

CONSILIUL NAȚIONAL AL PERSOANELOR VÂRSTNICE

**SĂRĂCIA ȘI STANDARDUL DE VIAȚĂ
AL PERSOANELOR VÂRSTNICE
DIN ROMÂNIA**

**aprilie
2010**

CUPRINS

Introducere.....	3
1. Istoric	5
1.1. Secolele XIX – XX – sărăcia rurală și explozia noului val de sărăcie urbană.....	5
1.2. Tranziția – o nouă explozie a sărăciei și excluziunii sociale.....	9
2. Configurația și conținutul sărăciei.....	11
2.1 Sărăcia - definire, tipologii.....	11
2.2. Pragurile de sărăcie.....	13
2.3. Sărăcia în statele membre ale Uniunii Europene.....	25
2.4. Sărăcia vârstnicilor în statele membre ale Uniunii Europene.....	30
2.5. Rata de sărăcie a persoanelor vârstnice din România	33
3. Factorii care determină riscul de sărăcie pentru persoanele vârstnice.....	35
3.1. Sistemul public de pensii – factor major de risc.....	37
3.2. Sistemul de sănătate - factor ce influențează sărăcia.....	41
3.3. Condițiile de viață - complex de factori de influență a sărăciei.....	45
3.3.1. Gradul de acoperire a cheltuielilor curente.....	45
3.3.2. Problemele sociale ale locuirii.....	46
3.3.3. Înzestrarea cu bunuri de folosință îndelungată.....	48
4. Programele de protecție socială pentru reducerea sărăciei.....	49
5. Strategia Națională Anti – Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale.....	54
6. Concluzii.....	56
7. Propuneri.....	59
Bibliografie.....	63

Introducere

La nivelul anului 2008, 17,0% dintre europeni (UE27) au fost în risc de sărăcie. În această ierarhie europeană, România ocupă penultimul loc, cu o rată a sărăciei de 23,0%, urmată de Letonia, 26,0%.

Nivelul scăzut de trai, cu care se confruntă circa o cincime (23,0% - anul 2008) din populația României, reprezintă o problemă de actualitate, între categoriile afectate de acest fenomen fiind **pensionarii**, agricultorii și persoanele fără loc de muncă. În acest context, protecția socială trebuie să reprezinte un element stabilizator al cheltuielii publice. Măsurile adecvate pe piața muncii, pentru a facilita tranziția, pentru a evita șomajul pe termen lung și pentru a nu folosi pensionarea anticipată ca o măsură de reglare a pieței muncii implică și ajustarea alocațiilor atunci când este nevoie pentru a asigura sprijin adecvat beneficiarilor. Statele membre ale Uniunii Europene acționează deja pentru menținerea puterii de cumpărare a alocațiilor minime și a pensiilor de bază.

Multe dintre nevoile de suport, în special cele de asistență socială, comunitară, la domiciliu, îngrijirea bătrânilor bolnavi etc. au fost acoperite doar formal, prin măsuri legislative, fără acoperire în realitate, cu deosebire în mediul rural. Lipsa de acces a vârstnicilor la serviciile sociale sporește „șansele” acestora de a intra în categoria săracilor.

În orașe, un număr semnificativ de bătrâni trăiește în sărăcie extremă: bătrâni singuri, cu pensii mici sau fără, fără sprijin din partea copiilor sau fără copii, care pierd locuința prin înșelăciune sau prin acumulare de datorii. În rural, sărăcia extremă o întâlnim la bătrânii singuri, predominant femei, fără copii, care nu mai pot munci pământul și trăiesc din pensii de nivel extrem de redus (pensie CAP, pensie de urmaș).

Așadar, pensionarii agricultori sunt una dintre categoriile socio-profesionale care se confruntă cu un nivel de trai scăzut, în luna martie 2010, pensia medie a agricultorilor (308 lei) reprezentând doar 41,9% din pensia medie din sistemul asigurărilor sociale de stat (736 lei) .

În România, în luna martie 2010, un număr de **554.018 (10,0%)** pensionari de asigurări sociale de stat și agricultori s-au situat sub valoarea pragului sărăciei

absolute¹⁾ (247 lei), un număr de **1.147.599 (20,8%)** pensionari s-au situat sub valoarea pragului minim de subzistență²⁾(364 lei) , un număr de **1.933.619 (35,0%)** pensionari s-au situat sub valoarea pragului sărăciei relative (459 lei) și **2.119.610 (38,4%)** pensionari sub valoarea pragului minim de trai decent (489 lei). Astfel, pensionarii au reprezentat în 2008, un procent semnificativ în total populație (27,9%), iar pensionarii săraci au reprezentat 21,4% din rândul persoanelor sărace.

De aceea politicile sociale trebuie să se concentreze pentru găsirea de soluții de îmbunătățire a calității vieții persoanelor vârstnice și reducerea discrepanțelor în raport cu vârstnicii europeni din țările cu tradiție democratică.

2010 a fost declarat Anul european pentru combaterea sărăciei și excluziunii sociale, iar Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale (MMFPS) a fost desemnat Organism Național de Implementare care va avea ca responsabilitate organizarea implementării activităților asumate de România, din punct de vedere tehnic și al managementului financiar. Pentru anul 2010 au fost planificate o serie de activități ce au legătură cu această tema Anului european: campanii de informare, inițiative inovatoare, dezbateri, conferințe și concursuri ce evidențiază bunele practici în domeniul combaterii sărăciei și excluziunii sociale.

În România, lansarea oficială a Anului European 2010 a avut loc în data de 19 februarie 2010, la București, fiind prezenți aproximativ 200 de reprezentanți ai organizațiilor guvernamentale și neguvernamentale și ai grupurilor afectate de excluziune socială, iar închiderea va avea loc în data de 17 octombrie 2010.

Inițiativele și acțiunile europene și naționale care vor marca **Anul 2010** vor contribui la creșterea gradului de implicare a tuturor actorilor din sistem, inclusiv a cetățenilor, ceea ce va conduce la găsirea de noi soluții pentru inițierea și dezvoltarea de măsuri concrete și eficiente pentru combaterea sărăciei.

¹⁾ Pentru anul 2008, pragul sărăciei absolute a fost de 247 lei – prețuri ale lunii decembrie 2008 și pragul sărăciei relative a fost de 459 lei – lunii ianuarie 2008, cele mai recente date disponibile la data elaborării lucrării.

²⁾ Începând cu data de 1 aprilie 2009, prin OUG nr.6/2009, a fost instituită pensia socială minim garantată, în valoare de 300 lei, iar de la data de 1 octombrie 2009, cuantumul acesteia a fost **majorat la 350 lei**, beneficiarii sistemului public de pensii cu domiciliul în România, a căror pensie se situa sub aceste cuanțumuri, au primit diferența de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

Capitolul I

Istoric

1.1. Secolele XIX – XX – sărăcia rurală și explozia noului val de sărăcie urbană

În secolul XIX, România era o țară predominant agrară, subdezvoltată în raport cu standardele europene. Era caracterizată mai ales printr-o sărăcie rurală datorată structurii proprietății și a unui sistem de exploatare semifeudal.

Prima jumătate a secolului XX a continuat procesul de dezvoltare modernă a României, început la mijlocul secolului XIX, diminuându-se decalajul care o despărțea de Europa Occidentală. Societatea românească era în continuare caracterizată prin predominarea ruralului, prezentând un nivel ridicat de sărăcie mai ales în această zonă.

Socialismul s-a axat pe un program de monitorizare rapidă a societății, centrat obsesiv pe industrie și urbanizare. A fost încurajată o deplasare masivă a populației de la agricultură la industrie, de la sat la oraș.

Astfel, orașele au cunoscut o dezvoltare rapidă, oferind condiții de locuit relativ modeste, dar superioare ruralului.

Investițiile în industrie și în dezvoltarea urbană au atins un punct de vârf la jumătatea anilor 70. Standardul de viață al populației a crescut rapid până în acel moment, mai ales la oraș și în sistemul industrial, satul fiind în continuare neglijat, dar într-o restrângere continuă.

De la jumătatea anilor 70, sistemul socialist intră într-o criză economică cronică, care se accentuează rapid după 1980. Investițiile industriale, proiectele iraționale s-au dovedit a fi ineficiente, suportul statului fiind vital pentru menținerea în funcție a unor zone tot mai largi din economie. În ciuda principiilor politice ale regimului, s-a produs o scădere substanțială a locurilor de muncă din industrie, în condițiile în care zona serviciilor a rămas cronic subdezvoltată. La oraș, mai ales în orașele mici și mijlocii, a crescut șomajul mascat. Populația de la sat a fost descurajată să se mai deplaseze spre industrie și spre oraș. Datorită scăderii oportunităților de la oraș începe să se

contureze o migrație inversă spre rural, limitată de lipsa locurilor de muncă. Încetinirea programului de industrializare cuplată cu criza economică generată de ineficiența economiei stopează și inversează sensul procesului de absorbție a sărăciei. Se prefigurează un nou val de sărăcie care lovește la început pe cei mai prost plasați: cei cu nivel scăzut de educație și lipsiți de calificare, provenind mai ales din segmentul de romi, tinerii din rural care nu-și mai găsesc loc de muncă, locuitorii orașelor mici care dispun de oportunități ocupaționale tot mai limitate. Diferențe considerabile în ceea ce privește nivelul de trai se înregistrează între cele două medii de rezidență (urban – rural), amploarea fenomenului sărăciei fiind mai mare în mediul rural.

Astfel, principalele probleme, defalcate pe medii de rezidență, sunt sărăcia de consum din mediul rural și sărăcia extremă, multi-dimensională din mediul urban.

Sărăcia extremă este concentrată în mediul urban, la nivelul vârstnicilor, și este în strânsă relație cu fenomenul persoanelor fără locuință, cu schimbările de pe piața muncii (șomaj), cu ieșirea din viața activă (pensionarea) și cu formele de dezorganizare socială.

În mediul rural, problema principală o constituie sărăcia de tip tradițional, asociată cu nivelul redus de modernizare și cu viața economică dominată de agricultură. În afara acestor doi factori, mediul rural este dezavantajat și în ceea ce privește infrastructura fizică, utilitățile publice, condițiile de locuit și accesul la serviciile sociale fundamentale și distribuirea neechilibrată a resurselor administrative și bugetare, care constituie o altă cauză majoră a sărăciei rurale. Toate aceste aspecte influențează negativ calitatea vieții persoanelor vârstnice.

Alături de sărăcie, în perioada de tranziție au apărut o serie de fenomene de dezagregare socială, caracterizate prin cronicizarea șomajului și apariția fenomenului de dependență socială, degradarea condițiilor de locuit și a accesului la bunurile durabile.

Factorii cei mai importanți asociați riscului de sărăcie sunt cei legați de dinamica pieței muncii, accesul la educație, starea generală de sănătate a populației și calitatea condițiilor de locuit.

În ceea ce privește ocuparea, dinamica pieței muncii se caracterizează prin creșterea ponderii populației inactive, scăderea ratei de ocupare, creșterea ocupării în sectorul informal și a șomajului mascat.

În România se înregistrează încă valori ridicate ale unor indicatori, precum mortalitatea infantilă și incidența TBC, deoarece există anumite categorii de populație, în special în mediul rural, care nu au acces la serviciile de sănătate.

În domeniul locuirii, probleme sociale grave sunt generate de calitatea scăzută a condițiilor de locuit, de creșterea costului utilităților publice, lipsa locuințelor sociale etc.

Sărăcia persoanelor vârstnice poate fi analizată din perspectiva dihotomiei urban-rural, prezentând principalele caracteristici ale sărăciei în cele două medii de rezidență și accentuând tipurile, dimensiunile și factorii sărăciei în funcție de acest criteriu. De asemenea, din analiza cadrului legislativ în domeniul asistenței și protecției sociale și a funcționării instituțiilor cu atribuții în acest domeniu, rezultă efectele strategiilor anti-sărăcie asupra grupurilor sociale afectate de acest fenomen.

Problemele principale sunt sărăcia de consum din mediul rural și sărăcia extremă, multi-dimensională din mediul urban. Astfel:

- Dacă din perspectiva consumului, sărăcia rurală este principala problemă a sărăciei în România, din perspectiva „noii sărăcii”, profunde, cronice, multi-dimensionale, aceasta o reprezintă sărăcia urbană.
- Dacă sărăcia de consum este în descreștere ca urmare a creșterii economice, „noua sărăcie” este în plin proces de dezvoltare ca urmare a creșterii inegalității și a slăbirii coeziunii sociale.
- Dacă sărăcia de consum afectează milioane de cetățeni, „noua sărăcie” este specifică pentru câteva sute de mii de locuitori din mediul urban, afectați de această formă de sărăcie.
- Analiza riscului de sărăcie arată că, atât pentru sărăcia de consum, cât și pentru sărăcia extremă multi-dimensională, principalii factori determinanți îi constituie **ocuparea și educația**. În afara acestor doi factori, mediul rural este dezavantajat și în ceea ce privește *infrastructura fizică, utilitățile publice, condițiile de locuit și accesul la serviciile sociale fundamentale*, ceea ce a condus în ultimii ani la o adâncire a diferențelor dintre cele două medii de rezidență. La schimbările

structurale din ultimii ani se adaugă și *distribuirea neechilibrată a resurselor administrative și bugetare*, care constituie o altă cauză majoră a sărăciei rurale.

Sărăcia de consum și sărăcia comunitară predomină mediul rural, dar este *concentrată teritorial*:

- Mediul rural este înalt diferențiat;
- Satele mici, periferice în cadrul comunei, izolate (departe de orașe, de un drum european, de capitala de județ) sunt considerabil mai sărace decât satele mari, centru administrativ de comună, mai ales dacă se află în vecinătatea unui oraș sau drum european;
- În satele mari dezvoltate sunt în proces de formare zone de concentrare a gospodăriilor în sărăcie și anume zonele cu romi și zonele cu *venetici*

Sărăcia de consum și sărăcia comunitară au dimensiuni reduse în mediul urban, dar orașele mici, cu cel mult 30 mii locuitori, mai ales cele în declin, sunt considerabil mai sărace decât celelalte orașe și chiar decât unele comune mari și dezvoltate

Sărăcia extremă definită multi-dimensional și asociată cu excluziunea socială este specifică mediului urban. În toate tipurile de orașe sunt în proces de dezvoltare zone intra-urbane sărace, caracterizate de sărăcie comunitară mai accentuată decât cea rurală și de sărăcie extremă a gospodăriilor rezidente.

Discrepanța majoră dintre mediul rural și mediul urban cu privire la majoritatea aspectelor menționate constituie una dintre concluziile principale, care se regăsesc în cele mai multe analize. Totuși, mediul de rezidență reprezintă de obicei numai una dintre multele dimensiuni sau unul dintre factorii influenți ai sărăciei din România, fără să existe un studiu sistematic al diferențelor / asemănărilor dintre sărăcia urbană și sărăcia rurală.

1.2. Tranziția – o nouă explozie a sărăciei și excluziunii sociale

La începutul tranziției, economia românească se caracteriza prin:

- distorsiuni structurale majore, cu sectoare artificial dezvoltate, dominată de complexe industriale rigide, care au aglomerat disproporționat populația în anumite centre economice;
- largi zone rurale cu infrastructură slab dezvoltată și populație îmbătrânită;
- populație al cărui consum a fost sacrificat de-a lungul a peste zece ani pentru a compensa criza cronicizată a economiei.

Perioada de tranziție de după 1989 a generat un **val accentuat de sărăcie**, factorul cel mai important fiind căderea economiei datorită configurației ei iraționale și a strategiei politice de restructurare și privatizare.

Deci se poate vorbi despre o explozie a sărăciei, desfășurată în toate direcțiile:

- **un proces de sărăcie a majorității populației**, produs atât prin erodarea veniturilor și prin degradarea acumulărilor (în mod special a stocului locativ), dar și prin creșterea aspirațiilor de consum datorită contactului cu piața mondială și cu societățile occidentale;
- **extinderea sărăciei severe** - un segment important al colectivității se confruntă cu o sărăcie severă. Tot mai multe persoane sunt victime ale reșezării prețurilor și crizelor din diferite zone ale producției și consumului. Astfel, aceste persoane înregistrează un deficit permanent de consum, reușind cu greu și cu sacrificii să facă față nevoilor zilnice. Stocul de bunuri acumulate se erodează, deficitul sever de venituri nepermițând înnoirea sau reabilitarea lui. În mod special, nevoia de reparații a locuinței generează cel mai adesea situații grave de criză. Exemplul cel mai elocvent este dificultatea cu care o mare masă a populației urbane se confruntă datorită creșterii rapide a costului utilităților publice: termoficare, apă, gaze naturale, electricitate. Chiar și parțial compensate pentru cei mai săraci, ele produc un stres economic considerabil, împingând pe mulți în situație de criză. Șocul cel mai puternic este resimțit de cei cu venituri ceva mai ridicate decât nivelul de compensare, și care sunt obligați în lunile de iarnă să plătească mai mult din veniturile lor lunare pentru acoperirea acestor costuri. Astfel, aceste

familii acumulează datorii, mai ales la întreținere, și, în cele mai multe cazuri, își pierd locuința.

- **sărăcia extremă** a cunoscut o explozie gravă. Pe lângă situațiile cu impact emoțional un număr mare de persoane și îndeosebi vârstnice se află în situații critice, cum ar fi: datorii acumulate la întreținere, cu reduceri severe ale alimentației, în imposibilitatea de îngrijire medicală minimală în caz de nevoie etc.
- **excluziunea socială** este procesul cu efecte sociale negative, datorită paralizării capacităților de redresare. Sărăcia extremă generează, prin permanentizare și reproducere la nivelul tinerei generații, excluziune socială.

Așadar, **după 1990 sărăcia cunoaște o nouă explozie.**

Trei factori au contribuit la această explozie a sărăciei în România și au afectat partea mai săracă a societății, multe familii fiind împinse în sărăcie, iar cei mai săraci devenind și mai săraci:

- **erodarea puterii de cumpărare a mării majorități a veniturilor:** salarii și pensii.
- **creșterea rapidă a diferențierii veniturilor:** veniturile salariale scăzute s-au erodat într-un ritm mult mai rapid decât cele medii; diferențele de venituri dintre familii s-au lărgit.
- **scăderea transferului social:** protecția socială s-a diminuat atât din punctul de vedere al sprijinului economic, cât și al serviciilor sociale oferite.

Sărăcia și excluziunea socială în România sunt un produs al crizei profunde a proiectului socialist și al erorilor de strategie a tranziției, responsabilă de căderea economiei și de deficitul de politică socială pentru compensare.

Configurația și conținutul sărăciei

2.1. Sărăcia - definire, tipologii

Sărăcia reprezintă lipsa sau insuficiența resurselor necesare unei vieți sociale normale, așa cum este ea definită de standardele societății.

Se evidențiază mai multe **tipuri de sărăcie** și anume:

- **Sărăcia relativă** - presupune un standard de viață în parametrii decenței, dar care, raportat la aspirațiile colective de viață, creează disconfort, frustrare. În societățile bogate, ea nu este asociată neapărat cu lipsa mijloacelor minime de viață (hrană, îmbrăcăminte, locuință), deși implică cel mai adesea o hrană inadecvată pentru o viață sănătoasă, îmbrăcăminte insuficientă, locuință insatisfăcătoare. Ea indică mai degrabă lipsa resurselor necesare participării normale și demne la viața colectivității.
- **Sărăcia absolută** - reprezintă inexistența unor condiții minime de viață (hrană, îmbrăcăminte, locuință) necesare supraviețurii în condițiile societății. Acest tip de sărăcie nu înseamnă înfometare, ci condiții elementare de viață insuficiente și lipsa resurselor pentru participarea la viața socială. Sărăcia absolută înseamnă marginalizare și în mod special excludere socială.
- **Sărăcia severă** - presupune un nivel al resurselor care oferă condiții accentuat modeste de viață, pline de lipsuri și restricții, care împiedică o funcționare socială normală, dar care nu blochează nici efortul de a ieși din sărăcie și nici redresarea în situația în care resursele revin la normal.
- **Sărăcia extremă** - presupune o lipsă gravă a resurselor financiare încât condițiile de viață ale respectivei persoane sunt absolut inacceptabile pentru o societate civilizată. Acest tip de sărăcie alterează grav demnitatea ființei umane, producând degradări rapide și greu reversibile ale capacităților de funcționare socială normală. Sărăcia extremă tinde să se fixeze cronic în marginalizarea și excluderea socială, șansele de ieșire din situația de sărăcie devenind

nesemnificative. Sărăcia extremă se referă la lipsa resurselor de satisfacere a nevoilor absolut elementare, necesare pentru trai: hrană, adăpost, îmbrăcăminte. Pe termen lung, această lipsă duce la o deteriorare serioasă a capacităților fizice, psihologice și sociale ale persoanei. Avem de-a face cu persoane care suferă de foame, trăiesc în condiții mizere (neîncălzite, fără lumină, fără apă, din cauza datoriilor acumulate la întreținere), fiind parțial izolate social.

- În România se poate vorbi și de o **sărăcie comunitară** ca fiind sărăcia ce se extinde de-a lungul unor largi teritorii. Zonele de sărăcie comunitară concentrează cu mare probabilitate o pondere importantă a populației sărace din mediul rural, fiind situate preponderent la mare distanță față de orașe și având acces redus la oportunitățile oferite de acestea – locuri de muncă, licee și spitale, piață de desfacere a produselor agricole. Sărăcia comunitară are un caracter periferic – cele mai multe aglomerări de comune sărace sunt localizate la granițele țării și la marginea județelor sau a orașelor .

Excluziunea socială reprezintă plasarea unei persoane în afara formelor normale de viață socială, ca rezultat al unor deprivări multiple, cu șanse reduse de reinsertie într-o viață socială normală. Rezultat al discriminărilor, lipsei de oportunități, cumulării de privațiuni, degradării sau nedevoltării capacităților de funcționare socială normală sau al unui stil de viață individual sau colectiv de marginalizare.

Marginalizarea socială este un termen folosit în principal cu același conținut ca și excluziunea socială, referindu-se la poziția unor persoane/grupuri în afara (la „marginea”) vieții sociale, ”normale” a comunității.

Incluziunea socială reprezintă procesul de reinsertie în formele de viață normale, într-o funcționare socială normală a persoanelor aflate în situație de excluziune/marginalizare socială sau cu risc de marginalizare, prin dezvoltarea capacităților și asigurarea de oportunități.

Așadar, sărăcia apare atunci când resursele abia ajung unui trai la limita sau sub limita minimului necesar, fiind percepută pe fondul general al căderii economice, tranziția fiind considerată generatoarea unui proces de sărăcie de masă.

2.2. Pragurile de sărăcie

Pragurile de sărăcie permit identificarea **incidenței sărăciei** (cine este sărac și câți săraci există în colectivitate) și a **gradului de sărăcie**.

Pragul de sărăcie reprezintă venitul considerat ca strict necesar unei persoane sau unei familii pentru a-și putea procura bunurile și serviciile de consum de care are absolută nevoie. Pragul de sărăcie se bazează pe o componentă alimentară și o componentă de bunuri nealimentare și servicii esențiale.

O persoană este considerată a fi extrem de săracă în cazul în care consumul pe un echivalent adult se situează sub pragul de **sărăcie severă (40,0%** din cheltuielile medii de consum) și este considerată a fi săracă în cazul în care consumul pe un echivalent adult se situează sub pragul de **sărăcie (60,0%** din cheltuielile medii de consum).

Pragul sărăciei severe, pragul sărăciei, utilizate de Banca Mondială - pentru anul 2008 și **pragul de subzistență, pragul minim decent** utilizate de Institutul de Cercetare a Calității Vieții - în prețurile lunii martie 2010, sunt prezentate în tabelul următor:

Tabelul nr.1

Pragul sărăciei extreme/severe utilizat de Banca Mondială	Pragul sărăciei utilizat de Banca Mondială	Pragul de subzistență (sărăcie severă) calculat de ICCV	Pragul minim decent (sărăcie) calculat de ICCV
1,25 USD/pers./zi	2,00 USD/pers./zi	a) În urban 3,8 USD/pers./zi b) În rural 3,1 USD/pers./zi	a) În urban 5,1 USD/pers./zi b) În rural 4,1 USD/pers./zi

Potrivit datelor comunicate de Institutul de Cercetare a Calității Vieții, în martie 2010, o persoană dintr-o familie de pensionari din **urban** ar fi avut nevoie de 3,8 USD/zi și nu doar de 1,3 USD/zi pentru a supraviețui la nivel de subzistență (sărăcie severă) sau de 5,1 USD/zi și nu doar de 2,0 USD/zi pentru a trăi la nivelul minimului decent (pragul sărăciei). Pentru o persoană dintr-o familie de pensionari din rural, valorile pentru pragul de subzistență sunt de 3,1 USD/zi și pentru pragul minim decent de 4,1 USD/zi.

Minimul de trai este un concept de natură economică și socială care stă la baza măsurării sărăciei, fiind format din elementele materiale, culturale, educaționale, de sănătate etc. necesare unei persoane.

- a) **Minimul** corespunzător unui **nivel de trai decent** poate se definește, în cazul unei familii de pensionari, ca fiind necesarul de resurse pentru **consumul curent** (alimente, îmbrăcăminte, încălțăminte, medicamente, întreținerea locuinței, servicii), la care se adaugă cheltuielile necesare pentru **educație și cultură** care favorizează afirmarea și socializarea persoanelor, stimulează componenta de **statut social** care le permite dezvoltarea și participarea la progresul social. Din cercetările în domeniu realizate în România începând cu anul 1994 și până în prezent, aprecierile persoanelor (cap de gospodărie) au constituit reperul cel mai important în stabilirea cheltuielilor referitoare la îmbrăcăminte/încălțăminte, igienă personală, întreținerea locuinței și dotarea acesteia, care au fost aplicate la stabilirea normelor de consum. La produsele alimentare și celelalte grupe de servicii s-au folosit inițial prețurile de pe piața liberă, (respectiv tarifele unice de consum), care au fost ulterior inflatate lunar, pe categorii, folosind indicii prețurilor de consum publicați de Institutul Național de Statistică.

Totodată, în calculul minimului de trai decent, metoda prevede un quantum de 10,0% din quantumul total al coșului de consum lunar pentru constituirea unui **fond de siguranță și economie**, în vederea acoperirii diverselor cheltuieli necesare în situații neprevăzute: boală, spitalizare, deces etc.

- b) **Minimul de subzistență** este inferior **minimului de trai decent** care nu mai cuprinde cheltuielile de informare, cultură și călătorii (transport). Obiectele de mobilier, dotarea locuinței cu aparatură casnică și electrocasnică, precum și o parte din garderoba personală se apreciază că există deja în gospodărie și s-a convenit să nu se efectueze noi cheltuieli cu acestea.

Minimul de subzistență prevede aspecte legate de supraviețuirea unei persoane, în condițiile unui ajutor public pe termen lung, în vederea reintegrării persoanei respective în societate. Este diferit de minimul decent tocmai prin

aceste elemente de dezvoltare și afirmare socială a unei persoane, care la supraviețuire nu sunt prevăzute.

Pentru măsurarea pragurilor de sărăcie și implicit a nivelului de bunăstare este utilizat **consumul gospodăriilor**.

În indicatorul de consum sunt incluse:

- cheltuielile alimentare, serviciile, cumpărările de bunuri nealimentare, precum și autoconsumul (consumul din producția proprie);
- valoarea de utilizare a principalelor bunuri durabile (frigider, autoturism, televizor etc.).

Așadar, cheltuielile de consum ale gospodăriilor cuprind consumul alimentar, nealimentar și serviciile utilizate de membrii gospodăriei în decursul unei luni, indiferent dacă produsele sau serviciile sunt cumpărate sau provin din producția proprie.

Pentru calcularea **minimului decent de viață și a minimului de subzistență** se cunosc două metodologii și anume cea promovată de Institutul de Cercetare a Calității Vieții și cea utilizată de Institutul Național de Statistică:

A. Metoda folosită de către Institutul de Cercetare a Calității Vieții, este *de tip analitic*, având la bază informațiile preluate de la un eșantion de persoane vârstnice investigate.

Denumită în termeni de specialitate **metoda normativă**, aceasta stabilește cantumuri valorice, ce nu depind de nivelurile de consum înregistrate la un moment dat, ci se bazează pe norme stabilite în studii de specialitate care privesc dezvoltarea și manifestarea persoanei, atât în viața de zi cu zi în spațiul familial, cât și în afara lui, în societate. Ea prezintă:

- **rigurozitate și obiectivitate** folosind în calcul normele de consum stabilite de specialiști (sociologi, economiști, nutriționiști), fără să folosească sondaje efectuate într-o anumită perioadă sau aprecieri comparative cu o perioadă anterioară;
- **transparență** în cunoașterea detaliată a elementelor de ordin material, cultural, educațional și de sănătate.

Metoda normativă acoperă toate cheltuielile privind consumul de bunuri și servicii necesare persoanei și familiei sale, acasă și în societate. Acestea sunt grupate în componente, după cum urmează:

▼ **Consumul alimentar** are la bază normele de consum stabilite de specialiștii nutriționiști de la Institutul de Igienă și Sănătate Publică din București.

În cazul familiei de pensionari s-a apreciat consumul primului pensionar, bărbat, cap de gospodarie ca fiind 0,8 din consumul adultului, bărbat, activ, iar pentru a doua persoană vârstnică pensionară, femeie, s-a apreciat tot 0,8 din consumul femeii active. Calculul consumului alimentar, pe componente și pe total se face separat pentru cei doi membri ai familiei, urmând a se însuma la final.

De asemenea, s-a optat pentru definirea minimului de trai al persoanei vârstnice ca fiind un consum alimentar de **2.700 calorii pe zi**, respectiv un minim stabilit de nutriționiști.

Principala grupă de produse alimentare este considerată **carnea și produsele din carne**. Cantitatea cea mai mare de carne consumată între porc, vită și pui a fost stabilită la carnea de porc, deoarece intră în obișnuințele de consum ale adulților din România, urmată de carnea de vită apreciată de nutriționiști ca fiind foarte sănătoasă pentru organism, iar ultima a fost stabilită carnea de pui, deoarece, pe de o parte, ea este o carne accesibilă ca preț pe piață, iar pe de altă parte constituie carnea cea mai recomandată de nutriționiști pentru a fi consumată de persoanele vârstnice.

O altă grupă importantă de produse alimentare o constituie **lactatele și derivatele din lapte**. Acestea s-au stabilit tot în funcție de preferințe și sănătate pentru organism, respectiv telemea de oaie, telemea de vacă și iaurt (un derivat absolut necesar vârstnicilor) și untul într-o cantitate mai mică, substituit fiind de consumul de margarină care face parte tot din grupa grăsimilor.

De asemenea, la grupa **grăsimi** a fost ales uleiul de floarea soarelui necesar în prepararea zilnică a mâncării gătite, ca și **legumele** ce vin să întregescă necesarul de componente nutritive pentru organism.

La grupa de **legume** au fost alese: ceapa, morcovul, usturoiul și pătrunjelul deoarece pot fi folosite la toate felurile de mâncare și sunt accesibile pe piață în toate

anotimpurile, regăsindu-se în culturile tuturor zonelor geografice, de la câmpie până la zonele mai înalte de deal sau podiș.

Principala opțiune în necesarul alimentar de legume o constituie cartoful consumat în cantități mari, care se regăsește în toate tipurile de culturi, de șes și de deal, podiș, în sud ca și în nord, în vestul ca și în estul țării.

De asemenea, fasolea este o legumă des folosită în alimentație și iarna, ca și vara, uscată sau verde, în funcție de anotimp și merele din categoria fructelor care au aria de răspândire cea mai largă și pot fi procurate în toate anotimpurile.

Au mai fost luate în calcul în categoria alimentelor, **zahărul și dulciurile**, iar în cantitate redusă, **cafeaua**, intrată în obișnuințele și preferințele de consum ale persoanelor vârstnice.

O analiză aparte a fost efectuată la evaluarea produselor din autoconsum în mediul rural.

Dintre produsele care, în mediul urban sunt cumpărate, iar în mediul rural sunt asigurate și consumate în cadrul gospodăriei, s-au considerat:

- **lactatele** (laptele de vacă, telemea de oaie și telemea de vacă, iaurtul, untul);
 - **carnea și produsele din carne** (carnea de porc, vită și pui, untura care provine de la animalele crescute în propriile gospodării);
 - **ouăle** provenite de la păsările crescute în gospodărie;
 - **legumele**, cum ar fi: morcovul, ceapa, usturoiul, verdeața, cartoful, fasolea verde și uscată, acestea fiind cultivate pe parcursul întregului an.
- ✓ **Cheltuielile cu îmbrăcămintea și încălțăminte** au avut în vedere, în primul rând, sexul persoanei și anotimpul. Acesta este și motivul detalierii produselor, în principiu, pentru barbatul inactiv–pensionar, femeia inactivă –pensionară, ținându-se seama de cele necesare în casă și în afara spațiului de locuit.
- ✓ **Locuința se consideră alcătuită dintr-o singură cameră** pentru familia de pensionari, atât din mediul urban, cât și din mediul rural. Celelalte cheltuieli legate de: locuință: mobilier, articolele electrice și de uz gospodăresc, articolele tehnico-sanitare și de igienă, articolele textile pentru uz casnic, veselă, tacâmurile, articolele de menaj, alte produse de uz gospodăresc, se stabilesc separat pe medii

de rezidență. Cheltuielile legate de serviciile de igiena personală, serviciile de reparare și întreținere a obiectelor de îmbrăcăminte și încălțăminte se stabilesc separat pentru barbatul inactiv–pensionar și separat pentru femeia inactivă – pensionară, cu domiciliul în mediul urban și respectiv în mediul rural.

- ✓ **Cheltuielile cu locuința** se stabilesc pe baza cotelor lunare de întreținere de la locuințele cu o singură cameră (garsonieră). Aceste cote lunare de plată a întreținerii se preiau de la administrația blocurilor de tip vilă (2 scări, 4 etaje), de la blocurile cu 8 sau 10 etaje și de la blocurile cu 4 etaje și mai multe scări.
- ✓ **Transportul are în vedere 2 călătorii cu reducere**, echivalentul unei călătorii cu trenul, pentru familia de pensionari din mediile urban și rural, atunci când se deplasează, o dată pe an, în vacanță de agrement sau la tratament.
- ✓ **Articolele de papetărie privesc**, în special, **cerințele pentru un minim necesar**.
- ✓ La categoria de cheltuieli pentru **medicamente se rețin numai cele strict necesare pentru trusa de prim ajutor** și nu cele pentru asigurarea unui tratament îndelungat de întreținere, anume de urmat, pornindu - se de la premisa unei îmbătrâniri sănătoase și nu cazurile de tratare a bolilor cronice pe perioade îndelungate de timp.

Conținutul **trusei medicale**, din locuința persoanei vârstnice este următorul:

- Analgezice și antiinflamatoare (algoalmin, antinevralgic, aspirină, si o piramidon, paracetamol)
- Alcool medicinal
- Fașă
- Furazolidon
- Leucoplast
- Flacon cu vitmine+întăritoare
- Siropuri pentru tuse
- Antibiotice (ampicilină)
- Rivanol

*

*

*

Metoda prezentată de Institutul de Cercetare a Calității Vieții pentru stabilirea celor 2 minime de trai, nu evidențiază în mod real cheltuielile strict

necesare care cad în sarcina persoanelor vârstnice, introducând ipoteze simplificat de calcul în ceea ce privește:

- cheltuielile cu îmbrăcăminte și încălțăminte;
- transportul – care nu îl include decât cel pe calea ferată;
- medicamentele calculate numai pentru trusa de prim ajutor - în condițiile în care 25,3% din persoanele de 65 - 74 ani și 20,9% din persoanele de 75 ani și peste declară că suferă de cel puțin o boală cronică³⁾ - care necesită cheltuieli lunare cu medicamentele de întreținere și analizele medicale;
- nu se are în vedere existența unor cheltuieli neprevăzute;
- cheltuielile de întreținere a locuinței - nu sunt diferențiate pe sisteme de încălzire a locuinței (termoficare, gaze, combustibil lichid, lemne și cărbuni, electricitate);
- spațiul de locuit este limitat la o singură cameră.

Considerăm extrem de deficitar faptul că nu se are în vedere în mod distinct determinarea cheltuielilor medii pentru locuință pe tipuri de încălzire, respectiv încălzirea în sistem centralizat (termoficare), cu gaze, cu combustibil lichid, cu lemne și cărbuni, cu energie electrică sau în sisteme individuale mixte, a căror cheltuieli în perioada sezonului rece sunt mari și foarte diferite și afectează direct nivelul veniturilor rămase pentru acoperirea celorlalte categorii de cheltuieli.

Totodată, în mod practic, remarcăm că 52,2% din gospodăriile de pensionari sunt situate în locații cu trei sau mai multe camere, iar restul de 47,8% în locații cu 1-2 camere, ceea ce majorează semnificativ cheltuielile de întreținere.

De asemenea, în calculul minimului de trai decent, metoda normativă prevede o sumă numai de 10,0% din cuantumul total al coșului de consum lunar pentru constituirea unui fond de siguranță și economie, în vederea acoperirii diverselor cheltuieli pentru situații neprevăzute: boală, spitalizare, deces etc. Această sumă este extrem de mică față de costurile excesiv de mari practicate în prezent de către furnizorii acestor servicii.

³⁾ Date culese din lucrarea “Condițiile de viață ale populației din România în anul 2008”

În concluzie, normativele din această metodă apreciem că sunt subdimensionate și nu pot asigura în mod real un nivel decent de trai persoanelor vârstnice.

Din elementele furnizate de **Institutul de Cercetare a Calității Vieții**, rezultă următoarea situație, pentru minimul de trai decent și pentru minimul de subzistență, pentru pensionarul singur și pentru familia de 2 pensionari, pe medii de rezidență, la nivelul lunii **martie 2010** :

Tabelul nr.2
lei/lună

		Pensionarul singur	Familia din 2 pensionari
Urban	Decent	489	930
	Subzistență	364	691
Rural	Decent	388	738
	Subzistență	295	561

Având în vedere majorările prețurilor și faptul că în luna **martie 2010**, **1.147.599 (20,80%)** pensionari de asigurări sociale de stat și agricultori au avut pensii sub **364 lei (valoarea nivelului minim de subzistență)** și **2.119.610 pensionari (38,40%)** sub **489 lei (valoarea nivelului minim de trai decent)**, este necesar să se intervină cu noi măsuri pentru majorarea veniturilor acestei categorii de populație.

B. Institutului Național de Statistică a fundamentat pentru luna octombrie 2000, primul coș minim de consum lunar, care a fost publicat ca structură și valoare în OUG nr.217/2000. Construcția acestui coș minim și evaluarea lui s-au bazat, în principal, pe informațiile privind consumul efectiv al populației, colectate prin „Ancheta Integrată în Gospodăria”⁴⁾, cercetare multifuncțională realizată de Institutul Național de Statistică

⁴⁾ **Ancheta Integrată în Gospodăria** asigură informațiile necesare pentru evaluarea veniturilor, cheltuielilor și consumului populației. Ancheta s-a realizat pe un eșantion de gospodăria, din mediul urban și rural, selectate în mod aleator din toate județele țării și din Municipiul București.

Sunt cuprinse în cercetare gospodăria din toate categoriile socio-economice: salariați, patroni, lucrători pe cont propriu în agricultură, membri ai asociațiilor agricole, lucrători pe cont propriu în activități neagricole, membri ai cooperativelor neagricole, șomeri, pensionari, alte categorii. Apartenența gospodăriei la una din aceste categorii socio-economice se stabilește pe baza statutului ocupațional principal declarat al capului gospodăriei.

Pentru colectarea informațiilor s-au folosit 2 tipuri de formulare: chestionarul anchetei și jurnalul gospodăriei. Perioada pentru care s-au înregistrat datele în chestionarul anchetei și în jurnalul gospodăriei (**perioada de referință**) este luna calendaristică (de la prima la ultima zi a lunii). **Perioada de înregistrare** a informațiilor în chestionare este perioada ianuarie-decembrie.

(I.N.S.), precum și pe alte date relevante pentru dimensionarea corectă a necesităților de consum.

Pentru constituirea coșului minim de consum lunar s-au avut în vedere datele privind consumul efectiv și cheltuielile gospodăriilor situate în zona pragului de sărăcie relativă, stabilit la nivelul a 60,0% din cheltuielile medii de consum realizate de ansamblul gospodăriilor. Corespunzător acestui prag, calculele de fundamentare a coșului s-au bazat pe datele referitoare la consumul și cheltuielile (detaliat pe clase de produse) a 20,0% din totalul gospodăriilor cercetate și anume a celor situate în a treia și a patra decilă⁵⁾ (D3 și D4) a distribuției gospodăriilor după nivelul venitului total pe persoană. Gospodăriile din D3 au un venit mediu de 1,61 față de D1 și gospodăriile din D4 au un venit mediu de 1,84 față de D1.

Primul coș minim de consum lunar (calculat pentru o gospodărie de mărime medie de 2,804 persoane) a fost determinat pe baza următoarelor elemente:

PRODUSE ALIMENTARE

- necesarul mediu zilnic de 2.760 calorii pe o persoană, recomandat de nutriționiști, repartizat conform structurii consumului alimentar mediu lunar al gospodăriilor din decilele D3 și D4 (din **calcul**, rezultă în medie pentru decilele D3 și D4, 2.400 calorii), a fost transformat în unități fizice, la care s-a aplicat

Ancheta Integrată în Gospodării s-a organizat ca o cercetare continuă pe o perioadă de 12 luni consecutive, pe un eșantion de 36.072 locuințe, repartizat în subeșantioane lunare independente de câte 3.006 locuințe.

Estimările corespunzătoare întregii populații se calculează prin extinderea rezultatelor anchetei pe baza ponderilor atribuite tuturor gospodăriilor din eșantion, care au răspuns la anchetă. Calculul coeficienților de extindere presupune parcurgerea următoarelor etape:

- calculul ponderilor de bază;
- ajustarea non-răspunsurilor;
- redresarea eșantionului și determinarea coeficienților de extindere.

⁵⁾ Gospodăriile incluse în eșantion sunt distribuite pe **decile (D1÷D10)** pe baza venitului total pe o persoană, deflatat cu indicele prețurilor de consum cu baza luna ianuarie a anului respectiv. Fiecare decilă cuprinde aproximativ 10,0% din numărul total de gospodării.

Analiza nivelului mediu al veniturilor pe decile ale distribuției gospodăriilor după nivelul veniturilor ce revin pe o gospodărie evidențiază un decalaj de 1:4,9 între veniturile medii pe o gospodărie din **prima decilă** (D1) (care cuprinde gospodăriile cu cele mai mici venituri *per capita*) și veniturile medii pe o gospodărie din **ultima decilă** (D10). Raportul dintre veniturile ce revin în medie pe o persoană din gospodăriile care formează prima și ultima decilă este de 1:8,1.

valoarea prețurilor din luna octombrie 2000, obținându-se valoarea corespunzătoare.

UNELE SERVICII

- consumul mediu unitar lunar de utilități (energie electrică, termică, gaze naturale, telefon și transport de călători) ce revine pe un locuitor conform normelor de consum și pe baza balanței energetice, este multiplicat cu prețurile/tarifele unice pe țară stabilite prin acte normative sau note de negociere, obținându-se consumul valoric.

PRODUSE NEALIMENTARE + SERVICII

- media cheltuielilor lunare efectuate de gospodăriile din decilele D3 și D4 pentru elementele consumului de produse nealimentare și pentru celelalte servicii.

Evaluarea coșului minim de consum lunar s-a realizat în raport cu trei componente și anume:

- ✓ Prima categorie este formată din **produsele alimentare și serviciile** pentru care au fost determinate și **cantitățile aferente consumului minim**. Sunt 34 de produse alimentare și 5 tipuri de servicii care reprezintă 87,0%, respectiv 58,1% din media cheltuielilor efectuate de gospodăriile din decilele D3 și D4 pentru produse alimentare, respectiv servicii.
- ✓ A doua categorie este formată din câteva grupe de **bunuri nealimentare și servicii** de mare importanță în consumul gospodăriilor care au fost cuprinse în coș cu **cheltuielile minime aferente** (confecții, tricotaje, încălțăminte, cărți și rechizite școlare, medicamente, articole de igienă, apă, canal, salubritate, abonament RTV, servicii medicale, impozite și taxe). Nivelul acestor cheltuieli reprezintă 66,5%, respectiv 29,0% din media cheltuielilor efectuate de gospodăriile din decilele D3 și D4 pentru produse nealimentare, respectiv servicii.
- ✓ A treia categorie include **toate celelalte bunuri și servicii** care compun consumul efectiv al gospodăriilor din decilele D3 și D4, **care nu sunt nominalizate în primele 2 categorii**, dar sunt cuprinse **global** în coșul minim,

cu sume reprezentând totalul cheltuielilor efectuate de gospodăriile din decilele D3 și D4 pentru aceste elemente, repartizate distinct pe trei clase: produse alimentare, produse nealimentare, servicii. Cheltuielile aferente acestei categorii reprezintă 13,0% din cheltuielile efectuate de gospodăriile din decilele D3 și D4 pentru consumul alimentar, 33,5% din cheltuielile efectuate de aceste gospodării pentru bunurile nealimentare și 12,9% din cheltuielile pentru servicii.

Coșul minim de consum lunar astfel stabilit și structurat s-a **reevaluat trimestrial (ultima lună din trimestru)**, până în trimestrul II al anului 2003, în următorul mod: prețurile (valorile) aferente componentelor care formează primele 2 categorii s-au inflatat prin multiplicare cu **indicii de creștere a prețurilor la produse și grupe de produse și servicii, calculați și publicați lunar de către Institutul Național de Statistică**.

În cazul celei de-a treia categorii, (**alte produse**) sumele aferente s-au calculat prin aplicarea unor coeficienți la valorile rezultate prin însumarea componentelor nominalizate și anume: **0,150** pentru produsele alimentare, **0,504** pentru bunurile nealimentare și **0,148** pentru servicii. Coeficienți au fost determinați, pentru fiecare grupă, când a fost construit primul coș, calculând **ponderea celei de-a treia categorii de componente nenominalizate a coșului, alte produse**, în total produse nominalizate.

În urma cerințelor de date, Institutul Național de Statistică calculează valoarea **coșului mediu efectiv de consum lunar, separat, pentru persoana vârstnică singură și persoana vârstnică din familie, pe medii de rezidență**, respectând metodologia generală de calcul a coșului minim de consum lunar și selectând din datele Anchetei Integrate în Gospodării - pentru luna de referință solicitată, **consumurile medii înregistrate de gospodăriile de pensionari**.

Coșul mediu efectiv de consum lunar, la nivelul lunii **ianuarie 2010**, comunicat de Institutul Național de Statistică pentru pensionarul singur, respectiv pentru pensionarul care face parte din familia de 2 pensionari, defalcat pe principalele categorii de produse și servicii, se prezintă astfel :

Tabelul nr.3

**Coșul mediu efectiv de consum lunar pentru pensionarul singur
lei/persoană**

	Produse alimentare	Produse nealimentare	Servicii	Total
Media pe țară	197,0	60,2	112,9	370,1
Urban	194,7	54,8	198,5	448,0
Rural	198,8	64,9	39,4	303,1

Tabelul nr.4

**Coșul mediu efectiv de consum lunar pentru pensionarul din familia de 2 pensionari
lei/persoană**

	Produse alimentare	Produse nealimentare	Servicii	Total
Media pe țară	166,2	59,8	94,7	320,7
Urban	170,5	60,5	167,0	398,0
Rural	164,8	58,5	41,5	264,8

Metoda se aplică în prezent numai la solicitare expresă, fără să se ia în considerație specificitatea nevoilor reale ale persoanelor vârstnice în calculul coșului minim de consum lunar pentru persoana vârstnică din familia de 2 pensionari și pentru persoana vârstnică singură.

*

* *

Metoda utilizată de Institutul Național de Statistică pentru stabilirea coșului minim de consum lunar are în vedere o situație trecută în care intervievații oferă informații fără a putea să-și acopere nevoile reale pentru un trai decent și prezintă următoarele aspecte deficitare:

- pentru obținerea consumului valoric de utilități (energie electrică, termică, gaze naturale), consumul mediu unitar ce revine pe persoană, conform normelor de consum și pe baza balanței energetice, se multiplică cu prețurile/tarifele unice pe țară stabilite prin acte normative sau note de negociere, fără a se face o diferențiere pe sezoane:cald/rece și pe tipuri de încălzire a locuinței, iar aceste norme în cazul mediului rural sunt subdimensionate.

- subdimensionarea consumului de medicamente în mediul rural (aproximativ 1/3 din consumul din mediul urban), în condițiile în care procentul persoanelor vârstnice ce declară că suferă de cel puțin o boală cronică este superior în mediul rural față de urban, respectiv 26,9% față de 24,0% la grupa de vârstă 65-74 ani și 25,2% față de 17,2% grupa de vârstă 75 ani și peste⁶⁾.
- subdimensionarea consumului de produse nealimentare în special la grupele: confecții, tricotaje și încălțăminte.
- calculul coșului mediu efectiv de consum lunar se bazează pe datele Anchetei Integrate în Gospodării - pentru luna de referință solicitată și **nu reflectă nevoile reale minime de consum** ale acestei categorii de populație, ci doar **cât s-a consumat efectiv, în medie, de către gospodăriile de pensionari aflate în jurul pragului de sărăcie relativă (60,0% în consumul mediu total al acestei categorii).**

Metoda se aplică în prezent numai la solicitare expresă, fără să se ia în considerație specificitatea nevoilor reale ale persoanelor vârstnice în calculul coșului minim de consum lunar pentru persoana vârstnică din familia de 2 pensionari și pentru persoana vârstnică singură.

Fără îndoială că se justifică evaluarea unui coș de consum care să acopere nevoile reale ale persoanei vârstnice.

2.3. Sărăcia în statele membre ale Uniunii Europene

Cetățenii din țările nordice și vestice, precum Danemarca, Olanda, Suedia, Luxemburg, Finlanda și Belgia, sunt cei care se confruntă în cea mai mică măsură cu dificultăți economice în achitarea facturilor și plata ratelor de credit. Peste 50,0% dintre subiecții din aceste țări au răspuns că „reușim să facem față fără nici un fel de dificultăți”.

De la nord spre sud și de la vest la estul Europei, proporția celor care menționează mari dificultăți în achitarea facturilor și creditelor crește. Astfel, *România se poziționează pe al doilea loc între țările membre ale Uniunii Europene, ca raportare a*

⁶⁾ Date culese din lucrarea “Condițiile de viață ale populației din România în anul 2008”

dificultăților financiare. Doar 8,0% dintre respondenții români au apreciat că „Reușim să facem față fără nici un fel de dificultăți”, iar 44,0% au indicat că „reușesc să facă față, dar cu eforturi”. Dintre subiecții din România, 35,0% apreciază că duc o luptă permanentă pentru a face față cheltuielilor pentru achitarea facturilor și creditelor, în timp ce 6,0% spun „că au rămas în urmă cu unele facturi și rate”, iar 5,0% că întâmpină mari dificultăți economice.

Numai în Bulgaria, evaluarea veniturilor în raport cu cheltuielile pentru plata facturilor și creditelor este mai deficitară decât în România, 10,0% dintre respondenții bulgari raportând că „Avem mari probleme financiare și am rămas în urmă cu multe facturi și rate de credit”, iar 16,0% dintre aceștia spun că „Am rămas în urmă cu câteva facturi și rate de credit”. Doar 4,0% dintre subiecții din Bulgaria consideră că „Reușim să facem față fără nici un fel de dificultăți”.

Atitudinea cetățenilor în ceea ce privește cauzele sărăciei sau excluziunii sociale reprezintă elemente esențiale ale suportului pentru politicile sociale menite să promoveze incluziunea socială. De aceea, în cadrul Eurobarometrului 67.1 (2007) au fost investigate opiniile și percepțiile europenilor în ceea ce privește sărăcia și excluziunea socială în propriile lor comunități.

Jumătate dintre cetățenii celor 27 de state ale Uniunii Europene consideră că sărăcia are cauze sociale, 37,0% dintre europeni apreciază in justiția din societate ca fiind cauza sărăciei, iar 13,0% cred că sărăcia este „o parte inevitabilă a progresului” (TNS Opinion & Social, 2007: 34). 42,0% dintre cetățenii statelor membre, menționează sărăcia ca urmare a in justiției din societate.

Cauzele percepute ale sărăciei variază destul de mult în statele europene. In justiția din societate, ca și cauză a sărăciei, a fost cel mai puțin menționată în Danemarca (17,0%) și Cehia (21,0%), și cel mai mult în Bulgaria (59,0%), Ungaria (56,0%) și în România (47,0%). Sărăcia ca „parte inevitabilă a progresului” a fost identificată în cea mai mare măsură de suedezi (29,0%), belgieni, ciprioți și estonieni (21,0%), iar cel mai puțin de către portughezi (7,0%) și spanioli (8,0%).

În ceea ce privește *cauzele personale asociate sărăciei*, lituanienii (39,0%), letonii (35,0%) și maltezii (36,0%) apreciază în cea mai mare măsură că sărăcia se datorează „lenei și lipsei de voință”. Bulgarii (10,0%) și suedezi (11,0%) sunt cei care

asociază cel mai puțin sărăcia acestei cauze personale. „Lipsa norocului” este menționată cel mai mult de danezi (42,0%), italieni (26,0%) și irlandezi (26,0%), iar cel mai puțin de către bulgari (11,0%), polonezi (12,0%), români (13,0%), unguri (13,0%) și letoni (13,0%).

„Percepțiile cetățenilor în ceea ce privește cauzele sărăciei sunt influențate de propria situație economică”(TNS Opinion & Social, 2007: 28). Cu cât o persoană întâmpină mai mari dificultăți economice, cu atât este mai probabil ca această persoană să considere sărăcia un rezultat al in justiției sociale și mai puțin probabil ca rezultat al lenei sau lipsei de voință (TNS Opinion & Social, 2007: 28–29).

Perceperea cauzelor sărăciei variază, în funcție de caracteristicile socio-economice ale indivizilor, cât și între statele europene, ca rezultat al situațiilor foarte diverse din punct de vedere social, economic și cultural în fiecare țară în parte.

Un alt indicator inclus în cercetarea Eurobarometrului 67.1 (2007) se referă la perceperea cauzelor excluziunii sociale. Subiecții cercetării au fost întrebați : Din următoarele motive, care sunt primele trei care pot explica cel mai bine de ce cetățenii sunt săraci sau excluși din societate? (maxim 3 răspunsuri).

Cel mai întâlnit motiv menționat este cel al șomajului de lungă durată (35,0%), fiind urmat de cel al insuficienței plății la locul de muncă (33,0%) și de nivelul beneficiilor sociale (30,0%).

În țările Uniunii Europene, capacitatea de a plăti la timp facturile de utilități este cel mai frecvent menționat element al unui standard decent de viață, apreciat ca fiind „absolut necesar”(70,0%).

În ceea ce îi privește pe cetățenii celor 27 de state europene, *ierarhia condițiilor de locuit* arată că necesitatea cea mai ridicată se referă la existența unei toalete cu apă curentă (69,0%), urmată de lipsa scurgerilor și umezelii (68,0%) și existența apei calde curente în locuință (67,0%). În cazul condițiilor de locuit, ierarhia necesităților este mult mai eterogenă în țările europene, dar majoritatea aspectelor incluse în cercetare au fost apreciate ca fiind necesare (absolut necesare și necesare) (TNS Opinion & Social, 2007: 60). Comparativ cu alte state ale Europei,românii apreciază într-o mai mare măsură necesitatea condițiilor de locuit.

În cazul celor 27 de țări din Uniunea Europeană, *ierarhia bunurilor necesare pentru un standard decent de viață* este destul de omogenă. Față de România, „mașina de spălat” ocupă cel de-al treilea loc, uneori împreună cu „aragazul”, după „un pat pentru fiecare membru din gospodărie” și „frigider”, în cele mai multe state ale Uniunii Europene (TNS Opinion & Social, 2007: 64).

Televizorul color a fost identificat cel mai mult ca fiind „absolut necesar” în Bulgaria (61,0%), Cipru (55,0%) și România (53,0%), și cel mai puțin în Olanda (5,0%), Spania și Franța (9,0%) (ibidem). O situație asemănătoare există și pentru „telefonul mobil”, cel mai mult fiind apreciat ca „absolut necesar” în România (35,0%), Letonia (38,0%), Bulgaria (34,0%) și Cipru (41,0%), în timp ce în Olanda, doar 5,0% din respondenți îl consideră ca „absolut necesar”.

Cetățenii majorității statelor europene au indicat ca având cea mai ridicată importanță *accesul la „îngrijire medicală”, posibilitatea de „a cumpăra medicamente” și accesul la echipamente medicale* (TNS Opinion & Social, 2007: 68). Ierarhia necesităților de bază este destul de omogenă în cele mai multe state. 77,0% dintre cetățeni au identificat ca „absolut necesar” accesul la „îngrijire medicală”, iar posibilitatea „de a cumpăra medicamente în caz de nevoie” și accesul „la echipamente medicale” au fost considerate „absolut necesare” de către 74,0% și respectiv 66,0% dintre aceștia.

Din punct de vedere al *cerințelor pentru „o viață bună”*, românii au făcut aceleași opțiuni ca majoritatea europenilor. „A avea o slujbă bună” este aspectul apreciat de majoritatea europenilor ca fiind cel mai important pentru „o viață bună”, 45,0% dintre cetățenii celor 27 de state ale Uniunii Europene optând pentru acest răspuns. În majoritatea statelor europene, ierarhia necesităților pentru „o viață bună” a fost următoarea: „a avea o slujbă bună”, „a avea o relație bună cu partenerul” și „a avea o educație bună”. Așadar, elementele menționate de români sunt aceleași ca și cele menționate de majoritatea europenilor, dar relația cu partenerul pare a fi mai puțin importantă pentru români.

Considerarea faptului de „a avea o slujbă bună” ca fiind cel mai important aspect al unei „vieți bune” este strâns relaționat cu dimensiunea economică a condițiilor de viață. În raportul *Poverty and Social Exclusion* (TNS Opinion & Social, 2007) s-a

evidențiat faptul că, la nivel de țară, există o legătură între nivelul sărăciei (măsurată fie obiectiv, fie subiectiv) și opțiunea populației pentru un loc de muncă, ca cel mai important aspect pentru o viață bună.

Cu cât nivelul sărăciei este mai ridicat, cu atât populația unei țări va alege locul de muncă ca element esențial al unei vieți bune. Rezultatele cercetării Eurobarometrului probează această relație, subiecții din România și Bulgaria alegând locul de muncă ca fiind cel mai important aspect pentru „o viață bună” (62,0% în ambele cazuri) dintre ceilalți cetățeni europeni. De asemenea, românii și bulgarii sunt europenii care raportează cele mai mari dificultăți economice, atât în cazul evaluării efortului economic pentru plata facturilor și creditelor, cât și atunci când se evaluează venitul gospodăriei cu cel considerat necesar pentru un standard de viață decent. 35,0% dintre români și 44,0% dintre bulgari au apreciat că „Reușim să facem față, dar este o luptă permanentă”, iar 5,0% dintre români și 10,0% dintre bulgari afirmă că „Avem mari probleme financiare și am rămas în urmă cu multe facturi și credite”.

Așadar, opțiunea pentru „o slujbă bună” este strâns legată de aspectul financiar al condițiilor de viață. Importanța acestui aspect scade de la est la vest și de la sud la nord în interiorul Europei.

Pentru țările nordice, Olanda, Suedia, Danemarca și Finlanda, „relația cu partenerul” a trecut în prim plan în ierarhia cerințelor pentru o viață bună, cetățenii acestor țări raportând dificultăți economice în cea mai mică măsură dintre ceilalți europeni. Dificultățile economice cu care se confruntă românii influențează și percepția lor în ceea ce privește cauzele sărăciei, aproape jumătate dintre români considerând că aceasta se datorează „injustiției din societate” (47,5%), în timp ce 9,9% dintre aceștia cred că sărăcia „este o parte inevitabilă a progresului”. Cauzele personale au fost invocate de 32,6% dintre respondenți, 20% apreciind sărăcia ca urmare „a lenei și a lipsei de voință”, iar 12,6% punând sărăcia pe seama „lipsei de noroc”.

În cazul României, 59,0% dintre subiecți cred că existența persoanelor sărace sau expuse la sărăcie se datorează faptului că ajutoarele sociale/pensiile nu sunt suficiente. Al doilea motiv identificat de către români, care ar putea explica existența sărăciei și a excluziunii sociale se referă la faptul că locul de muncă nu este suficient de

bine plătit (42,0%), iar următorul motiv se referă la șomajul de lungă durată (21,0%) (TNS Opinion & Social, 2007: 39).

2.4. Sărăcia vârstnicilor în statele membre ale Uniunii Europene

Sistemele de pensii în Uniunea Europeană furnizează un nivel înalt de securitate a veniturilor și autonomie financiară pentru multe din persoanele vârstnice. Totuși, cifrele arată că sărăcia pensionarilor este o realitate pentru mulți din cetățenii vârstnici ai Europei și deși riscul sărăciei în rândul acestei categorii variază considerabil de la o țară la alta, femeile sunt mai afectate ca bărbații. Reformele în desfășurare trebuie să se “descurce” cu această injustiție majoră și să asigure pensii corespunzătoare pentru toți.

Strategiile anti-sărăcie și promovarea incluziunii sociale vizează, prin obiectivele lor globale și populația vârstnică. Persoanele vârstnice cu un nivel redus al resurselor materiale sunt reprezentate în special de: femei, persoane care locuiesc singure (divorțate, văduve, separate), persoane cu o stare de sănătate precară sau persoane care locuiesc în condiții improprii.

Persoanele vârstnice sărace au o abilitate de consum redusă (ne referim la bunuri “normale” și servicii), este puțin probabil să dețină bunuri acumulate sub forma: unei case (proprietate personală), economii, surse private de venit sau o pensie privată, este puțin probabil să fie angajați într-o ocupație plătită și au nivele reduse de resurse sociale.

Indicatorii de incluziune socială trebuie să identifice esența problemelor și să aibă o interpretare normativ acceptată. În al doilea rând aceștia trebuie să fie robuști și valizi din punct de vedere statistic, cu alte cuvinte să nu fluctueze din cauza unor fenomene irelevante pentru scopul pentru care au fost creați. Un alt criteriu important a fost stabilitatea și posibilitatea de a fi reactualizați periodic, în vederea evidențierii efectelor diferitelor politici sociale. Și nu în ultimul rând, indicatorii de incluziune socială trebuie să asigure comparabilitatea între statele membre. **Unul dintre indicatorii importanți ai acestui sistem de comensurare a incluziunii sociale este rata sărăciei.**

Oficiul de statistică al UE, Eurostat, a ales ca metodă de măsurare a sărăciei metoda relativă, în principal pe baza a două considerente și anume: scopul major al UE nu constă în asigurarea fiecărui cetățean a unui nivel minim de trai, ci în realizarea situației în care toți cetățenii Europei să beneficieze de un nivel de prosperitate înalt care depinde în foarte mare măsură de nivelul dezvoltării economice și sociale a fiecărui stat. Cel de-al doilea considerent a fost faptul că este deosebit de greu de definit un « nivel minim standard de viață » care să fie unanim acceptat, în condițiile existenței încă a unor decalaje importante între gradele de dezvoltare ale statelor din Uniunea Europeană.

În acest context, descrierea sărăciei relative, în care sărac este considerat acel individ ale cărui resurse, în principal monetare, nu îi permit atingerea unui nivel de bunăstare realizat de întreaga populație din țara respectivă, se poate obține utilizând nu un singur indicator, ci un set de indicatori, fiecare aducând un plus de informație asupra dimensiunii, incidenței, profilului și gravității fenomenului sărăciei din fiecare țară, făcând posibilă totodată și comparația internațională.

Potrivit acestei metode de estimare se determină persoanele ale căror resurse sunt mai mici comparativ cu restul populației, ceea ce nu înseamnă că resursele acestor persoane nu le permit acoperirea unui nivel minim de trai. Din acest motiv, la nivelul UE indicatorii privind sărăcia relativă sunt intitulati **“indicatori ai riscului de sărăcie”**.

În cazul abordării relative a sărăciei se folosește o metodă care ia în considerare dimensiunea monetară a fenomenului sărăciei și care este agreată de Eurostat, fiind utilizată în toate țările comunitare.

Indicatorul de bunăstare adoptat este venitul (total sau bănesc) disponibil, reprezentat de venitul ce rămâne la dispoziția gospodăriilor după ce s-au dedus din venitul brut transferurile publice și private obligatorii.

Principial, metoda relativă este destul de simplă, ușor accesibilă utilizatorilor de date și constă în identificarea persoanelor ale căror venituri sunt mai mici decât un prag de sărăcie stabilit ca o fracțiune (de obicei 60,0%) din nivelul median al unei distribuții a populației după indicatorul de bunăstare. Sunt considerate **sărace** acele persoane care se situează sub nivelul general de dezvoltare al societății la un moment dat.

Sub rezerva modului de calcul al pragului sărăciei relative 60,0% din nivelul median al unei distribuții a populației după nivelul venitului disponibil – care nu semnifică un nivel minim de trai general acceptat în toate statele și depinde de nivelul de dezvoltare a fiecărei societăți, cei mai săraci vârstnici (65 ani și peste) au fost în anul 2008 în : Letonia(51,0%), Cipru(49,0%), Estonia(39,0%), Bulgaria(34,0%) Marea Britanie(30,0%) și cei mai puțin săraci în: Olanda(10,0%), Slovacia(10,0%), Cehia(7,0%), Luxemburg (5,0%), Ungaria(4,0%).

În multe țări UE, femeile și bărbații în vârstă de 65 ani și peste sunt mai expuși riscului de sărăcie decât alte categorii de vârstă, ceea ce semnifică că în multe cazuri, pensiile sunt semnificativ mai mici decât veniturile celor aflați în vârstă de muncă (salariații), în principal deoarece acestea din urmă nu au ținut pasul cu creșterile salariale.

În 2008, la nivelul UE27, rata totală de sărăcie a persoanelor vârstnice a fost de 19,0%, proporția femeilor vârstnice aflate în risc de sărăcie a fost de 22,0%, iar a bărbaților de 16,0%. Aceste procente au variat semnificativ de la o țară la alta. Astfel, pentru femei, procentul a variat de la 54,0% Cipru, 54,0% Letonia, 46,0% Estonia, 39,0% Bulgaria, 36,0% Lituania, 33,0% Marea Britanie, 30,0% Spania până la 13,0% Slovacia, 12,0% Franța, 10,0% Cehia, 9,0% Olanda, 6,0% Luxemburg, 5,0% Ungaria. Pentru bărbați, procentul a variat de la 45,0% Letonia, 43,0% Cipru, 28,0% Marea Britanie, 27,0% Bulgaria, 25,0% Estonia și Spania, 24,0% Malta și 21,0% Grecia până la 10,0% Suedia , 9,0% Polonia, 5,0% Luxemburg, 4,0% Slovacia, 3,0% Cehia și Ungaria. Așa cum se observă, fenomenul sărăciei este mai amplu în rândul femeilor vârstnice decât al bărbaților vârstnici.

În ceea ce privește diferența pe sexe (feminin-masculin) la acest procent, un loc fruntaș îl ocupă Estonia 21,0%, Lituania 19,0%, Slovenia 16,0%, Bulgaria și Finlanda 12,0% , Cipru și Suedia 11,0%, Letonia 9,0%. Diferența este de 1,0% în Olanda, iar în Malta procentul bărbaților vârstnici în risc de sărăcie îl depășește pe cel al femeilor vârstnice cu 4,0%.

Din analizele făcute în mediile științifice și în cadrul organismelor oficiale se poate aprecia că starea actuală a sistemelor de sprijinire a populației vârstnice se caracterizează prin disfuncțiuni accentuate, datorită, în principal, faptului că politicile

sociale care le-au promovat nu au prevăzut și mecanismele necesare de susținere și de adaptare la schimbări.

2.5. Rata de sărăcie a persoanelor vârstnice din România

Rata sărăciei absolute a fost în rândul pensionarilor de 3,0% în 2008 și a sărăciei relative de 12,8%.

În calitate de stat membru al UE, România a aplicat metodologia de estimare a sărăciei recomandată de Eurostat (metoda relativă), în paralel cu dezvoltarea unui sistem național care se bazează însă pe metoda absolută de estimare a sărăciei.

Majoritatea indicatorilor sunt calculați pe baza veniturilor disponibile, inclusiv consumul din resurse proprii al gospodăriilor.

La dificultățile apărute pe plan european și mondial legate de protecția socială, în general, și a persoanelor vârstnice, în particular, în cazul României s-au adăugat probleme suplimentare legate de perioada de tranziție economică, de insuficiențele cadrului legislativ și ale celui instituțional.

Pensionarii au reprezentat în 2008, un procent semnificativ în total populație (27,9%), iar pensionarii săraci, 21,4% din rândul persoanelor sărace. Femeile vârstnice dețin în total un procent mai mare decât bărbații vârstnici (30,8% față de 24,7%), dar și un procent semnificativ mai mare în total persoane sărace față de bărbați (25,3% față de 17,1%)(tabelul nr.5).

Tabelul nr.5

Număr persoane și număr persoane sărace și procentul pensionarilor în acestea în anul 2008

Categorie	Mii persoane⁷⁾	Procent pensionari⁸⁾, pe categorii:
Total persoane	21.504,4	27,9
Total persoane sărace	3.912,7	21,4
Total bărbați	10.477,6	24,7
Total bărbați săraci	1.907,8	17,1
Total femei	11.026,8	30,8
Total femei sărace	2.004,9	25,3

⁷⁾ Datele privind numărul total de persoane (sexe) sunt la data de 1 iulie 2008, iar datele privind numărul total de persoane sărace (sexe), au fost preluate din lucrarea "Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, 2008"

⁸⁾ Procentele privind pensionarii pe categorii au fost culese din lucrarea "Dimensiuni ale incluziunii sociale în România, 2008", aceste procente rezultând pe baza datelor extinse, referitoare la gospodăriile de pensionari, preluate din Ancheta Bugetelor de Familie (ABF)

Atât rata sărăciei persoanelor vârstnice, cât și a pensionarilor a fost în creștere în perioada 2005 – 2007, cu precădere la sexul feminin (tabelul nr.6 și tabelul nr.7).

Tabelul nr.6

Rata sărăciei (%) pe grupe de vârstă

Anul	Sub 16 ani	16-24 ani	25-49 ani	50-64 ani	65 ani plus
2005	24,9	22,2	16,3	13,2	17,2
2006	25,4	21,2	16,5	14,5	18,7
2007	24,7	20,5	16,5	14,9	19,4
2008	25,9	20,9	16,9	13,5	16,2

Tabelul nr.7

Rata sărăciei (%) pensionarilor, pe sexe

2005			2006			2007			2008		
Total	Masculin	Feminin	Total	Masculin	Feminin	Total	Masculin	Feminin	Total	Masculin	Feminin
14,2	11,9	15,9	15,1	12,8	16,9	15,7	13,2	17,6	12,8	13,8	11,4

Segmentul populației sărace din cadrul populației vârstnice s-a conturat pe fondul procesului de sărăcire a majorității populației. Conform cercetărilor sociale, familiile de pensionari prezintă o rată intermediară de sărăcie, dar mai redusă decât media. De regulă, vârstnicii (pensionarii) nu sunt printre beneficiarii creșterii economice. Cheltuielile curente, în special cele pentru utilități, tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice. Ajutoarele sociale sunt erodate mai rapid decât veniturile salariale. Pensia medie a pierdut mereu mai multe puncte procentuale față de salariul mediu, ceea ce a condus la un proces de sărăcire mai accentuat și o polarizare între persoanele active economic și cele dependente de ajutorul social.

Capitolul III

Factorii care determină riscul de sărăcie pentru persoanele vârstnice

Factorii cei mai importanți asociați riscului de sărăcie sunt cei legați de:

- **tipul de pensie de care beneficiază capul gospodăriei** este un determinant important pentru gospodăriile de pensionari: probabilitatea de a fi săraci crește în cazul celor care primesc pensii din agricultură, de boală sau de urmaș, în comparație cu cei care beneficiază de pensii de asigurări sociale de stat;
- probabilitatea de a fi sărace este mai mare pentru **gospodăriile de pensionari din mediul rural decât pentru cele din mediul urban**;
- **structura demografică a gospodăriei**: gospodăriile mai numeroase sunt mai expuse riscului de sărăcie;
- **existența unor salariați în gospodărie sau a unui cap al gospodăriei de sex masculin** reduc vulnerabilitatea la sărăcie;
- **educația capului gospodăriei** are un puternic impact asupra nivelului de sărăcie: este mai probabil ca cei fără școală sau cu un nivel redus de educație să fie săraci, comparativ cu cei care dispun de un nivel de școlarizare mai ridicat;
- **copiii și tinerii** reprezintă categoriile de vârstă cu rata cea mai ridicată de sărăcie – un număr mare de copii mărește riscul unei familii de a intra în sărăcie;
- **famiile monoparentale** prezintă un grad ridicat de vulnerabilitate;
- gospodăriile în care capul de familie este **șomer și familiile de agricultori** prezintă un grad de vulnerabilitate foarte ridicat;
- dintre toate grupurile etnice, **romii** prezintă o vulnerabilitate extremă la sărăcie.

Modelele cauzale ale sărăciei din România, testate empiric, demonstrează că, dintr-un complex de factori testați (factori demografici, de ocupare, de venituri și cheltuieli, de locuire, patrimoniu și proprietăți, de educație și sănătate, de rețele sociale

și factori comunitari), **ocuparea și educația** reprezintă factorii determinanți cei mai puternici.

Cu cât o gospodărie are mai mulți membri ocupați, cu atât riscul ei de a cădea în sărăcie este mai redus. De asemenea, cu cât mai educați sunt adulții dintr-o gospodărie, cu atât mai mic este riscul de a fi în sărăcie. Rezultatul este valabil atât pentru sărăcia de consum, cât și pentru sărăcia extremă multi-dimensională.

Paradigma calității vieții „este centrată pe oameni, cu nevoile și așteptările lor de viață și pe modul în care oamenii își apropie condițiile necesare afirmării în societate” (Mărginean, 2004). Paradigma pune accentul pe ceea ce cred cetățenii despre viața lor, pe evaluările, percepțiile și stările lor de satisfacție. De aceea, din perspectiva calității vieții, măsurile de îmbunătățire a condițiilor de viață ar trebui să aibă ca punct de plecare ceea ce consideră cetățenii necesar pentru o „viață bună” sau pentru „un standard decent de viață”.

Definirea elementelor necesare pentru a avea o „viață bună” sau „un standard decent de viață” este determinată atât de caracteristici personale, cât și de caracteristici colective. Experiența de viață, condițiile de viață, nivelul de aspirații, sistemul de valori sociale sunt caracteristici ale indivizilor, care contribuie la stabilirea cerințelor pentru a avea „o viață bună” sau un „standard decent de viață”.

Modul în care cetățenii își definesc aceste cerințe este influențat și de standardele promovate de societate. Cunoașterea elementelor identificate de populație ca fiind necesare pentru a duce o viață de calitate și de a avea un standard decent de viață este importantă din cel puțin două motive. Primul este cel privind formularea politicilor sociale pentru îmbunătățirea condițiilor de viață pornind chiar de la nevoile identificate de cetățeni. „Pentru realizarea unor politici sociale cu scopul de a îmbunătăți condițiile de viață este necesar să cunoaștem ceea ce gândesc oamenii că este esențial pentru a avea o viață bună, o viață împlinită” (Delhey, 2004). Al doilea motiv este acela că identificarea cerințelor pentru o „viață bună” sau pentru „un standard decent de viață” contribuie la modul în care cetățenii își evaluează și percep diferite aspecte ale vieții, ca și la nivelul de satisfacție față de viață sau față de diferite domenii ale vieții. „Propriile definiții ale oamenilor asupra circumstanțelor în care trăiesc, devin

importante, deoarece furnizează informații asupra situațiilor obiective, dar și asupra valorilor, așteptărilor, aspirațiilor și dorințelor” (Mărginean și alții, 2006).

Ceea ce cred cetățenii că reprezintă un „standard decent de viață” este un element esențial atunci când sunt evaluate condițiile de viață și sunt exprimate stările de satisfacție sau insatisfacție față de diferitele domenii ale calității vieții.

3.1. Sistemul public de pensii – factor major de risc

În ultimii ani, poziția financiară a sistemului public de pensii s-a deteriorat. Principalul factor al acestei evoluții a fost diminuarea substanțială a numărului contribuabililor, complementar cu **creșterea rapidă a numărului pensionarilor, prin abuzul pe pensionări anticipate.**

În perioada 1990-2010, numărul total al pensionarilor a crescut cu peste 50,0%, iar pensionarii de asigurări sociale de stat aproape s-a dublat (tabelul nr.8), generând, alături de alte cauze (scăderea numărului de contribuabili) o povară suplimentară pentru sistemul pensii, aflat în dificultatea acordării de pensii care să asigure un nivel corespunzător de înlocuire a veniturilor din perioada activă .

Tabelul nr.8

Nr.crt		1990	1995	2000	2005	Dec 2009	Martie 2010⁹⁾
1	Pensionari de asigurări sociale de stat	2.570,0	3.600,0	4.359,0	4.610,6	4.742,2	4765,8
2	Pensionari agricultori	1.007,0	1.587,0	1.751,0	1291,8	772,0	755,7
3	Total (1+2)	3.577,0	5.187,0	6.110,0	5.902,4	5.514,2	5.521,5
4	Diferența față de 1990 (număr)	X	1.610,0	2.533,0	2.325,4	1.937,2	1.944,5
5	Creșterea față de 1990 (%)	X	45,0	70,8	65,0	54,2	54,4
6	Procentul număr de pensionari în total¹⁰⁾	15,4	22,9	27,2	27,3	25,7	25,7

⁹⁾ În calculul procentul numărului de pensionari în total pentru luna martie 2010, s-a considerat populația totală a României de la 1 iulie 2009

¹⁰⁾ În perioada 2005-2010, procentul numărului de pensionari în total populație a scăzut pe seama reducerii numărului de pensionari agricultori , în principal prin deces.

Condițiile nefavorabile ale pieței, creșterea șomajului și concedierile din întreprinderi au motivat o **creștere puternică a cererilor pentru pensionarea atât înainte de limita de vârstă, cât și pe caz de boală**. Cererea pentru pensionarea timpurie a fost încurajată și de penalitățile extrem de scăzute impuse asupra pensionării anterioare limitei de vârstă.

Așadar, România are cei mai tineri pensionari din Europa. Lipsa stimulentei de a rămâne pe piața muncii plus facilitățile de pensionare anticipată din ultimii zece ani au distrus echilibrul bugetului de asigurări sociale de stat. În plus s-a ajuns la o inegalitate între generații, dificil de acceptat de către pensionarii mai vechi, care s-a remediat în anul 2005 prin procesul de recalculare a pensiilor.

În sistemul asigurărilor sociale de stat și agricultori, în luna martie 2010, **numărul pensionarilor a ajuns la 5.521.510 persoane**. Dintre aceștia din cauza numeroaselor decese, numărul pensionarilor agricultori a scăzut continuu ajungând în luna martie 2010 la 755.688 pensionari față de 767.917 pensionari la începutul anului, totuși creșterea numărului de pensionari a fost menținută prin noile intrări în sistemul asigurărilor sociale de stat.

Pensia medie de asigurări sociale de stat a fost, în luna martie 2010, de 736 lei RON, iar pe categorii de pensii valoarea medie a pensiei a fost de:

- limită de vârstă stagiu complet de cotizare	– 1.017lei;
- limită de vârstă stagiu incomplet de cotizare	– 620 lei;
- anticipată	– 979 lei;
- anticipată parțială	– 695 lei;
- invaliditate	– 556 lei;
- urmaș	– 364 lei.

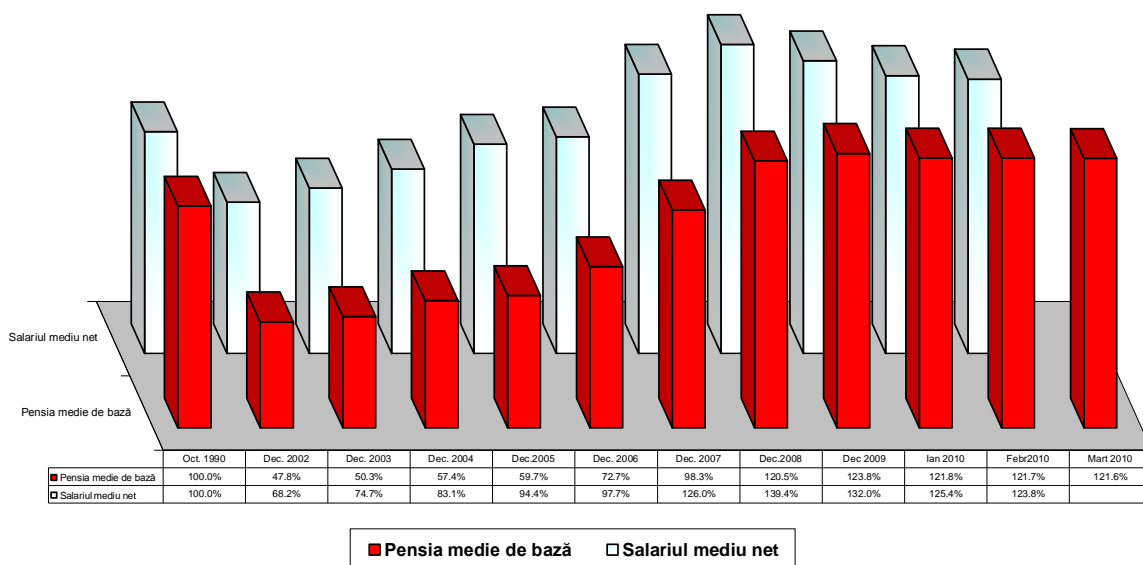
Dar, ceea ce îngrijorează în mod deosebit, pe lângă faptul că numărul pensionarilor este mai mare decât numărul contribuabililor, este că în pofida majorărilor aplicate asupra valorii punctului de pensie în cursul anului 2009 și a introducerii pensiei minime garantate (conform O.U.G. nr. 6/2009), **nivelul pensiilor rămâne neacoperitor în raport cu evoluția prețurilor la bunuri, servicii și utilități pe care pensionarii trebuie să le suporte**.

Puterea de cumpărare a pensiei medii de bază în cuantum de 735 lei a reprezentat 98,33% în luna februarie 2010 față de puterea de cumpărare a salariului mediu net .

În luna februarie 2010 s-au înregistrat următoarele ponderi:

- a) pensia medie de asigurări sociale de stat/salariul mediu brut a fost de 37,9%;
- b) pensia medie pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare /salariul mediu brut a fost de 52,4%;
- c) pensia medie de asigurări sociale de stat/salariul mediu net a fost de 52,1%;
- d) pensia medie pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare /salariul mediu net a fost de 72,0%.

Evoluția puterii de cumpărare a pensiei medii de bază și a salariului mediu net față de luna octombrie 1990



În timp ce salariul mediu net pe țară în luna februarie 2010 a crescut de 4.286,2 ori, iar salariul mediu brut de 4.791,3 ori comparativ cu luna octombrie 1990, **pensiile au înregistrat o creștere mai mică comparativ cu aceeași perioadă**, după cum urmează:

- pensia medie de asigurări sociale de stat – de 4.214,5 ori.
- pensia medie pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare – de 4.396,4 ori.

În luna martie 2010 un număr de **686.907(14,41%)** pensionari de asigurări sociale de stat s-au situat sub valoarea pragului minim de subzistență (364 lei) și **1.376.896 (28,89%)** pensionari sub valoarea pragului minim de trai decent (489 lei).

În **trimestrul III 2009**, venitul total mediu lunar al unei gospodării a fost de 2.268,0 lei, iar pentru gospodăria de pensionari, a fost de 1.822,3 lei, reprezentând 80,3% din acesta. Totalul cheltuielilor bănești de consum ale unei gospodării a fost de 1.274,4 lei, iar pentru gospodăria de pensionari a fost de 1.066,8 lei, reprezentând 83,7%.

Componența cheltuielilor bănești de consum ale gospodăriei de pensionari a fost formată în proporție de: 36,5% – pentru cumpărarea mărfurilor alimentare, 38,7% – pentru achiziționarea mărfurilor nealimentare și 24,8% – pentru plata serviciilor.

Faptul că pensiile continuă să aibă o putere de cumpărare scăzută este evidențiat și de:

- creșterea continuă a prețurilor pe parcursul anului 2010, la principalele **mărfuri alimentare**: legume și conserve de legume - 4,3%, fructe proaspete -2,4%, citrice și alte fructe meridionale -1,7%, ulei comestibil -1,4%, unt -1,2%, **mărfuri nealimentare**: combustibili - 5,3%, energie electrică - 4,2%, cărți, ziare, reviste - 3,9%, energie termică 2,5%, medicamente - 1,4% și la **servicii**: apă, canal, salubritate -1,7% și îngrijire medicală - 1,3% a solicitat un efort financiar suplimentar din partea pensionarilor.

3.2. Sistemul de sănătate - factor ce influențează sărăcia

Principalii indicatori ai stării de sănătate a populației exprimă o situație critică, România aflându-se la mulți dintre ei pe ultimele locuri din Europa:

- starea de sănătate afectată de cumularea de boli insuficient tratate și de condiții nesănătoase de viață;
- frecvența morții evitabile (înainte de 65 ani);
- frecvența ridicată a accidentelor, datorate neglijenței persoanei, deficitului de control asupra factorilor de risc: calitatea produselor, condițiile naturale și sociale de risc;
- neimplicarea medicului de familie în controlul preventiv al pacienților în localitățile din provincie și în zonele puțin accesibile;
- starea proastă a dentiției etc.

Starea de sănătate a populației României exprimă efectul combinat al unor factori , cum sunt:

- a) **Sărăcia**, prin lipsa resurselor financiare, generează alimentație deficitară, condiții mizere de locuit, lipsa de acces la condiții de igienă elementară, inclusiv la apă potabilă. Bolile produse direct de sărăcie sunt tuberculoza, anemiile, boli care au cunoscut o creștere explozivă în ultima perioadă.
- b) **Dezorganizarea socială** generează abandonul grijii față de propria sănătate și mai ales față de sănătatea copiilor, stiluri nesănătoase de viață, deficit de cultură și educație sanitară. Bolile generate de dezorganizarea socială și deficit de cultură a unei vieți sănătoase sunt bolile sexuale, bolile datorate lipsei de respectare a regulilor de igienă, alcoolism, tutun, accidente insuficient prevenite.
- c) **Deficit de acces la serviciile medicale**. Limitarea accesului la serviciile medicale poate fi generat de costurile economice directe sau corelate, care nu pot fi susținute de resursele financiare precare ale unui segment larg al populației. În mod special costul medicamentelor reprezintă o sursă importantă a deficitului de îngrijire medicală.
- d) **Deficitul serviciilor de prevenție și tratament amublatoriu**.

e) **Dispariția sistemului de îngrijire medicală bazat pe teritorialitate** a lăsat slab acoperite o serie de zone rurale, mai ales cele izolate.

Ca o consecință a diminuării veniturilor și sărăcirii unei părți tot mai mari a populației (în cadrul căreia vârstnicii ocupă o pondere importantă), se constată o degradare a stării de sănătate a acestora. Cei mai mulți nu au venituri suficiente și nu-și pot permite cheltuieli pentru cumpărarea de medicamente sau plata serviciilor medicale.

Problema morbidității și, în special, a incapacității, rămân importante pentru viitor și aceasta derivă din caracteristicile pe care morbiditatea le are la vârstnici:

- **rată ridicată:** persoanele vârstnice au tendința de a fi mai des bolnave;
- **există boli care se întâlnesc predominant la vârstnici:** cancer, afecțiuni cardio-vasculare, infirmități fizice și tulburări mentale;
- **cronicitatea:** persoanele vârstnice au nevoie de mai mult timp pentru a se reface și prezintă un risc crescut de cronicizare a unor boli.

Înaintarea în vârstă se asociază cu creșterea riscului afecțiunilor cronice. **În România**, conform datelor Institutul Național de Statistică¹¹⁾, bolile cronice afectează aproape jumătate dintre persoanele de 50 ani și peste. Evident că cei mai afectați de o boală cronică sau de invaliditate sunt persoanele vârstnice de 65 ani și peste, urmate de cele cu vârste între 50-64 ani – situația procentuală în total persoane de 15 ani și peste, pe total-țară, pe sexe și pe medii fiind prezentată în tabelul următor:

Tabelul nr.9
-% în total persoane de 15 ani și peste-

Grupa de vârstă	50-64 ani	65 ani și peste
Total-țară	35,5	46,2
Masculin	38,1	40,4
Feminin	33,7	50,1
Urban	39,5	41,2
Rural	30,8	52,1

La grupele de vârstă mai tinere (50-64ani) , procentul persoanelor afectate de o boală cronică sau o invaliditate este mai mare pentru sexul masculin (38,1% față de

¹¹⁾ Datele privind starea de sănătate a persoanelor vârstnice au fost preluate din lucrarea “Condițiile de viață ale populației din România din anul 2008”

33,7%), iar la grupa de vârstă 65 ani și peste, situația este inversă, (50,1% față de 40,4%), femeile fiind mai suferinde.

Pe medii, la grupele de vârstă mai tinere (50-64ani) , procentul persoanelor afectate de o boală cronică sau o invaliditate este mai mare în mediul urban (39,5% față de 30,8%), iar la grupa de vârstă 65 ani și peste, situația este inversă, în mediul rural fiind mai multe persoane suferinde (52,1% față de 41,2%).

Din punct de vedere al posibilității de acces la medicul specialist, respectiv medicul stomatolog corelată cu posibilitățile financiare, situația pensionarilor, la nivel total-țară, pe sexe și pe medii este indicată în tabelele următoare:

Tabelul nr.10

Nivel agregare	Pensionari care aveau nevoie să consulte un medic specialist în ultimele 12 luni și nu au putut - % în total persoane de 15 ani și peste-	Din care nu și-au putut permite - % în total pensionari care aveau nevoie de consultație-
Total-țară	29,6	75,3
Masculin	28,3	75,1
Feminin	18,6	79,0
Urban	26,8	76,6
Rural	36,8	75,8

Se observă diferența destul de accentuată aproximativ 10,0% dintre procentul pensionarilor care aveau nevoie să consulte un medic specialist în ultimele 12 luni și nu au putut (28,3%) față de procentul pensionarelor în aceeași situație (18,6%), diferență care se menține și pe medii rural(36,8%) în față de mediul urban(26,8%)

Tabelul nr.11

Nivel agregare	Pensionari care aveau nevoie să consulte un medic stomatolog în ultimele 12 luni și nu au putut - % în total persoane de 15 ani și peste-	Din care nu și-au putut permite - % în total pensionari care aveau nevoie de consultație-
Total-țară	21,3	86,0
Masculin	21,1	81,6
Feminin	21,5	89,2
Urban	22,9	86,7
Rural	19,0	84,8

În ceea ce privește accesul la serviciile stomatologice, diferențierea pe sexe a pensionarilor care nu și le-au putut permite, are o valoare procentuală net mai ridicată

în cazul sexului feminin, cu aproape 8,0% față de sexul masculin (89,2% față de 81,6%).

Accesul redus al persoanelor vârstnice la un tratament adecvat s-a reflectat nefavorabil asupra stării de sănătate și a condus, în anul 2008, la decesul mai multor persoane (253.202), față de anul 2007 (251.965 persoane). Astfel, din totalul de 253.202 decese, 86.503 decese (34,2%) au fost din rândul bărbaților în vârstă de 65 ani și peste și 102.002 decese (40,3%) au fost din rândul femeilor în vârstă de 60 ani și peste.

Tabelul nr.12

- persoane -

Categoriile de boli care au determinat decesul	Total decedați		Din care persoane vârstnice			
	Număr	%	Bărbați>65 ani	Femei >60 ani	Total	
					Număr	%
Boli infecțioase (tuberculoză)	2.485	1,0	438	337	775	0,4
Tumori	46.486	18,3	15.594	13.367	28.961	15,4
Boli endocrine, de nutriție, metabolism (diabet)	2.278	0,9	669	1.098	1.767	0,9
Tulburări mentale	593	0,2	126	69	195	0,1
Boli ale sistemului nervos	2.032	0,8	533	730	1.263	0,7
Boli ale aparatului circulator	153.137	60,5	56.991	76.163	133.154	70,6
Boli ale aparatului respirator	12.310	4,8	4.961	3.454	8.415	4,5
Boli ale aparatului digestiv	15.454	6,1	3.875	4.258	8.133	4,3
Boli ale aparatului genito-urinar	2.425	1,0	989	876	1.865	1,0
Leziuni traumatice și otrăviri	12.800	5,1	2.076	1.297	3.373	1,8
Alte boli și cauze	3.202	1,3	251	353	604	0,3
TOTAL	253.202	100,0	86.503	102.002	188.505	100,0

Prevalența anumitor cauze de deces precum tumori, boli ale aparatului circulator, ale aparatului digestiv sau leziunile traumatice în cazul persoanelor vârstnice trebuie luate în considerare pentru alocarea de fonduri suplimentare în vederea prevenirii și tratării corespunzătoare a acestor boli, prin asigurarea accesului la serviciile medicale adecvate și la medicamentele necesare.

3.3. Condițiile de viață - complex de factori de influență a sărăciei¹²⁾

3.3.1. Gradul de acoperire a cheltuielilor curente

În anul 2008, 64,6% din gospodăriile de pensionari au efectuat la timp cheltuielile cu venitul total net lunar realizat, iar 35,4% nu au putut realiza acest lucru. În mediul urban, pentru gospodăriile de pensionari procentele au fost de 62,7% față de 37,3%, iar în mediul rural de 67,3% față de 32,7%. Principalele grupe de cheltuieli pe care gospodăriile de pensionari nu le-au putut efectua la timp, au fost la: întreținerea locuinței (apa, gazul, căldura, etc.), energia electrică, abonament radio, abonament telefonic.

Din punct de vedere al posibilităților de a cheltui, pe câteva clase, situația pensionarilor la nivel total-țară și pe medii se prezintă după cum urmează:

Tabelul nr.13

Nivel agregare	Gospodării de pensionari	Cheltuieli pe care gospodăria și le poate permite sau nu					
		menținerea unei temperaturi adecvate în locuință		plata unei săptămâni de vacanță		consumul a cel puțin un fel de mâncare cu carne sau pește o dată la 2 zile	
		Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu
Total-țară	100,0	69,0	31,0	15,7	84,3	73,8	26,2
Urban	100,0	67,5	32,5	20,4	79,6	75,0	25,0
Rural	100,0	71,0	29,0	8,9	91,1	72,1	27,9

Dacă în ceea ce privește capitolele: menținerea unei temperaturi adecvate în locuință și consumul a cel puțin un fel de mâncare cu carne sau pește o dată la 2 zile, situația este similară în cele 2 medii (urban, rural), situația precară a gospodăriilor de pensionari din mediul rural reiese din capitolul - plata unei săptămâni de vacanță (8.9%-rural față de 20,4%-urban), evidențându-se astfel disponibilitatea de consum mai redusă a acestora pentru nevoi superioare.

¹²⁾Datele pentru întreg subcapitolul sunt culese din lucrarea “Condițiile de viață ale populației din România din anul 2008”

Din punct de vedere al aprecierii de către pensionari a măsurii în care fac față cheltuielilor curente, a rezultat următoarea situație:

Tabelul nr.14
%

Nivel agregare	Total	Măsura în care fac față cheltuielilor curente		
		Cu dificultate	Cu oarecare dificultate	Relativ ușor ¹³⁾
Total-țară	100,0	60,4	28,9	10,7
Urban	100,0	57,3	32,3	10,4
Rural	100,0	52,8	35,6	11,6

Procentul acelor dintre pensionari care fac față relativ ușor cheltuielilor curente este în jur de 10,0%, comparativ cu al celor care fac față cu dificultate (aproximativ 60,0%).

3.3.2.Problemele sociale ale locuirii

Asigurarea accesului la locuire reprezintă o precondiție pentru exercitarea unor drepturi fundamentale de care trebuie să beneficieze orice persoană. **A nu avea locuință sau acces la o locuință adecvată este sinonim cu sărăcia extremă și reprezintă un deficit cronic de mijloace și oportunități, o manifestare a excluziunii sociale severe.**

Locuirea adecvată se referă la faptul că orice persoană trebuie să aibă o locuință, cât și la calitatea și confortul asigurat de locuință, precum și la spațiile, utilitățile și bunurile publice adiacente locuinței.

În anul 2008 mai mult de jumătate din numărul total al gospodăriilor au fost în mediul urban (56,5%). Ponderea în total a gospodăriilor al căror cap de gospodărie este un vârstnic de 65 ani și peste a depășit ușor 30,0%.

În mediul rural, gospodăriile cu persoana de referință pensionar au avut o pondere de 49,3% din totalul gospodăriilor, față de 38,2% în mediul urban.

Față de mărimea medie a unei gospodării din România care a fost de 2,9 persoane, componența gospodăriilor în care capul de familie este pensionar a fost mai redusă, de numai 2,5 persoane. Din totalul acestor gospodării, 65,1% au fost formate

¹³⁾ În categoria relativ ușor s-au inclus subcategoriile destul de ușor, ușor și foarte ușor

din 1-2 persoane fapt ce influențează viața lor, mai ales în perioada de pierdere a unor capacități fizice și psihice, aceștia fiind expuși riscului de sărăcie.

Din punct de vedere al tipului de locuință folosit de gospodăriile de pensionari, avem următoarea situație procentuală, la nivel total-țară și pe medii:

Tabelul nr.15

Nivel agregare	Total	Tipul locuinței				
		casă individuală separată	casă individuală semi-separată	apartament într-un imobil cu mai puțin de 10 locuințe	apartament într-un imobil cu 10 sau mai multe locuințe	alt tip
Total-țară	100,0	59,5	2,1	3,7	34,7	-
Urban	100,0	33,1	2,8	5,9	58,1	0.1
Rural	100,0	97,1	0,9	0,7	1,3	-

Din punct de vedere al confortului locuinței folosită de gospodăriile de pensionari, avem următoarele situații procentuale, la nivel total-țară și pe medii, după numărul de camere, existența sau nu a băii, existența sau nu a grupului sanitar:

Tabelul nr.16

Nivel agregare	Total	Număr de camere de locuit		
		1-2 camere	3-5 camere	6 camere și peste
Total-țară	100,0	61,9	37,2	0,9
Urban	100,0	72,3	27,7	-
Rural	100,0	51,2	47,1	1,7

Conform tabelului nr.16, majoritatea pensionarilor locuiesc în 1-2 camere (61,9%), iar pensionarii din mediul rural locuiesc într-o proporție mai mare (47,1%) în locuințe de 3-5 camere spre deosebire de cei din mediul urban (27,7%).

Tabelul nr.17

Nivel agregare	Total	Existența băii în interiorul locuinței	
		cu baie/duș	fără baie/duș
Total-țară	100,0	47,8	52,2
Urban	100,0	78,7	21,3
Rural	100,0	16,1	83,9

Majoritatea locuințelor de pensionari din mediul urban (78,7%) sunt dotate cu baie/duș, în schimb ce majoritatea locuințelor de pensionari din mediul rural (83,9%) nu beneficiază de aceste dotări.

Tabelul nr.18

Nivel agregare	Total	Existența grupului sanitar în interiorul locuinței		
		cu grup sanitar propriu	cu grup sanitar în comun	fără grup sanitar
Total-țară	100,0	48,0	2,6	49,4
Urban	100,0	78,9	0,6	20,5
Rural	100,0	16,2	4,7	79,2

Din punct de vedere al existenței grupului sanitar în interiorul locuinței, 78,9% din gospodăriile de pensionari din mediul urban sunt dotate cu grup sanitar propriu, iar în mediul rural, 79,2% din gospodăriile de pensionari nu beneficiază de această dotare. Totuși și în mediul urban, un procent semnificativ de pensionari, respectiv 20,5% nu dețin grupul sanitar în interiorul locuinței.

Majoritatea pensionarilor (99,3%) dețin locuința cu titlu de proprietate sau cu titlu gratuit, respectiv pe medii – urban(99,2%) și rural(99,6%).

3.3.3. Înzestrarea cu bunuri de folosință îndelungată

Tabelul nr.19

Nivel agregare	Total	Bunuri de folosință îndelungată														
		mașină de spălat rufe			TV color			Computer(PC)			Telefon(mobil sau fix)			Autoturism		
		există	nu există, deoarece		există	nu există, deoarece		există	nu există, deoarece		există	nu există, deoarece		există	nu există, deoarece	
			nu-și permite	alte motive		nu-și permite	alte motive		nu-și permite	alte motive		nu-și permite	alte motive			
Total-țară	100,0	68,2	24,1	7,7	94,7	4,3	1,0	16,5	28,8	54,7	77,3	13,4	9,3	17,3	41,4	41,3
Urban	100,0	83,5	14,0	2,5	98,1	1,7	0,2	22,0	25,0	53,0	90,1	5,9	4,0	20,5	41,1	38,4
Rural	100,0	46,4	38,6	15,0	79,5	16,8	3,7	14,4	44,0	41,6	51,3	30,7	18,0	7,7	62,7	29,6

Gospodăriile de pensionari sunt în cel mai înalt grad dotate cu TV color (94,7%), urmate de telefon (mobil sau fix) (77,3%) și de mașină de spălat rufe (68,2%). Cum este și firesc, în mediul urban, gospodăriile de pensionari au avut mai multe dotări decât în mediul rural, la anumite capitole, însă, au fost diferențe semnificative: telefon(mobil sau fix) (90,1% față de 51,3%), mașină de spălat rufe (83,5% față de 46,4%) și TV color(98,1% față de 79,5%).

Din punct de vedere al lipsei posibilităților de achiziționare, cele mai diferențe între rural și urban sunt la telefon (mobil sau fix) (30,7% față de 5,9%), mașină de spălat rufe (38,6% față de 14,0%) și la autoturism (62,7% față de 41,1%).

Capitolul IV

Programele de protecție socială pentru reducerea sărăciei

Persoanele cu venituri mici beneficiază de prestații sociale, pentru a depăși situația de criză în care se află, cum ar fi: **ajutorul social și ajutorul de urgență** (Legea nr. 416/2001 privind venitul minim garantat cu modificările și completările ulterioare), **ajutoare pentru încălzirea locuinței** (OUG nr. 5/2003 privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice), **ajutorul în caz de deces** (Legea nr.19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale) și **ajutorul lunar acordat soțului supraviețuitor** (Legea nr. 578/2004 privind acordarea unui ajutor lunar pentru soțul supraviețuitor) .etc. De asemenea, unor categorii de pensionari care beneficiază de pensie din bugetul asigurărilor sociale de stat li s-a acordat un **ajutor bănesc**, potrivit prevederilor HG nr. 430/2006, iar începând cu luna aprilie 2009, conform O.U.G. nr. 6/2009 li se acordă **pensia minimă socială garantată** în cuantum de 300 lei, care de la 1 octombrie 2009 a fost majorată la 350 lei.

Programele sociale de protecție socială de care beneficiază și persoanele vârstnice sunt următoarele:

I. Conform O.U.G. nr. 57/27 mai 2009 nivelul lunar al **venitului minim garantat** a fost majorat , fiind de:

- a) 125 lei pentru persoana singură;
- b) 225 lei pentru familiile formate din 2 persoane;
- c) 313 lei pentru familiile formate din 3 persoane;
- d) 390 lei pentru familiile formate din 4 persoane;
- e) 462 lei pentru familiile formate din 5 persoane;
- f) câte 31 lei pentru fiecare altă persoană peste numărul de 5 persoane, care face parte din familie.

II. Potrivit OUG nr. 5 din 20 februarie 2003 privind acordarea de **ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei**

termice, aprobată prin Legea nr. 245/2003, cu modificările și completările ulterioare, sunt stabilite categoriile de persoane care beneficiază de aceste facilități - familiile și persoanele singure cu venituri reduse, care utilizează pentru încălzirea locuinței energie termică furnizată în sistem centralizat, gaze naturale și respectiv lemne, carbuni, combustibili petrolieri .

Acest ajutor pentru încălzirea locuinței se acordă **lunar, la cererea titularului, pe baza documentelor doveditoare** privind componența familiei și a declarației pe propria răspundere privind veniturile realizate de membrii acesteia în luna anterioară depunerii cererii, însoțită de actele doveditoare.

Limitele veniturilor și respectiv cele ale ajutoarelor acordate în vederea acoperirii cheltuielilor pentru încălzirea locuinței pentru perioada sezonului rece (1 noiembrie 2009 – 31 martie 2010) sunt prevăzute de O.U.G.nr.106/2009 fiind următoarele:

Tabelul nr.20

Venit per familie sau persoană singură (lei)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței furnizată în sistem centralizat (nivel de compensare al facturii)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale (lei)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței cu lemne, cărbuni, combustibili petrolieri (lei)
< 155	90%	262	54
155,1 - 210	80%	162	48
210,1 - 260	70%	137	44
260,1 - 310	60%	112	39
310,1 - 355	50%	87	34
355,1 - 425	40%	62	30

III. Soțul supraviețuitor al unei persoane care, la data decesului, avea calitatea de pensionar, după caz, în sistemul public de pensii, în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat sau în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori **beneficiază**, la cerere, în condițiile prevăzute de Legea nr. 578/2004 **de un ajutor lunar**.

Acesta se acordă soțului supraviețuitor care, la data solicitării, îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) este pensionar din sistemul public de pensii și are cel puțin vârsta standard de pensionare, prevăzută de Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare;
- b) nu beneficiază de pensie din alte sisteme neintegrate sistemului public;

- c) nu s-a recăsătorit după decesul soțului;
- d) durata căsătoriei cu soțul care a decedat a fost de cel puțin 10 ani;
- e) nu se află în una dintre situațiile prevăzute la art. 5 alin. (1) din Legea nr. 19/2000, cu modificările și completările ulterioare;
- f) are domiciliul pe teritoriul României.

În situația în care durata căsătoriei cu soțul care a decedat a fost mai mică de 10 ani, dar de cel puțin 5 ani, cuantumului ajutorului lunar se diminuează proporțional.

Conform H.G. nr. 69/23 ianuarie 2008 în cazul în care durata căsătoriei cu soțul decedat a fost de cel puțin 10 ani, cuantumului ajutorului lunar este decuquantumul acestui ajutor lunar este de:

- a) **113 lei lunar**, pentru soțul supraviețuitor care la data solicitării are cuantumului pensiei mai mic de 364 lei, în situația soțului supraviețuitor care beneficiază de pensie stabilită în baza prevederilor Legii nr. 19/2000, cu modificările și completările ulterioare, sau stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, precum și în situația soțului supraviețuitor care beneficiază atât de pensie stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, cât și în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori;
- b) **44 lei lunar**, pentru soțul supraviețuitor care la data solicitării are cuantumului pensiei mai mic de 140 lei, în situația soțului supraviețuitor care beneficiază numai de pensie stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori.

Fondurile necesare plății ajutorului lunar se suportă din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

IV. De asemenea, asiguratul sau pensionarul beneficiază de **ajutor material în cazul decesului unui membru de familie aflat în întreținerea sa** și care nu are un drept propriu de asigurări sociale. Ajutorul în caz de deces reprezintă jumătate din cuantumului convenit pentru decesul unei persoane care era asigurat sau pensionar. Ajutorul se suportă din bugetul asigurărilor sociale de stat și se acordă, la cerere, pe baza certificatului de deces. Pentru anul 2010, cuantumului ajutorului de deces în cazul pensionarului este de la 1.836 lei.

V. Bugetul de stat pentru anul 2009 instituie și asigură **plata pensiei sociale minime garantate**, instituită prin O.U.G.nr. 6/2009. Pentru anul 2009, nivelul acestei pensii a fost stabilită la 300 lei începând cu data de 1 aprilie 2009 și la 350 lei începând cu data de 1 octombrie 2009. Această sumă se garantează pensionarilor cu venituri mici prin plata lunară a unui complement, ca diferență între suma de 350 de lei (începând din octombrie 2009) și veniturile individuale lunare. Începând cu anul 2010, nivelul pensiei sociale minime garantate se va stabili, anual, prin legea bugetului de stat.

VI. **Ajutoarele sociale** în baza Legii nr. 19/2000 constituie o formă de drepturi de asigurări sociale acordate.

În luna martie a anului 2010, **1.565** pensionari din totalul de **4.765.822** de asigurați, beneficiau de ajutor social – ca formă de protecție socială – pentru completarea veniturilor lor. Acest tip de venit a fost instituit prin prevederile Legii nr. 3/1977 (act normativ abrogat și drept menținut în vigoare de Legea nr.19/2000), care reglementa că « *Persoanele incapabile de muncă, datorită vârstei sau a bolilor cronice, invalizii, deficienții de toate categoriile, lipsiți de mijloace proprii de existență și care nu au susținători legali, beneficiază în condițiile prevăzute de lege de ajutor social sau de îngrijire în instituțiile de ocrotire și asistență socială, precum și de alte forme de asistență socială* » (art. 76).

*

* *

În anul 2008, pensiile au asigurat numai 46,9% din veniturile totale lunare ale gospodăriilor de pensionari. Din veniturile totale lunare ale gospodăriilor de pensionari, veniturile din prestații sociale (843,5 lei) a reprezentat 49,5% (94,7% din acestea sunt pensii), restul veniturilor au provenit din salarii și alte drepturi salariale (22,2%), din venituri în natură (21,2%) și din venituri din agricultură, venituri din activități neagricole independente și alte venituri (7,1%).

Prestațiile sociale au reprezentat 53,7% și respectiv 42,8% din veniturile bănești ale gospodăriilor alcătuite din una sau două persoane, cea mai mare parte a lor fiind formată din pensii.

Venitul mediu lunar, provenit din prestații sociale pentru gospodăria al cărui cap este un pensionar a avut valoarea de **843,5** lei și a prezentat în anul **2008** următoarea structură:

• pensii	94,7%
• indemnizații asimilate pensiilor	1,0%
• indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă	0,7%
• prestații din fondul de șomaj	0,2%
• prestații familiale	1,6%
• prestații de asistență socială	1,8%

Capitolul V

Strategia Națională Anti – Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale

La Conferința de la Nisa (2000), Consiliul European a stabilit ca toate statele membre ale Uniunii Europene să realizeze **strategii anti-sărăcie și promovare a incluziunii sociale**. Cu această ocazie, au fost formulate 4 obiective globale, reprezentând direcții generale de acțiune, care să structureze concepția planurilor naționale de acțiune:

- facilitarea ocupării și accesului tuturor la resurse, drepturi, bunuri și servicii;
- prevenirea riscului de excluziune;
- ajutorarea celor mai vulnerabili;
- mobilizarea tuturor instituțiilor relevante.

Aceste patru obiective globale de acțiune stau la baza **Planului Național de Antisărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale(PNA inc) pentru perioada 2006-2008 aprobat prin H.G. nr. 1827/2005 și respectiv Planului Național de Dezvoltare pentru perioada 2007-2013 și sunt 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 problematicei 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 persoanelor;*
- *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 cetățean, dar și între nivelul central și cel local.*

Concluzii

Majoritatea populației vârstnice din *România* continuă să nu dispună de resurse financiare suficiente pentru o viață decentă și în consecință calitatea vieții acestei categorii de populație înregistrează o degradare continuă. Cheltuielile pentru întreținerea locuinței, plata alimentelor și a serviciilor de sănătate sunt împovărătoare, în timp ce preocupările pentru participarea la viața socială și culturală rămân marginale, iar sprijinul concret din partea statului nu există.

Majorarea ratei sărăciei absolute în rândul persoanelor vârstnice s-a datorat accelerării procesului de sărăcie la nivelul întregii populații a României. Așa cum se cunoaște, vârstnicii nu sunt beneficiari ai creșterilor economice, iar cheltuielile curente, precum și cele viitoare, pentru plata serviciilor, a produselor alimentare de bază și a celor nealimentare, majorate de scumpiri periodice, tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice.

Pe domenii de interes pentru persoanele vârstnice, se pot evidenția, unele probleme care se justifică a fi soluționate în perioada următoare, după cum urmează:

⇒ Pensii și asigurări sociale

- **Creșterea raportului de dependență** ca urmare a creșterii numărului de beneficiari și a diminuării numărului de contribuitori. la 315,1 pensionari salariați în 1990, s-a ajuns la 629,7 pensionari¹⁴⁾ la 1000 salariați în 1996, la 958,2 pensionari în 2001, la 1.011,3 pensionari în 2005, la 992,7 pensionari în 2006, la 950,6 pensionari în 2007, la 970,8 pensionari în 2008 și la 1027,1 pensionari la 1000 salariați în 2009.
- Modelul restrictiv promovat de Banca Mondială în domeniul pensiilor a găsit mediul prielnic și a influențat considerabil tratamentul aplicat acestora ca pârghie de control a cheltuielilor de consum, începând cu **menținerea unui nivel extrem**

¹⁴⁾ Au fost considerați numai pensionarii de asigurări sociale de stat, iar în anii 2006 - 2008 oscilația raportului de dependență economică s-a datorat oscilației ușoare a numărului de salariați.

de scăzut al cheltuielilor publice cu pensiile (circa 6,0% din PIB, față de media Uniunii Europene de peste 11,8% în 2007 și față de: 14,6% în Italia, 13,8% în Austria și 13,3% în Franța);

- **Nivelul pensiilor în sistemul public se menține mic** față de cel al salariilor (pensia medie asigurări sociale (fără agricultori) a reprezentat în luna februarie **2010** numai **52,1%** din salariul mediu net), deși și salariile sunt departe de ceea ce ar fi necesar, nu doar pentru un trai decent, ci și pentru a constitui un mijloc de atragere a forței de muncă;
- **Erodarea puterii de cumpărare a pensiilor** datorită creșterii inflației reale, cu toate majorările aplicate valorii punctului de pensie, aplicate în perioada 2008-2009.
- **Practicarea de pensii de serviciu exagerat de mari** pentru unele categorii socio-profesionale (parlamentari, funcționari ai Parlamentului, magistrați, diplomați, personal aeronautic etc).

Totodată, sistemul public de pensii din România se găsește, în prezent, într-o situație critică, cu deficite financiare curente și oferă pensii în quantum insuficient unui trai decent mării majorități a pensionarilor.

⇒ **Asistență medicală**

- Sistemul de servicii medico-sociale este reglementat în mod fragmentat, asistența bătrânilor singuri, care nu se mai pot autogospodări și a celor cu dizabilități (ca grupuri principale de risc) nu se realizează coordonat într-un sistem articulat de servicii și instituții care prin cooperare permanentă să poată garanta eficientizarea serviciilor acordate;
- Veniturile insuficiente ale pensionarilor fac ca aceștia să nu mai poată acoperi cheltuielile strict necesare pentru procurarea medicamentelor de întreținere a sănătății și pentru plata unor servicii și analize medicale în ambulatoriu sau în spitale.

⇒ **Asistența socială**

- **Se constată o slabă dezvoltare a serviciilor pentru vârstnicii aflați în dificultate comparativ cu alte categorii defavorizate de populație (copii, persoane cu dizabilități) și o insuficientă dezvoltare a structurilor la nivelul autorităților publice centrale și locale care să monitorizeze cazurile sociale din cadrul acestora;**
- Nu sunt dezvoltate programe de reinsertie socială și de menținere a unei vieți active și a unei participări semnificative a persoanelor vârstnice în societate;
- Legislația în domeniul financiar nu încurajează suficient transferurile între sectorul public și cel privat, astfel încât resursele sunt insuficiente și inegal repartizate la nivelul comunităților, cu diferențe majore între localități;
- Nu există o autoritate la nivel național care să monitorizeze aplicarea măsurilor pe plan local și pentru gestionarea bazei de date cu privire la protecția persoanelor vârstnice;
- Nu există servicii/departamente destinate persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor de asistență socială județene, persoanele vârstnice intrând în categoria persoanelor adulte sau cu dizabilități;
- **Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice reprezintă un act normativ depășit** față de situația actuală, ceea ce face ca administrația publică cu atribuții în domeniu să nu fie în măsură să elimine situațiile de abuz și neglijență la care sunt expuse persoanele vârstnice și să le ofere acestora un trai decent;
- **Lipsește un Program Național pentru Protecția Socială a Persoanelor Vârstnice** care să fie însușit și aprobat de Parlament, astfel încât guvernul actual și cele viitoare să aibă obligația să-l aplice în condiții de responsabilitate;
- Nu există aplicate programe care să vizeze pregătirea pentru pensionare și identificarea posibilităților de menținere a unei vieți active și a unei participări sociale semnificative pentru persoanele vârstnice.

Capitolul VII

Propuneri

Creșterea economică în România reprezintă o condiție necesară, dar nu și suficientă pentru resorbția sărăciei în România. În funcție de mediul de rezidență și de specificul zonelor sărace, strategiile anti-sărăcie trebuie să conțină un set specific de măsuri și politici de dezvoltare care să fie adaptate contextului local căruia acestea se adresează. De aceea, întărirea capacității instituțiilor locale trebuie să constituie un punct central al politicilor de răspuns la problematica sărăciei.

Dacă pentru sărăcia de consum au fost elaborate și implementate o serie de politici de răspuns, accentul principal fiind pus pe creșterea economică, pentru sărăcia extremă, multidimensională, asociată cu excluziunea socială, soluțiile nu sunt încă clare. Acest tip de sărăcie, caracteristic mediului urban, reprezintă o stare de deprivări multiple, care necesită intervenție din exterior. Și acest tip de sărăcie este influențat direct de lipsa unui loc de muncă și a unui venit stabil, la care se adaugă, însă, problema lipsei de locuințe pentru orășenii cu venituri reduse, absența sau insuficiența locuințelor sociale și dezinteresul autorităților locale în această privință, problema costurilor mari ale utilităților publice, problema concentrării orășenilor celor mai săraci în zone segregate teritorial și social, precum și alți factori sociali și psihologici care duc la degradarea constantă a calității vieții populației sărace din aceste zone din mediul urban.

Pentru că sărăcia este concentrată la nivelul anumitor grupuri de populație și este concentrată teritorial, politicile și programele anti-sărăcie promovate la nivel național oricât de bine țintite și de eficiente ar fi nu pot rezolva problema în absența unui suport consistent de programe și proiecte dezvoltate la nivel local. Asumarea sărăciei ca problemă locală prioritară de către autoritățile locale este deci esențială. Nevoia de identificare la nivel local a grupurilor sărace, a grupurilor vulnerabile, a grupurilor defavorizate, precum și a zonelor de concentrare a sărăciei este primul pas de recunoaștere oficială și de dimensionare reală a situației. Monitorizarea tuturor acestor grupuri și zone, dezvoltarea de politici municipale adaptate la condițiile locului, pe baza

unor strategii locale anti-sărăcie, precum și dezvoltarea unor mecanisme de mobilizare a comunităților și resurselor locale reprezintă singurele căi de acțiune care ar putea mări ritmul de reducere a sărăciei într-un mod sustenabil.

Pentru îmbunătățirea nivelului de trai al persoanelor vârstnice, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice propune:

Propuneri privind îmbunătățirea sistemului de pensii

- majorarea punctului de pensie la cel puțin 45,0% din salariul mediu brut pe țară;
- indexarea pensiilor cu indicele de acoperire integrală a creșterii prețurilor la produsele alimentare de bază și la principalele servicii (termoficare, energie electrică, gaze naturale, telefon, radio-TV).
- să se anuleze pensia anticipată și pensia anticipată parțială;
- inițierea imediată a unor acțiuni de revizuire medicală a tuturor pensionarilor de invaliditate pe baza unor noi criterii;
- stabilirea pensiei pe baza aceleiași legi pentru toate categoriile de angajați, indiferent de sectorul în care și-au desfășurat activitatea;
- să se elaboreze o metodologie de calcul a coșului lunar minim de consum pentru familia de pensionari adecvată nevoilor acestora, iar valoarea să se aprobe periodic prin Hotărâre a Guvernului și să fie luată în considerare la stabilirea cuantumului pensiei minime și altor prestații;
- compensarea în bani a tichetelor de călătorie pe calea ferată neutilizate;
- suplimentarea numărului de bilete de tratament în stațiuni balneoclimaterice pentru pensionari;
- să nu se capitalizeze pensiile ocupaționale (administrare privat) prin diminuarea contribuțiilor actuale de asigurări sociale;
- menținerea actualelor procente ale contribuțiilor de asigurări sociale;
- să se aloce fondului de pensii o cotă din încasările rezultate din privatizarea societăților comerciale cu capital de stat;
- mărirea numărului de contribuabili la fondul de pensii prin identificarea muncii la negru;
- majorarea cuantumului ajutorului în caz de deces cel puțin până la nivelul a două salarii medii pe țară;

Propuneri privind ameliorarea stării de sănătate

- asigurarea accesului tuturor pensionarilor la un pachet minimal de servicii de sănătate;
- crearea de centre socio-medicale în întâmpinarea persoanelor aflate în situație de risc: persoane vârstnice, persoane cu handicap, persoane fără adăpost;
- creșterea accesului la asistență medicală pentru persoanele vârstnice aflate în mediul rural și a celor neasigurate;
- susținerea dezvoltării culturii sanitare;
- dezvoltarea îngrijirii socio-medicale destinate persoanelor vârstnice la domiciliu;
- înființarea și extinderea rețelei naționale de gerontologie și geriatrie.

Propuneri în domeniul locuirii

- asigurarea adăpostirii temporare pentru persoanele vârstnice fără adăpost;
- creșterea accesului la utilitățile publice;
- stabilirea impozitului pe terenuri și imobile proporțional cu valoarea pensiei;
- creșterea accesului persoanelor vârstnice la ajutoarele pentru încălzirea locuinței, prin mediatizarea acestui program mai ales în mediul rural.

Propuneri în domeniul asistenței sociale

- asigurarea accesului la servicii sociale a tuturor persoanelor vârstnice expuse riscului de excluziune socială;
- îmbunătățirea cadrului legislativ ce reglementează organizarea și funcționarea instituțiilor de asistență socială în regim rezidențial;
- inițierea unei legi privind protecția drepturilor persoanelor vârstnice;
- dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a altor servicii alternative de tipul centrelor de zi, locuințelor protejate, etc;

- introducerea unor facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice, reglementarea unui sistem național în acest domeniu care să fie monitorizat de o autoritate națională;
- dezvoltarea unei rețele naționale de medici geriatri care să realizeze, alături de asistentul social, evaluarea socio-medicală a persoanelor vârstnice;
- 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;
- stimularea financiară a organizațiilor neguvernamentale pentru ca să înființeze instituții de asistență socială pentru persoane vârstnice în parteneriat public-privat;
- Identificarea și includerea în programe de asistență socială a persoanelor vârstnice aflate în situații de sărăcie extremă, în condiții dificile: lipsa de resurse financiare, alimentația deficientă, condiții proaste de locuit, lipsa accesului la condiții de igienă elementară, pentru a-i ajuta să iasă **definitiv** din cercul vicios al izolării economice și sociale;
- Elaborarea de proiecte bazate pe o perspectivă calitativă și cantitativă, de studii de caz care să analizeze sărăcia și excluziunea socială pe tranșe de vârstă și categorii socio-economice;
- Coordonarea și monitorizarea la nivel național a activității ong-urilor și a altor organisme cu atribuții în domeniul incluziunii și protecției sociale, pentru a evita risipa eforturilor, a spori coerența, eliminarea paralelismelor, încurajarea schimbul de idei și participarea creativă la o agendă comună.

Șef birou „Analize și studii”,

Alina Matei

**Realizatori,
*Daniela Garoschy***

Olguța Ersilia Mihart

Bibliografie

1. Arpinte Daniel, Bădoi Adrian, Cace Sorin, Cristina Tomescu, Stănescu Iulian , „Politici de incluziune socială”, Revista „Calitatea vieții”, XIX, nr. 3-4, Editura Academiei Române, București, 2008;
2. ”Condițiile de viață ale populației din România în anul 2008”, Institutul Național de Statistică, 2009
3. ”Dimensiuni ale incluziunii sociale în România” , Institutul Național de Statistică, 2008
4. Mihăilescu Adina, Minimul de trai și costurile sociale: concepte operaționale în analiza calității vieții, Editura A92, Iași, 2004;
5. Stănculescu Manuela Sofia, coordonator, Sărăcie urbană și sărăcie rurală, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, București, 2004;
6. Teșliuc Cornelia Mihaela, Pop Lucian, Teșliuc Emil Daniel, Sărăcia și sistemul de protecție socială, Editura Polirom, Iași, 2001;
7. Zamfir Cătălin (coordonator), Dimensiuni ale sărăciei, Editura Expert, București, 1994;
8. HG nr. 1.827 din 22 decembrie 2005 privind aprobarea Programului de implementare a Planului național antisărăcie și promovare a incluziunii sociale (PNAinc) pentru perioada 2006-2008;
9. HG nr. 488 din 26 mai 2005 privind aprobarea sistemului național de indicatori de incluziune socială;
10. Legea nr. 416 din 18 iulie 2001 privind venitul minim garantat;
11. Legea nr. 47 din 8 martie 2006 privind sistemul național de asistență socială;
12. Planul Național de Dezvoltare 2007-2013 ;