai societății cât mai mult timp posibil, să

aleagă liber propriul stil de viață și să ducă o existență independentă în mediul lor obișnuit, atât timp cât doresc și acest lucru e posibil. În privința elaborării legislației necesare realizării acestor drepturi, în România s-au făcut progrese, dar cadrul juridic nu este încă pe deplin pus în practică.

CAPITOLUL 4

ABORDĂRI ALE EGALITĂȚII DE ȘANSE ÎN SOCIETATEA ROMÂNEASCĂ

4.1. Contextul socio-economic al asigurării drepturilor sociale pentru persoanele vârstnice

Egalitatea de șanse în toată complexitatea sa a fost reglementată în Europa cu mult timp în urmă. În România, legislația susține în mod formal egalitatea de gen, respectiv între bărbați și femei și mai puțin egalitatea de șanse în sens larg. În mod practic, discriminarea este răspândită în toate sferele vieții sociale și în mod special în mediul rural. Statistic, mediul rural continuă să afișeze o multitudine de lipsuri întâmpinate de către bărbați și femei. În ciuda ideilor preconcepute împărtășite de către locuitorii mediului rural și a atitudinii deschise pe care o afișează uneori, apare necesitatea unei informări și a unor programe educative.

Se impune o aprofundare a semnificației sintagmei „egalitatea de șanse”, prin oferirea de exemple concrete de discriminare, evidențierea consecințelor violenței familiale, a implicațiilor traficului uman, cât și a rolului serviciilor comunitare și sociale, a modelelor implicării și socializării, și nu în ultimul rând al implicării femeilor în pozițiile decizionale.

O monografie a condițiilor demografice, economice, cât și a modelelor culturale, de comunicare și întrajutorare poate fi utilă în prezentarea contextului de manifestare a drepturilor sociale pentru diferitele categorii de populație, inclusiv persoanele vârstnice (<http://www.mie.ro/index.php?p=264&lang=en>).

Regiunea de Nord - Est

Este cea mai întinsă regiune din România, având o suprafață de 36,850km² (15,46% din suprafața țării), vecini cu Ucraina și Republica Moldova. Regiunea are 6 județe: Bacău, Botoșani, Neamț, Iași, Suceava și Vaslui, ca centre teritoriale administrative. Există o rată ridicată de angajări în agricultură, în mod special în Botoșani și Vaslui și o rată mai scăzută a angajării în industrie și servicii. Se confruntă cu o calificare scăzută a populației.

O mare parte a populației active din această regiune este angajată temporar sau permanent în activități economice în București, Banat, Transilvania, Europa de Vest și Israel. După plecarea tinerilor la muncă în străinătate, se manifestă tendința ca femeile să plece peste hotare, mai ales în Bucovina. Astfel, **persoanele vârstnice și copiii populează în cea mai mare parte localitățile**. Dezvoltarea în regiunea de N-E este cea mai scăzută din țară. Cele mai sărace regiuni se află în sudul Iașului, sud-estul Neamțului, estul Bacăului, respectiv în Botoșani și Vaslui. Dincolo de disparitățile în privința dezvoltării între vest și est, regiunea N-E are lipsuri între mediile rural și urban în privința nivelului general al dezvoltării, infrastructurii și capacității de absorbție investițională. Regiunea înregistrează cel mai mare număr al nou-născuților din țară, dar serviciile de îngrijire a copiilor nu sunt suficient de dezvoltate. Această situație nu stimulează reintegrarea părinților pe piața muncii, iar **vârstnicii sunt marginalizați**.

Regiunea de Sud - Est

Deține 35,762km², adică 15% din totalul suprafeței țării. Procesul industrializării forțate, a generat o concentrare a populației în județele Galați, Brăila, Constanța. Cea mai ridicată rată a populației active se înregistrează în servicii și agricultură, urmată de industrie. Ofertele tentante în privința joburilor, sistemul salarial neatractiv și calificarea neadecvată au generat o migrație masivă a populației active în zone mai dezvoltate ale țării și peste hotare. Cea mai accentuată migrație se înregistrează în Vrancea, ca urmare a structurii neconsolidate a economiei, unde populația tânără emigrează în masă. Zonele cu nivel maxim de sărăcie se înregistrează în zona de nord a Galațiului, estul și

sudul Brăilei, nordul Dobrogei, Delta Dunării, estul Vrancei. **Sunt numeroase localități în care nu există centre de îngrijire pentru persoanele vârstnice.**

Regiunea de Sud - Muntenia

Cu o suprafață de 34,453km², are în componență 7 județe (Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova și Teleorman). La sud, regiunea se învecinează cu Bulgaria. Se înregistrează o rată ridicată a populației active în agricultură, însă marcată de un trend descendent și un nivel scăzut al populației active în industrie și servicii. De exemplu, localități precum Teleorman, Giurgiu și Călărași se înregistrează un nivel ridicat al populației active, comparativ cu Prahova și Argeș, unde industria și serviciile au o pondere însemnată. Cea mai ridicată rată a persoanelor inactive se regăsește în Ialomița și Călărași și cea mai redusă în Prahova și Dâmbovița. Numărul scăzut de locuri de muncă în zonele rurale a generat o migrație masivă în București și migrarea tinerilor peste hotare, aspect care se reflectă în densitatea scăzută a populației la sate și în orașele mici. Partea de sud a regiunii (Călărași, Giurgiu, Ialomița, Teleorman) este nedezvoltată, reprezentând a doua zonă ca nivel crescut al sărăciei (prima fiind Nord-Est-ul regiunii). Această zonă este predominant agricolă. Ca efect al restructurării la nivel industrial, regiunea se caracterizează de un număr semnificativ de probleme sociale. Sud-Est-ul ocupă locul al doilea după Nord-Est în privința numărului de familii monoparentale; regiunea are **cel mai ridicat nivel al ponderii populației vârstnice din țară. În județele Argeș și Ialomița, o problemă deficitară o constituie îngrijirea la domiciliu și cantinele sociale.**

Regiunea de Sud-Vest

Cu o suprafață de 29,212km², include 5 județe: Dolj, Olt, Vâlcea, Mehedinți și Gorj. Se învecinează cu Bulgaria, Serbia. Închiderea unor întreprinderi ineficiente și a unor zone de exploatare minieră a generat creșterea numărului persoanelor inactive, generând probleme socio-economice. De asemenea, șansele în privința joburilor în zona urbană și costurile crescute ale întreținerii locuinței, au determinat ca o mare parte a populației inactive să fie direcționată spre zonele rurale unde se practică o agricultură scăzută din punct de vedere calitativ. Oportunitățile scăzute pentru un loc de muncă adecvat au

determinat migrarea masivă a populației peste hotare. Destinațiile privilegiate sunt Italia și Spania. **Problemele sociale sunt importante și diverse, iar infrastructura socială în regiune este slab dezvoltată. Există județe (Mehedinți, Olt, Vâlcea) cu importante rămăneri în urmă în privința instituțiilor de îngrijire rezidențiale și la domiciliul vârstnicilor.**

Regiunea de Vest

Are o suprafață de 32,034km² și include 4 județe: Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș. Regiunea se învecinează cu Ungaria, respectiv Serbia și Muntenegru. Zona rurală este caracterizată de o densitate scăzută a populației, ca o consecință a migrației și a populației îmbătrânite, o rată scăzută a natalității și o capacitate scăzută a reînnoirii demografice. Cea mai ridicată pondere a persoanelor inactive se înregistrează în Hunedoara și cea mai scăzută în Timiș. După 1990, o mare parte a persoanelor active au părăsit țara pe fondul legăturilor natale cu Germania și Ungaria. PIB-ul pe cap de locuitor a înregistrat un trend ascendent începând cu 1998, situându-se pe locul al doilea în România, după regiunea București-Ilfov. Problemele sociale înregistrează un nivel relativ scăzut comparativ cu restul țării. **Această regiune are un potențial real în zona cercetării-dezvoltării-inovării, având o tradiție universitară de mai bine de 80 de ani, servicii și turism, care au contribuit la dezvoltarea regiunii în ultimii ani. În ceea ce privește problemele persoanelor vârstnice, regiunea are rezultate modeste.**

Regiunea de Nord-Vest

Are o suprafață de 34,159km². Include 6 județe: Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Satu Mare și Sălaj. Disparitățile intra-regionale sunt interconectate cu nivelul industrializării, cele mai dezvoltate regiuni industrializate fiind Cluj și Bihor-care au un nivel al populațiilor active mai ridicat în comparație cu mult mai întârziatele județe industrializate (Satu Mare și Bistrița- Năsăud). Se remarcă o rată crescută în servicii, respectiv o rată crescută la nivel ocupațional în domeniul agriculturii în restul județelor. O consecință directă a restructurării industriale și creșterea populației inactive o constituie apariția unui fenomen unic în Europa și anume migrația populației din mediul urban spre cel rural, populația

rurală crescând constant în toate județele. O altă consecință a restructurării industriale și a creșterii populației inactive o constituie migrarea populației, în special a celor tineri, regiunea confruntându-se cu un real, exod al creierelor”. Numeroase zone rurale (în mod special din Maramureș și Satu Mare) au o cotă scăzută a populației tinere, dar ei au progresat în urma finanțării unor activități productive ale tinerilor care au lucrat peste hotare. Județele din sud și nord (Cluj, Bihor, Satu Mare) sunt industrializate și mult mai stabile din punct de vedere economic decât județele din centru și est (Bistrița-Năsăud, Maramureș și Sălaj). În acord cu analizele sociale și economice, polii sărăciei sunt localizați în Maramureș și Bistrița-Năsăud. **Există o situație deficitară, mai ales în Bihor, Sălaj și Cluj în privința instituțiilor de îngrijire la domiciliu. Au fost identificate câteva clădiri care urmează să fie reabilite și modernizate pentru diferite categorii de beneficiari.**

Regiunea Centrală a țării

Are o suprafață de 34,100km², incluzând județele Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș sau Sibiu. Rata natalității este scăzută și **se manifestă o îmbătrânire accentuată a populației**. Breslele au o tradiție îndelungată și activitățile economice sunt diversificate. Din punct de vedere economic, zonele cel mai slab populate a Munților Apuseni din județul Alba sunt cel mai puțin dezvoltate. Zonele industriale cele mai dezvoltate sunt localizate în sud (Brașov, Sibiu și sateliții săi). În zona centrală a regiunii, de-a lungul văii Târnavelor sunt multe așezări cu industrie diversificată. Partea de nord are o structură economică mult mai specializată. Regiunea centrală are o structură industrială complexă cu ramuri tradiționale și personal calificat recunoscut. După 1990, populația de etnie germană a emigrat în Germania și în alte țări din vestul Europei. Reducerea activității economice a generat migrația specialiștilor în alte zone de activitate sau peste hotare, influențând creșterea activităților economice tradiționale. **Această regiune are un număr important de instituții de îngrijire în sistem rezidențial pentru persoane vârstnice.**

Regiunea București-Ilfov

Cu o suprafață de 1,821km². Cererea de forță de muncă calificată este mare pentru această regiune, astfel încât corelate cu oportunitățile oferite de capital –nivelul vieții urbane, ca și prestigiul-populația activă are un nivel crescut al pregătirii profesionale și specializării. Mediul economic la regiunii este mult mai atractiv la nivelul structurii instituționale, forței de muncă specializate și mult mai dezvoltatului sistem comunicațional comparativ cu alte regiuni ale țării. **Migrația accentuată a populației în București aflată în căutarea unui loc de muncă a generat o supradimensionare a serviciilor gratuite și facilităților comunitare. Eliminarea sau diminuarea disparităților între București și zonele periferice (cele mai multe dintre ele fiind zone rurale), vor contribui la îmbunătățirea calității vieții populației.**

Cele prezentate ne înfățișează o societate îmbătrânită atât prin fenomenul natural, cât și prin migrația populației tinere în afara țării, determinată de oferta scăzută de locuri de muncă pe plan intern și de cuantumul scăzut al salarizării. Acest fenomen expune populația vârstnică la un risc masiv în lipsa suportului asigurat de solidaritatea intergenerațională atât în ceea ce privește dimensiunea economică, cât și latura socială, determinând situații de abandon al vârstnicilor dependenți, creșterea solicitărilor de instituționalizare și respectiv **marginalizarea populației de vârsta a treia.**

Promovarea egalității de șanse va contribui la coeziunea socială, atât la nivelul regiunilor de dezvoltare, cât și la nivel național. Dezvoltarea unei culturi a oportunităților egale presupune implicarea directă a tuturor actorilor sociali din sectorul public și privat, inclusiv societatea civilă. Protecția socială și incluziunea socială pot fi promovate prin acțiuni de combatere a discriminării, promovarea egalității de șanse și integrarea în societate a grupurilor vulnerabile care se confruntă cu riscul de marginalizare socială.

În toate axele prioritare ale POR pot fi identificate aspecte referitoare la principiul egalității de șanse:

Axa prioritară 1 are ca scop creșterea calității vieții și crearea de noi locuri de muncă prin reabilitarea infrastructurii urbane, îmbunătățirea serviciilor urbane, inclusiv a serviciilor sociale, precum și prin dezvoltarea structurilor de sprijinire a afacerilor și a antreprenoriatului.

Axa prioritară 2 are ca scop reabilitarea și modernizarea rețelei de drumuri județene, străzi urbane – inclusiv construcția/reabilitarea șoselelor de centură (cu statut de drum județean) și astfel contribuie la creșterea fluxurilor de capital, a mobilității forței de muncă, la crearea de noi oportunități de locuri de muncă, inclusiv în zonele rurale.

Axa prioritară 3 are ca scop asigurarea unui acces egal al cetățenilor la serviciile medicale și sociale și îmbunătățirea calității acestor servicii. Creșterea participării la procesul educațional, contribuie la un nivel crescut al competențelor profesionale în relație cu piața muncii de la nivel local și de asemenea, contribuie la reducerea șomajului în rândul tinerilor.

Axa prioritară 4 are ca scop înființarea și dezvoltarea structurilor de afaceri de importanță regională și locală, reabilitarea siturilor industriale și sprijinirea inițiativelor antreprenoriale regionale și locale, pentru a facilita crearea de noi locuri de muncă și creșterea economică durabilă.

Axa prioritară 5 vizează în principal valorificarea și promovarea durabilă a patrimoniului cultural și a resurselor naturale cu potențial turistic, precum și îmbunătățirea calității infrastructurii turistice de cazare și agrement, în vederea creșterii atractivității regiunilor, dezvoltării economiilor locale și creării de noi locuri de muncă.

Politica de coeziune este definită prin scopul său și anume sprijinirea procesului de reducere a decalajelor dintre regiunile și statele membre mai dezvoltate ale Uniunii Europene și cele mai puțin dezvoltate.

Pentru îndeplinirea acestui scop, politica de coeziune este structurată în trei obiective: *Convergență* (sprijinind regiunile rămase în urmă din punct de vedere al dezvoltării economice), *Competitivitate Regională și Ocuparea forței de muncă* (sprijinind regiuni, altele decât cele rămase în urmă ca dezvoltare, pentru atingerea țintelor Agendei Lisabona) și *Cooperare Teritorială Europeană* (promovând o dezvoltare echilibrată a întregului teritoriu comunitar, prin încurajarea cooperării și schimbului de bune practici între toate regiunile UE). **România va fi eligibilă sub două obiective: Convergență și Cooperare Teritorială Europeană.** Obiectivul Cooperare Teritorială Europeană este finanțat din FEDR și organizat pe trei axe:

1. Programele de cooperare **transfrontalieră** finanțează proiecte de accesibilitate (transport și tehnologia Informației), mediu și prevenirea riscurilor, dezvoltarea economică și socială și acțiuni „people to people”. Sunt finanțate proiecte de investiții și proiecte soft între cel puțin doi beneficiari de pe o parte și alta a graniței, cu mențiunea ca pentru programele la granițele externe trebuie să existe cel puțin un beneficiar dintr-un stat membru și dintr-un stat ne-membru.
2. Cooperarea **transnațională** are ca obiectiv principal finanțarea de acțiuni și dezvoltarea de rețele care să ducă la dezvoltare teritorială integrată în domenii precum: inovația, mediul, accesibilitatea și dezvoltarea urbană. Sunt finanțate proiecte pilot și proiecte soft între parteneri din minim trei state partenere în program, din care minim un stat membru.
3. Cooperarea **interregională** reprezintă cooperarea între autoritățile publice (autorități regionale sau locale, dar nu exclusiv) pe probleme de interes comun, prin transferul de experiență și bune practici între regiunile Uniunii Europene (în cadrul programului INTERREG IVC), prin constituirea de

rețele între orașele UE (în cadrul Programului URBACT II), precum și între cercetătorii UE (în cadrul Programului ESPON 2013). Deși proiectele de cooperare interregională sunt de natură soft (studii, schimb de experiență), valoarea adăugată a cooperării interregionale constă în valorificarea cunoștințelor astfel dobândite în pregătirea unor proiecte de investiții în cadrul obiectivului Convergență.

Ca regulă generală, rata de co-finanțare pentru programele finanțate din FEDR și IPA este 85% din fonduri comunitare și 15% din fonduri naționale, iar pentru programele finanțate din ENPI este 90% din fonduri comunitare și 10% din fonduri naționale.

Aceasta poate însă varia de la un program la altul și de la o axă prioritară la alta. Beneficiarii eligibili sunt, în general, autorități publice locale și regionale, ONG-uri, universități și institute de cercetare din zona de graniță (pentru programele de cooperare trans-frontalieră) și de la nivelul întregului teritoriu (pentru programele de cooperare transnațională și interregională).

4.2. Cadrul legislativ care reglementează egalitatea de șanse și apărarea drepturilor persoanelor vârstnice

Legislația României în intenția de a se alinia la cea comunitară garantează drepturile egale ale cetățenilor de a participa la viața economică și socială, de a se pregăti și forma într-o anumită profesie, de a se angaja, promova și participa la distribuirea beneficiilor, de a se bucura de protecție socială în anumite situații.

Conform art 1, alin. 2 din Legea nr. 202/19.04.2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, Republicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 150 din 01.03.2007 - prin egalitate de șanse și de tratament între femei și bărbați se înțelege „luarea în considerare a capacităților, nevoilor și

aspirațiilor diferite ale persoanelor de sex masculin și, respectiv, feminin și tratamentul egal al acestora” .

Conform art. 2, punctul b) și c) din Ordonanța de Urgență nr. 67/27.06.2007, prin principiul egalității de tratament se înțelege „lipsa oricărui tratament discriminatoriu, direct sau indirect, pe criteriul de sex, în special prin referirea la starea civilă sau familială”. Prin tratament discriminatoriu se înțelege „orice excludere, restricție ori diferență de tratament, direct sau indirect, între femei și bărbați”.

Egalitatea de șanse a evoluat în ultima perioadă devenind un concept mai larg care se referă nu doar la femei și bărbați, dar și la relația cu alte grupuri dezavantajate dintr-o societate.

În timp ce egalitatea de șanse și de tratament semnifică nivelul egal de vizibilitate, autonomie, responsabilitate și participare a majorității și a minorității dezavantajate la și în toate sferile vieții publice, discriminarea reprezintă tratamentul diferențiat aplicat unei persoane în virtutea apartenenței, reale sau presupuse a acesteia la un anumit grup social.

Astfel, se poate vorbi de discriminare, atunci când o persoană este tratată „mai puțin favorabil” decât o altă persoană în aceeași situație.

Segregarea profesională a femeilor persistă și este demonstrată prin existența modelelor de ocupare diferențiate pe sexe, ceea ce determină disparitățile între venituri, chiar dacă principiul "la muncă egală salariu egal" este consacrat juridic.

Pornind de la principiul egalității de șanse între femei și bărbați, astfel cum este definit în **Legea nr. 202/2002**, republicată, care presupune luarea în considerare a diferitelor capacități, necesități și aspirații ale bărbaților și ale femeilor precum și tratamentul egal al acestora, în prezent, este esențial pentru România ca femeilor să li se asigure în mod real egalitatea de șanse în ceea ce

privește accesul la educație, la formare și la un loc de muncă, la întemeierea unei familii și la participarea la luarea de decizii publice și politice, trăsătură ce caracterizează societățile democratice și dezvoltate. În acest scop, România trebuie să depună un efort important pentru a-și adapta legislația la principiul nediscriminării pe criteriul de sex, conform legislației comunitare.

Conform Legii nr. 202/2002 prin egalitatea de șanse și tratament între femei și bărbați în relațiile de muncă se înțelege accesul nediscriminatoriu la:

- a) alegerea ori exercitarea liberă a unei profesii sau activități;
- b) angajare în toate posturile sau locurile de muncă vacante și la toate nivelurile ierarhiei profesionale;
- c) venituri egale pentru muncă de valoare egală;
- d) informare și consiliere profesională, programe de inițiere, calificare, perfecționare, specializare și recalificare profesională;
- e) promovare la orice nivel ierarhic și profesional;
- f) condiții de muncă ce respectă normele de sănătate și securitate în muncă;
- g) beneficii, altele decât cele de natură salarială și măsuri de protecție și asigurări sociale.

Asigurarea oportunităților egale pentru diferite categorii de populație adaptate caracteristicilor psiho-sociale ale acestora, inclusiv persoanele vârstnice, trebuie cuprinse în măsurile adoptate la nivel național și incluse în politicile sociale promovate la nivel guvernamental în acord cu principiile Comunității Europene.

Deoarece strategia națională de abordare a egalității de șanse se concentrează doar pe atenuarea diferențelor de gen și nu există strategii pentru categorii sociale aflate în situații de dificultate, în speță pentru categoria persoanelor vârstnice care face obiectul de interes al prezentei lucrări, este justificat să se analizeze prevederile cuprinse în Planul Național de Antisărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale (PNA inc) și respectiv Planul Național de Dezvoltare pentru perioada 2007-2013, singurele documente în care se prevede:

- eradicarea unor situații de sărăcie extremă, inacceptabilă în societatea modernă, exemplu: locuirea în condiții insalubre, abuzul și violența domestică, traficul de ființe umane etc;
- reducerea riscului de sărăcie pentru persoanele ocupate dar și pentru cele care au încheiat ciclul vieții active;
- diminuarea dezechilibrelor regionale, revitalizarea și prevenirea apariției unor zone inerte economic;
- asigurarea accesului tuturor categoriilor de populație la un minim de servicii de sănătate, educație, ocupare și asistență socială;
- asigurarea accesului egal la educație, menținerea stării de sănătate, stimularea participării sociale și politice prin abordarea problematicii sociale ca o investiție și nu drept cheltuială;
- descentralizarea, încurajarea inițiativelor locale prin motivarea și dezvoltarea capacităților locale de identificare și gestionare a problemelor sociale;
- activizarea forțelor comunitare, prin stimularea inițiativelor colective și a parteneriatului social, promovarea unei societăți incluzive, cu un grad ridicat de coeziune socială.

Precondițiile unei abordări sistemice care să asigure succesul reformelor instituționale presupun eficientizarea programelor de protecție socială, ceea ce înseamnă, în primul rând, o identificare adecvată a segmentului de populație aflat „în nevoie”. Aceasta, la rândul ei, presupune:

- *un instrument cât mai adecvat* de măsurare a resurselor indivizilor;
- *o evidență corectă a tipurilor de risc social*, impunerea lor în conștiința publică unde este cazul; o evidență a grupurilor care pot cădea sub incidența acestora.
- *identificarea corectă a grupurilor* aflate sub incidența mai multor factori de risc social;
- *identificarea resurselor instituționale utilizabile* și a celor implicate în atenuarea incidenței factorilor de risc social;

- o distribuție optimă între suportul financiar și oferta de servicii sociale adresate celor în nevoie, în vederea optimizării intervenției sociale (demonetizarea suportului social);
- o distribuire cât mai corectă și realistă a responsabilităților în asigurarea bunăstării, între stat și individ, dar și între nivelul central și cel local.

Pe termen lung direcțiile de dezvoltare globală a politicilor sociale pentru persoanele vârstnice au în vedere garantarea accesului la :

- locuința;
- venit minim;
- servicii de sănătate;
- servicii integrate de îngrijire;
- participarea activă la viața societății;
- educație continuă.

Considerăm că o strategie în domeniul persoanelor vârstnice trebuie să presupună o viziune complexă care să depășească domeniul asistenței sociale și să garanteze cadrul de dezvoltare personală a vârstnicilor și de manifestare a drepturilor sociale așa cum sunt formulate în Recomandările Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice.

CAPITOLUL 5

CONCLUZII

Măsurile în domeniul egalității de șanse sunt asumate în prezent de către Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale. Se constată, însă, că nu există interes pentru reprezentarea și promovarea drepturilor sociale ale persoanelor vârstnice profund dezavantajate în actualul context socio-economic. Marginalizarea vârstnicilor aflați într-o situație precară din punct de vedere financiar, atrage efecte în planul socializării și în general al manifestării personalității conducând la izolare, stigmatizare și depreciere continuă a calității vieții persoanelor de vârstă a treia.

Apariția Legii nr.263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice prin care s-a generalizat principiul de bază al contributivității, reprezintă un pas important pentru reducerea inegalităților existente între diferitele categorii de pensionari.

Gravitatea fenomenului de marginalizare și stigmatizare a vârstnicilor nu poate fi pus la îndoială, în măsura în care subminează și deteriorează identitatea personală a bătrânului și implicit identitatea socială a categoriei lui de vârstă.

Sociologia interacționistă a enunțat teorii cu privire fenomenul prin care identitatea unei persoane sau a unui grup se modelează conform opiniei pe care un alt grup o împărtășește în legătură cu acesta.

O analiză a preconcepțiilor existente ar conduce către concluzia că vârstnicii se bucură de un prestigiu scăzut și că există o segregare în funcție de vârstă în societatea noastră.

Preconcepțiile legate de persoanele vârstnice se referă la vulnerabilitatea lor față de boală, stigmatizarea celor aflați în instituții (spitale sau centre de îngrijire), desconsiderarea lor din punct de vedere al capacităților intelectuale sau de autodeterminare; în mediul profesional se apreciază că angajații mai în vârstă sunt mai puțin competenți decât cei tineri pentru că nu pot învăța lucruri

noi sau că își iau mai multe zile libere pe caz de boală, fiind în general mai costisitori pentru un angajator. Totuși din ce în ce mai mulți vârstnici nu se află într-o situație de dependență, dimpotrivă, de ei depind nepoți sau alte persoane de care au grijă, suportul vârstnicilor fiind indispensabil familiilor tinere.

Explicitarea acestui fenomen de subapreciere a potențialului persoanelor de vârsta a treia se referă la câteva transformări pe care le-a cunoscut viața socială:

- aprecierea valorilor materiale și a statutului pe care acestea le conferă, situează vârstnicul pe o poziție de inferioritate odată cu pensionarea, care atrage după sine o scădere a venitului;
- evoluția societății contemporane care dă posibilitatea tinerilor de a-și asigura o educație și o calificare, superioare generațiilor anterioare, astfel încât să evolueze mai ușor în ierarhia socială decât vârstnicii. Astfel, se schimbă mentalitatea societății tradiționale potrivit căreia persoanele de vârsta a treia înmagazinau cunoașterea, producându-se treptat o segregare intelectuală a generațiilor, contrar modelului societății premoderne, când cunoașterea putea fi dobândită preponderent prin experiență.

Consecințele acestui fenomenului de scădere a prestigiului vârstnicilor și amploarea lui se reflectă în faptul că această categorie de vârstă trece prin experiența discriminării în tot mai multe sfere ale vieții sociale. Inserția sau reinsertația socială a vârstnicilor întâmpină obstacole, dat fiind faptul că oportunitățile de locuri de muncă sunt slabe pentru această categorie de vârstă iar serviciile de asistență socială sunt precare, **problemele lor fiind practic ignorate.**

Pe de altă parte îmbătrânirea presupune nu doar probleme ci și oportunități, pe care societatea ar trebui să le valorifice. Este necesar să se schimbe modul în care ne raportăm la ceilalți și să se îmbunătățească relaționarea, comunicarea și solidaritatea intergenerațională, având în vedere că persoanele vârstnice sunt o resursă valoroasă. Prin aceasta se poate înțelege nu doar o creștere a numărului persoanelor vârstnice care beneficiază de îngrijire,

dar și reversul care reprezintă mai mulți mentori, mai mulți voluntari, mai multe persoane vârstnice care se îngrijesc de copii sau de alte categorii vulnerabile.

Este necesar să recunoaștem că persoanele vârstnice aduc importante contribuții la societate. Dacă îndepărtăm barierele deja existente, creăm mai multe oportunități pentru ca ei să ne ofere din înțelepciunea, creativitatea, experiența și cunoștințele lor.

În multe comunități vârstnicii joacă rolul de păstrători ai culturii, consilieri sociali și “bătrâni ai satului”. Contribuția pe care o aduc ei și respectul de care se bucură asigură păstrarea atât a demnității cât și a sănătății lor, deși sub anumite aspecte ei devin tot mai slabi.

Din păcate, în societatea românească, acest sentiment al comunității, cu respectul adânc înrădăcinat și sprijinul său pentru vârstnici, s-a erodat considerabil. Important este ca **vârstnicii să nu fie considerați o povară, ci o resursă.**

Vârstnicii joacă un rol important în comunitățile lor, putând să lucreze și să participe la viața socială. Adesea îi ajută pe alții și se îngrijesc de familiile și prietenii lor. De asemenea, au un rol major în educarea altor persoane în ceea ce privește normalitatea unei bătrâneți sănătoase și fericite.

Persoanele vârstnice nu există pentru a fi îngrijite ; în calitate de indivizi ele trebuie să-și poată expună nevoile, să spună care consideră că sunt problemele lor și să participe activ la propria lor îngrijire.

CAPITOLUL 6

PROPUNERI

Principala propunere legislativă pe care Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice o susține este *abrogarea Legii nr.17/2000* privind asistența socială a persoanelor vârstnice și inițierea unei **Legi cadru pentru protecția drepturilor persoanelor vârstnice**, care să reglementeze următoarele aspecte :

- să aibă în vedere **particularitățile, definițiile și procedurile stabilite în legislația Comunității Europene, pentru a se asigura corespondența organizatorică, funcțională și administrativă** cu practicile din țările Uniunii Europene în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice. În acest cadru, **trebuie adoptată o nouă definiție a persoanei vârstnice** în acord cu evoluția demografică și legislația în domeniul pensiilor și totodată precizate în mod clar situațiile în care aceasta intră în procesul de evaluare socio-medicală;
- să detalieze **drepturile persoanelor vârstnice pe capitole și domenii de interes**;
- să se înlocuiască termenul de „nevoie” a persoanei vârstnice cu un termen care să exprime un minim de cerințe firești pentru ca persoana vârstnică să poată beneficia de un trai normal (decent);
- să se **recunoască statutul de persoană vârstnică cu handicap** și drepturile suplimentare ce îi revin;
- să se dezvolte un capitol pentru sistemul de asistență socială de tip rezidențial, în care să se inventarieze toate instituțiile în care sunt asistați vârstnicii, inclusiv centrele de îngrijire și asistență și unitățile medico-sociale și să se precizeze condițiile și serviciile minime care trebuie asigurate pentru asistați, distinct de celelalte categorii de persoane în dificultate găzduite în aceste unități;

- să se detalieze organizarea și funcționarea instituțiilor rezidențiale destinate persoanelor vârstnice (publice și private), pe tipuri de unități și servicii: sociale, socio-medicale și medicale (geriatrice), precizându-se și normativele minimale de personal angajat în raport cu numărul de persoane asistate; în anexă să se prezinte un regulament cadru de funcționare, cât și un nomenclator al denumirilor care să fie respectat la nivel național;
- să se stabilească prevederi clare referitor la organismele private care desfășoară activități în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice (principalele atribuții și responsabilități);

În baza acestei legi cadru să se stabilească ulterior reglementări specifice și punctuale prin aplicarea cărora să se asigure:

- extinderea problematicii vârstnicilor prin introducerea de prestații, facilități și accesibilități acordate persoanelor vârstnice, reglementarea condițiilor de acordare a dreptului și instituțiile implicate și obligate să soluționeze solicitările;
- precizarea instituțiilor învestite cu autoritate de monitorizare și control a derulării sistemului național de protecție socială a persoanelor vârstnice;
- reglementarea principiilor, criteriilor și modului de calcul al contribuției individuale a persoanelor vârstnice asistate în unități de stat și private, precum și situațiile în care asistatul nu are venituri suficiente și susținători legali. În acest domeniu, trebuie să se stabilească în mod clar aportul consiliilor locale și județene, precum și ale persoanelor juridice private care derulează programe de servicii pentru persoanele vârstnice (acreditare, costuri, standarde);
- instituirea unui mod de calcul unitar și în cazul serviciilor sociale și socio-medicale acordate la domiciliu; majorarea plafonului actual pe baza căruia aceste servicii sunt acordate gratuit;
- stabilirea pachetelor minimale de servicii ce se justifică a fi acordate pentru principalele situații socio-medicale ce se întâlnesc în mod

curent la persoanele vârstnice aflate în dificultate, cât și cele oferite în regim de urgență;

- reglementarea procedurilor de contractare și finanțare a serviciilor, precum și modul de furnizare a acestora, astfel încât ele să fie de calitate și să răspundă obiectivelor programelor stabilite de către comisiile de evaluare a situației socio-medicale a persoanelor vârstnice;
- stabilirea procedurilor care privesc acordarea îngrijirilor, iar asistența socială să se realizeze pe baza unui plan individualizat întocmit prin aplicării grilei de evaluare a nevoilor și a fișei socio-medicale, în care fiecare specialist să propună măsuri, termene și modalități de evaluare a activității;
- reglementarea procedurilor de lucru pentru înstrăinarea bunurilor proprietate personală a persoanei vârstnice prin încheierea unui protocol între Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Ministerul Administrației și Internelor și Uniunea Națională a Notarilor Publici pentru a exista certitudinea aplicării ei în toate situațiile și în toate unitățile administrativ – teritoriale cu scopul final de a proteja dreptul de proprietate și de a conserva bunurile mobile și imobile ale persoanelor vârstnice aflate în situații vulnerabile și de risc;
- acordarea prestațiilor pe baza „coșului zilnic al persoanelor vârstnice”, care să corespundă necesităților vârstei a treia;
- instituirea coșului minim de consum pentru familia de pensionari și persoana vârstnică singură, al cărui quantum să se aprobe prin Hotărâre a Guvernului, nivel față de care Guvernul și organele abilitate să dispună indexări ale veniturilor persoanelor vârstnice, facilități, scutiri sau diminuări ale taxelor locale și impozitelor etc;
- stabilirea formelor de mediatizare a instituțiilor care au atribuții de protecție socială a persoanelor vârstnice, pentru ca persoanele vârstnice să poată cunoaște permanent căile de acces la drepturile și facilitățile acordate prin legi speciale și diverse alte reglementări;

- să se reglementeze sursele și eventual participarea procentuală a acestora în bugetul social total alocat, formele și organele de control, metodele de monitorizare a funcționării sistemului la nivel național și local, sancțiunile, contravențiile și amenziile ce pot să se acorde celor care nu respectă prevederile legii. De asemenea, finanțarea propunem să se refere la sponsorizări, donații și subvenții acordate de la bugetul de stat pentru derularea programelor naționale din domeniul socio-medical sau după caz, la nivel zonal, regional și comunitar;
- reglementarea îndatoririlor, obligațiilor și a răspunderii civile și după caz penale a persoanelor fizice desemnate să acorde servicii persoanelor vârstnice;
- stabilirea obligației ca fiecare primărie să cunoască vârstnicii din cadrul comunității care se găsesc în situație de risc socio-medical și în colaborare cu instituțiile de specialitate și reprezentanții societății civile să acționeze operativ pentru ameliorarea condițiilor de trai a acestor persoane.

Fără îndoială că în cadrul acestui nou context legislativ, organizatoric și funcțional este necesar să se stabilească printr-un plan și o strategie națională responsabilă și măsuri pentru asigurarea:

- *securității sociale a vârstnicilor;*
 - reglementarea unui nivel minim al veniturilor din pensii care să permită un trai decent tuturor persoanelor vârstnice;
 - acordării de prestații complementare pentru a suplini insuficiența veniturilor și pentru a veni în sprijinul rezolvării unor probleme punctuale;
- *asistența socială și medicală pentru vârstnici;*
 - Perfecționarea personalului din diverse profesii sociale, formarea și specializarea acestora pentru a lucra cu persoanele vârstnice (în domeniu îngrijirii socio-medicale, consilierii, terapiei etc);

- Atragerea de specialiști cu experiență în domeniul geriatric;
- Să se organizeze o rețea comunitară de medici geriatrii prin dubla specializare a medicilor de medicina internă și dezvoltarea unei rețele naționale de medici geriatri care să realizeze, alături de asistentul social, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice;
- Extinderea și dezvoltarea serviciilor comunitare - integrate de asistență medico-socială la domiciliu;
- Extinderea anumitor tipuri de servicii și prestații, care răspund nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice, exemplu: rețeaua de magazine “tip “economat””, “cantina pe roți” etc;
- Dezvoltarea sistemului rezidențial de asistență socială pentru vârstnici prin reabilitarea căminelor pentru persoane vârstnice existente și construcția de noi cămine;
- Îmbunătățirea și extinderea tipurilor de servicii ce le sunt asigurate vârstnicilor în instituțiile de asistență socială în regim rezidențial, respectiv programe de terapie ocupațională, recuperare etc;
- Dotarea căminelor pentru persoane vârstnice cu echipamente, aparatura medicală, electrocasnică, electronică și mobilier;
- Înființarea de centre de ergoterapie;
- Creșterea accesibilității serviciilor medicale (consultații, tratamente în ambulator sau pe baza de internare, analize de laborator), farmaceutice și de acordare a dispozitivelor medicale pentru vârstnici, în special în mediul rural;

➤ *Socializarea vârstnicilor*

- Extinderea și reabilitarea centrelor de zi, cluburilor și a altor instituții care desfășoară activități culturale și de socializare pentru persoanele vârstnice;
- Acordarea de spații de către autoritățile publice locale pentru înființarea de instituții de asistență și agrement pentru vârstnici;
- Diversificarea activităților de socializare;

➤ *Menținerea vârstnicilor în viața activă*

- Crearea de oportunități de angajare pentru persoanele vârstnice care doresc acest lucru;
- Organizarea de burse a locurilor de muncă pentru vârsta a treia;
- Organizarea de cursuri de formare profesională pentru persoanele de vârsta a treia;
- Organizarea de programe de pregătire în vederea pensionării;
- Implicarea persoanelor vârstnice în activități de voluntariat;

➤ *Garantarea drepturilor persoanelor vârstnice la nivel comunitar*

- Intensificarea propagandei de sensibilizare a opiniei publice vis-a-vis de problematica vârstei a treia;
- Diversificarea modalităților de informare a persoanelor vârstnice cu privire la drepturile sociale de care beneficiază în condițiile legii;
- Implicarea mai intensă a factorilor sociali pe plan local pentru apărarea drepturilor persoanelor vârstnice;
- Promovarea voluntariatului și a culturii filantropice.

Proiectarea unui sistem coerent, unitar, de măsuri de protecție socială, conturează câteva cerințe preliminare, între care:

- **Menținerea problemelor sociale în atenția guvernanților/a instituțiilor specializate, a organizațiilor non-guvernamentale și a opiniei publice.** Printr-un dialog susținut între aceștia se pot identifica, la timp, noi factori de risc social, în vederea prevenirii marginalizării și excluziunii sociale a grupurilor vulnerabile. Segmentul pensionarilor, vârstnicii singuri, persoanele vârstnice dependente alături de tinerii care părăsesc instituțiile de ocrotire, violența domestică, precum și problema cheltuielilor de întreținere cu care se confruntă populația cu venituri reduse sunt câteva categorii defavorizate. Efectele propagate ale unor factori de risc social sunt greu de prevenit și contracarat, dacă nu există o monitorizare a acestora, în timp.

- **Existența unei evidențe unitare a grupurilor/populației vulnerabile, în special a celor afectate multiplu de factorii de risc social.** Aceasta presupune existența unei *baze de date unitare*, la nivel județean sau la nivelul comunității prin dezvoltarea infrastructurii, care să permită contabilizarea beneficiarilor pe tipuri de măsuri de suport care le sunt oferite, dar și a măsurilor de suport de care beneficiază, simultan, un același subiect. La nivel local, acest al doilea tip de statistică se poate dovedi extrem de util, eficientizând munca. Pentru uniformizarea evidențelor statistice în cadrul fiecărei instituții responsabile codul numeric personal poate constitui elementul de legătură al evidenței informatizate.
Pentru atingerea acestui obiectiv se conturează următoarele două direcții:
- **Cooperarea dintre instituțiile responsabile de derularea măsurilor de protecție socială**, atât la nivel central cât și local. Tradițional, reprezentanții diferitelor ministere la nivel local au colaborat la soluționarea diferitelor cazuri sociale. La nivel central, legăturile interministeriale sunt mai puțin vizibile, abordarea sistemică a problemelor sociale fiind, mai degrabă, declarativă. Un alt punct încă vulnerabil al cooperării îl reprezintă parteneriatul dintre reprezentanții guvernamentali locali și organizațiile neguvernamentale.
- **Etapizarea optimă a măsurilor de intervenție cu scop social**, în funcție de gravitatea problemei, anvergura sa și resursele potențiale ce ar putea fi destinate acestora. O măsură de anvergură sau care necesită resurse deosebite nu trebuie evitată, doar pentru că, într-un orizont dat de timp, nu pot fi identificate resursele necesare. O monitorizare suplimentară a problemelor care reclamă această măsură și a potențialelor efecte propagate este imperativă. Deficitul fondului de pensii este un bun exemplu în acest sens. Segmentul vârstnicilor a făcut doar marginal obiectul politicilor de promovare a incluziunii sociale, veniturile lor din pensie asigurând o marjă de minimă siguranță față de riscul sărăcirii, comparativ cu familiile celor care și-au pierdut locul de muncă. Pensionarii au acumulat, în timp, probleme specifice, care necesită în prezent o atenție suplimentară. În contextul elementelor-cheie ale direcțiilor de intervenție, în scopul combaterii sărăciei și

promovării incluziunii sociale, trebuie considerată și dezvoltarea rolului administrațiilor locale.

Între elementele esențiale ale acestui proces, trebuie avute în vedere:

- a) **relansarea spiritului comunitar**, prin transformarea autorităților publice locale în nuclee de viață comunitară. Este necesar ca însăși colectivitatea să devină participant activ la dezvoltarea locală, context în care este imperativă intensificarea dialogului dintre membrii comunității și administrația publică locală. Acesta este un proces de durată, care se bazează pe eforturi susținute de educație civică, nu doar în rândul tinerei generații, ci și prin intensificarea eforturilor de atragere a comunității în deciziile de interes local. O modalitate concretă constă în punerea în discuție a proiectelor legislativ-administrative, ca și în stabilirea priorităților locale.
- b) **refacerea structurilor și culturii colective a serviciilor publice.**
- c) **dezvoltarea capacității autorităților locale de a identifica resurse financiare** necesare derulării programelor de dezvoltare locală, ceea ce reclamă, în egală măsură, antrenarea în programe de pregătire, cu ocazia cărora să fie făcute cunoscute nu doar experiențe și strategii internaționale, cât mai ales inițiativele locale de succes întâlnite în țară.
- d) **articularea ritmului de delegare/descentralizare de responsabilități către autoritățile locale**, cu posibilitatea reală de identificare a resurselor necesare, astfel încât să nu fie afectate programele de investiții și dezvoltare locală în derulare sau pe cale de implementare. Această din urmă situație nu conduce doar la un eventual blocaj financiar, ci și la blocarea procesului de creare de locuri de muncă, și în final, la anularea eforturilor locale de relansare/dezvoltare economică.
- e) **creșterea capacității de atragere a fondurilor externe** în domeniul programelor sociale și de dezvoltare comunitară.

În domeniul protecției persoanelor vârstnice sunt relevante unele idei promovate în cadrul **Planului Național de Dezvoltare (PND) 2007-2013**, care până în prezent nu s-au regăsit în practica instituțiilor abilitate să elaboreze și să implementeze strategii viabile pentru categoriile defavorizate inclusiv pentru

persoanele vârstnice a căror problemă prin complexitatea ei implică o cooperare interinstituțională, atât la nivel central, cât și la nivelul instituțiilor descentralizate și deconcentrate. Conform H.G. nr. 1115/2004, PND este un instrument de planificare strategică multianuală prin care se orientează și stimulează dezvoltarea socio-economică a țării. PND stabilește direcțiile fundamentale pe care se vor concentra investițiile publice pentru dezvoltare în perioada 2007-2013, în scopul atingerii unor ținte cuantificate. Sursele financiare sunt multiple: resurse bugetare, fonduri comunitare, cofinanțări private, împrumuturi externe și interne.

Pentru perioada 2007-2013, instrumentele structurale utilizate vor fi:

- *Fondul European pentru Dezvoltare Regională*, care susține reducerea disparităților inter-regionale și dezvoltarea și convergența regiunilor, prin acțiuni de sprijin în domeniul infrastructurii de bază, infrastructurii de educație și sănătate și sectorului productiv (industrie și servicii);
- *Fondul Social European*, care urmărește îndeplinirea obiectivelor Strategiei europene de ocupare a forței de muncă, prin finanțarea acțiunilor de prevenire și combatere a șomajului, dezvoltare a capitalului uman și de promovare a integrării pe piața muncii;
- *Fondul de Coeziune*, prin care se finanțează, în principal, proiectele majore (de interes european) de infrastructură de transport, mediu și energie.

Evaluarea ex-post a PND va fi realizată în anul 2015, după încheierea perioadei de implementare a PND.

Planul Național de Dezvoltare (PND) este un concept specific politicii europene de coeziune economică și socială (Cohesion Policy) și reprezintă documentul de planificare strategică și programare financiară multianuală, elaborat într-un larg parteneriat, care va orienta și are rolul de a stimula dezvoltarea socio-economică a României în conformitate cu Politica de Coeziune a Uniunii Europene.

În contextul reformei Politicii de Coeziune a UE pentru perioada 2007-2013 și a modificării subsecvente a reglementărilor privind managementul

fondurilor structurale și de coeziune, PND reprezintă documentul pe baza căruia se elaborează Cadrul Strategic Național de Referință 2007-2013 (CSNR), reprezentând strategia convenită cu Comisia Europeană pentru utilizarea instrumentelor structurale.

În ceea ce privește Strategia PND, având în vedere obiectivul global de reducere a decalajelor de dezvoltare față de UE și pornind de la o analiză cuprinzătoare a situației socio-economice actuale, au fost stabilite șase priorități naționale de dezvoltare, ce grupează în interior o multitudine de domenii și sub-domenii prioritare:

- Creșterea competitivității economice și dezvoltarea economiei bazate pe cunoaștere;
- Dezvoltarea și modernizarea infrastructurii de transport;
- Protejarea și îmbunătățirea calității mediului ;
- Dezvoltarea resurselor umane, promovarea ocupării și a incluziunii sociale și întărirea capacității administrative ;
- Dezvoltarea economiei rurale și creșterea productivității în sectorul agricol;
- Diminuarea disparităților de dezvoltare între regiunile țării.

Implementarea acestor priorități se realizează prin intervenția concertată a mai multor surse publice de finanțare: bugetul de stat, bugetele locale, fonduri europene, surse atrase (împrumuturi interne și externe). Contribuția sectorului privat este, de asemenea, importantă în contextul necesității cofinanțării proiectelor adresate acestuia în mod direct.

În prezent, pe fondul scăderii natalității și reducerii populației cu vârste cuprinse între 0-14 ani, se înregistrează o tendință generală de scădere a populației feminine, scădere înregistrată în mediul rural, în mediul urban înregistrându-se de fapt o ușoară creștere. În ultimii ani, în România, interesul pentru egalitatea de șanse între femei și bărbați, îmbunătățirea condițiilor de muncă și de protecție socială a femeilor, precum și creșterea responsabilității

angajatorilor în acest domeniu s-a amplificat. Cadrul legal din România, prin actele normative în vigoare, asigură premisele promovării conceptului egalității de șanse dintre femei și bărbați.

În contextul unei economii globale, strategia de dezvoltare a României trebuie să pună accentul pe factorii catalizatori ai schimbării economice și sociale, în vederea promovării creșterii economice; în același timp, strategia trebuie să fie îndeajuns de flexibilă pentru a se putea adapta șocurilor și proceselor de schimbare, **populația vârstnică beneficiind de toată atenția.**

Servicii precum sănătatea vor fi dezvoltate în vederea asigurării unui acces egal și al promovării oportunităților atât la nivel individual, cât și la nivelul comunităților, în plan personal, social dar și economic. **În cadrul Priorității 1 a PND se va acorda o atenție specială promovării principiului egalității de șanse, nu numai pentru femei, ci și pentru alte categorii sociale dezavantajate, răspunzând astfel cerințelor formulate în Strategiile europene de creare de locuri de muncă și incluziune socială.**

Serviciile sociale, componentă a sistemului de protecție socială, reprezintă măsuri de sprijin țintite asupra unor nevoi strict individualizate, având drept rezultat soluționarea mai rapidă și cu mai mare eficiență a situațiilor de risc social. Situația actuală a sistemului de asistență socială se poate caracteriza printr-un cadru legislativ care vizează incluziunea socială și accesul la drepturile fundamentale, cum sunt: asistența socială, ocuparea, sănătatea, educația etc. Cu toate eforturile depuse, sistemul actual înregistrează o serie de aspecte vulnerabile care trebuie remediate, precum: dezvoltarea inegală, multiplicarea de structuri instituționale cu atribuții similare care generează confuzii și produc o fragmentare a sistemului; lipsa mijloacelor necesare populației vârstnice pentru a acoperi toate nevoile din domeniul asistenței și al serviciilor sociale; incapacitatea sistemului actual de servicii sociale de a rezolva nevoile persoanelor aflate în dificultate, existența unui număr redus de organizații neguvernamentale ca principali furnizori ai acestor servicii. **Slăbiciunea capacității administrative pune în pericol dezvoltarea socio-economică și prin aceasta, coeziunea.**

În ceea ce privește promovarea incluziunii sociale, investițiile trebuie să vizeze integrarea în educație și pe piața muncii a grupurilor vulnerabile și promovarea egalității de gen. Pentru dezvoltarea capacității administrative și a bunei guvernări trebuie avută în vedere dezvoltarea ciclului de politici publice (formulare și implementare) prin **întărirea capacității administrative la toate nivelurile, precum și dezvoltarea unei administrații locale descentralizate capabile să furnizeze servicii publice de calitate și eficiente.**

Șef birou analize și studii,

Alina Matei

Realizatori,

Daniela Garoschy

Simona Ghiță

BIBLIOGRAFIE

- Bogdan, Constantin, *Societatea și problemele îmbătrânirii populației*, Editura Junimea, 1990, Iași
- Bucur V., *Probleme actuale ale vârstei a treia*, Editura Eurostampa, 2001 Timișoara
- Crăciun, Abraham P., *Legislația în asistența socială*, Editura Național, 2000 București
- Cox, Raymond W., Buck, Susan J., Morgan, Betty N., 1996, *Public Administration in Theory and Practice*, Prentice Hall, New Jersey
- Delperee, Nicole, *Protecția drepturilor și libertăților persoanelor vârstnice*, Institutul Român pentru Drepturile Omului, 1995, București
- Demetrescu, Radu, *Drepturile omului la vârsta a treia* Institutul român pentru drepturile omului, Institutul Român pentru Drepturile Omului, 1994, București
- Goldiș, Vasile, *Asistența instituțională a bătrânilor în România*, Editura ALL, 1994, București
- Goian C., *Deprinderi în asistența socială*, Institutul European, 2004, Iași
- Goffman, E., *Stigma: Notes on Management of Spoiled Identity*, London, Penguin Books, 1963.
- Lamm R. P., *Sociology. A Brief Introduction*, New York, McGraw – Hill, 1994
- Merton, R., K., *Social Theory and Social Structure*, apud Schaefer R. T. și
- Mithaug Dennis .E., 1996, *Equal Opportunity Theory*, SAGE Publications, London
- Neamțu G. (coordonator), *Tratat de asistență socială*, Editura Polirom, 2003
- Prelici V., Barbat C., *Asistența socială în perspectiva integrării Europene: Identitate și procesualitate*, Editura Universitatea de Vest, 2007, Timișoara
- Rawls, John, 1971, *A Theory of Justice*, MA: Belknap, Cambridge

- Zamfir, E., și Zamfir, C., (coord.), Politici sociale. România în context european, București, Editura Alternative, 1995.
- “Calitatea Vieții”, anul XI, nr. 1-4, 2000, “Percepția socială asupra vârstnicilor *între obiectivitate și distorsiune. Studiu exploratoriu*” – Ana Bălașa
- “Calitatea Vieții”, anul XVI, nr. 3-4, 2005, “Îmbătrânirea populației: provocări și răspunsuri ale Europei” – Ana Bălașa

Resurse online

- <http://www.bmeia.gv.at/en/foreign-ministry/foreign-policy/eu-reform-treaty/european-constitution.html>
- http://www.left.ru/inter/2005/summers_euvote.phtml
- <http://international.sp.nl/bericht/23407/080220-european-parliament-votes-for-eu-constitution-sp-votes-against.html>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Treaty_establishing_a_Constitution_for_Europe
- http://www.ranknfile-ue.org/cat_tool.html
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Equality>
- <http://www.mie.ro/index.php?p=264&lang=en>
- <http://128.59.48.24/cu/ssw/faculty/famdem/garfinkeldoc.pdf>
- <http://ideas.repec.org/s/hhs/umnees.html>
- <http://idd.euro.ubbcluj.ro/interactiv/cursuri/ValentinNaumescu/concluzii.html>
- http://ec.europa.eu/information_society/events/ict_riga_2006/doc/declarati_n_riga.pdf
- <http://www.erudit.org/revue/RI/2004/v59/n2/009546ar.html>
- <http://www.jrf.org.uk/bookshop/details.asp?pubID=936>
- <http://www.adevarul.ro/index.php?section=articole&screen=index&rss=1&id=344057>
- https://bora.uib.no/bitstream/1956/2444/1/WP4-07_Linden.pdf
- <http://www.inforegio.ro>
- <http://www.espon.eu>
- <http://www.mdrt.ro>