

EFICIENȚA GUVERNĂRII ÎN SUSȚINEREA DEZVOLTĂRII UMANE *

IOAN MĂRGINEAN, VASILICA CIUCĂ, MITICA LAZĂR, MARIA MOLDOVEANU,
CARMEN MUNTEANU, RALUCA NIȚA, ANDREI NOVAC, IULIANA PRECUPETU,
MARIAN PREDA, CORNELIU PRISĂCARU, MARIANA STANCIU, LĂCRĂMIOARA
VOINEA

1. Finanțarea cheltuielilor sociale

Aprecierea situației existente în societatea românească, din perspectiva indicatorilor dezvoltării umane, conduce la concluzia că avem de-a face cu o poziție caracteristică grupului de jos al țărilor mediu dezvoltate. În anii tranziției a avut loc o deteriorare semnificativă a condițiilor de viață pentru o bună parte a populației României. În contextul resurselor insuficiente au apărut și s-au accentuat procesele de sărăcire, excludere și marginalizare socială.

Pe fondul diminuării valorii producției industriale și a produsului intern brut (P.I.B.) a avut loc și o reducere a valorilor unor indicatori legați de nivelul de trai. Înregistrăm o contradicție dată de faptul că România, deși se numără printre primele 30 de țări industrializate ale lumii, ocupă o poziție modestă în ierarhia după valorile indicatorilor dezvoltării umane (locul 61 în 1990 din 173 țări, iar în următorii doi ani ai tranziției a coborât pe locul 72)**.

În analiza politicilor de susținere a dezvoltării umane avem în vedere sensul lărgit al noțiunii de eficiență. Pornim de la evaluarea nivelului de dezvoltare economică a societății românești la momentul actual pentru a ajunge la determinarea resurselor alocate pentru cheltuielile sociale și protecția grupurilor defavorizate, la modul de utilizare a acestor resurse precum și la

* Acest text reprezintă Capitolul al III-lea din *Raportul Național al Dezvoltării Umane*, 1997, coordonare științifică de ansamblu prof.univ. Constantin Ionete și prof.univ. Pavel Wagner. Lucrarea a fost finanțată de Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare. Aducem și pe această cale mulțumirile noastre d-nei Leueen Miller, reprezentant rezident în România și colaboratorului Biroului PNUD.

În redactarea capitolului am beneficiat de consultații din partea mai multor specialiști. Menționăm în mod special pe Gheorghe Barbu, Doru Buzducea, Dan Farcaș, Radu Halus, Cornelia Novak și Anca Vameșu. De asemenea, am beneficiat de sprijinul mai multor instituții și ministere.

** *Raportul Național al Dezvoltării Umane*, 1996.

rezultate: măsura în care se ating obiectivele de limitare a sărăciei, accesul populației la îngrijirea sănătății și la educație, întărirea coeziunii și echității sociale.

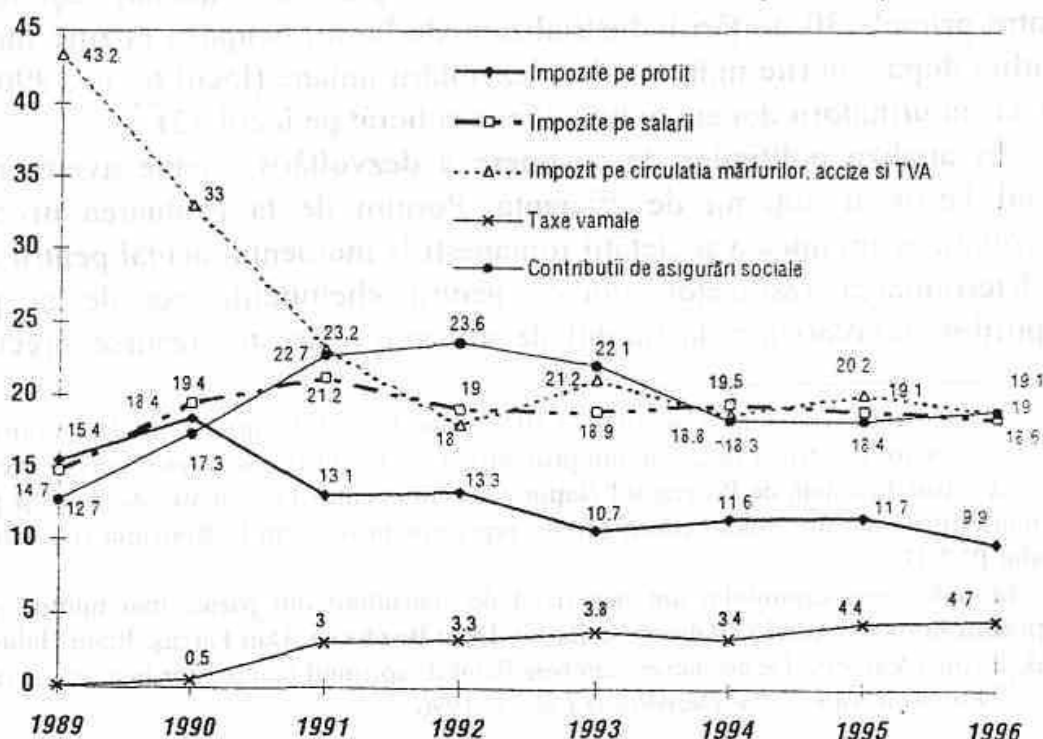
Un prim aspect se referă la constituirea veniturilor în cadrul bugetului general consolidat și a celor pentru finanțarea cheltuielilor sociale. Structura veniturilor bugetului general consolidat pe elemente componente de formare permite identificarea resurselor și raportarea la necesitățile existente în societate la un moment dat.

Veniturile bugetului consolidat provin în primul rând din impozitul pe salarii, care a ajuns să aibă o contribuție mai mare decât impozitul pe profit. Prin aceasta este ilustrată atât eficiența relativ scăzută a activității economice, dar și faptul că evaziunea fiscală poate fi mai frecventă în cazul impozitului pe profit decât în cel al impozitului pe salarii. În privința fiscalității, identificăm o strategie puțin eficientă. Pe de o parte, se impun cote înalte de impozitare a salariilor (cotă marginală de 60%) și a profitului (38%), precum și pentru contribuțiile sociale (pentru asigurările sociale și fondul de șomaj, întreprinderile și asigurații plătesc împreună cote cuprinse între 34% și 42% aplicate la salarii, la care se mai adaugă contribuțiile la fondul de risc și accident și la fondul de pensii pentru agricultori).

Grafiicul nr.1

Evoluția principalelor venituri ale bugetului general consolidat

- în procente față de total venituri -



Sursa: Comisia Națională pentru Statistică

Veniturile necesare acoperirii cheltuielilor cu destinație socială au provenit din bugetul de stat, bugetele locale, bugetul de asigurări sociale, fonduri speciale.

Finanțarea cheltuielilor sociale

Tabelul 1

- % -

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Total cheltuieli social-culturale ¹⁾	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1. Bugetul de stat	58,6	56,7	50,6	48,6	40,9	41,3	37,4
2. Bugetele locale	-	-	1,1	1,1	5,2	5,4	9,1
3. Bugetul de asigurări sociale	41,4	43,3	41,3	37,3	37,1	34,6	33,5
4. Fonduri speciale	-	-	3,7	12,7	16,3	18,3	18,4
5. Autofinanțare ²⁾	-	-	3,3	0,3	0,5	0,5	1,6

Notă: 1) Nu sunt incluse cheltuielile efectuate din credite externe și din fondurile proprii ale agenților economici

2) Reprezintă cheltuieli ale instituțiilor publice finanțate integral sau parțial din fonduri extrabugetare

Sursa: C.N.S.

De la bugetul de stat, s-au efectuat cheltuieli pentru: învățământ, sănătate, pensii IOVR, militari și alte persoane, alocații și alte ajutoare pentru copii, precum și o parte pentru asistență socială. Din bugetul asigurărilor sociale s-au realizat cheltuieli pentru: pensii, indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă, de boală și accidente, indemnizații pentru concedii de maternitate și întreținerea copiilor, ajutoare sociale, ajutoare pentru proteze și decese, tratament balnear și odihnă. Din fondurile speciale s-au realizat cheltuieli pentru pensiile agricultorilor, pentru pensia suplimentară, ajutoare de șomaj, ajutoare pentru handicapați, compensarea medicamentelor, asistență socială.

România se plasează în urma țărilor europene dezvoltate în privința proporției deținute de cheltuielile sociale în PIB. Dacă în timpul regimului socialist, în ciuda unei retorici propagandistice privind grija față de om, domeniului social i s-a rezervat un loc cu totul secundar (sub 14% cheltuieli sociale în PIB), ulterior a avut loc o îmbunătățire din acest punct de vedere, dar nu una radicală. Cheltuielile sociale nu au depășit în anii tranziției 17% din PIB, față de peste 25% cât se înregistrează în majoritatea țărilor europene dezvoltate. Nevoile existente în societatea românească reclamă o proporție mai mare a cheltuielilor sociale în PIB, cu atât mai mult cu cât învățământul și îngrijirea sănătății sunt finanțate direct de la bugetul public. Or, protecției sociale (transferurile în cadrul asigurărilor și asistenței sociale) i se alocă o cotă de circa 10%, iar învățământului și sănătății circa 3% din PIB pentru fiecare, sub cotele practicate în țările unde o bună parte din cheltuielile pentru învățământ și sănătate se suportă direct de către populație.

lua în seamă performanța lor economică relativ scăzută. De asemenea, se acordă privilegii pentru cei cu situația materială bună prin universalizarea unor prestații sociale cum ar fi alocațiile pentru copii, sau acordarea de burse pentru studenți, scutirile de impozit pe salariu, chirii subvenționate etc. în afara criteriilor de venit. În același timp însă o serie de prestații sociale sunt menținute la niveluri scăzute. Este cazul pensiilor (mai ales al pensiilor pentru agricultori), al ajutoarelor sociale pentru familiile nevoiașe, al alocațiilor pentru persoanele instituționalizate (copii, bătrâni, bolnavi cronici), al resurselor alocate educației și îngrijirii sănătății.

La rândul lor, aprecierile subiective ale veniturilor familiei, efectuate de către subiecții dintr-o anchetă sociologică (eșantion național reprezentativ, N=1.510 persoane), relevă o situație pe care o putem caracteriza a fi deosebit de critică. Astfel pentru 34% din gospodăriile familiale veniturile nu ajung nici pentru strictul necesar; pentru alte 37% din gospodării veniturile ajung numai pentru strictul necesar; pentru 21% veniturile se situează doar la nivelul unui trai decent, iar 7% din gospodării reușesc să cumpere și unele bunuri mai scumpe, dar cu restrângeri în alte domenii, în timp ce doar 0,5% ar dispune de tot ce le trebuie (*Diagnoza Calității Vieții* – I.C.C.V., noiembrie 1996).

Totodată 7% din familii reușesc să economisească lunar bani și 23% dispun de anumite rezerve financiare, pe când 38% dintre gospodăriile familiale apelează la împrumuturi pentru a face față cheltuielilor

2. Politici active în domeniul ocupării forței de muncă și al șomajului

În perioada de tranziție la economia de piață problematica utilizării forței de muncă și a șomajului se pune cu o deosebită acuitate. Creșterii resurselor de muncă i-a corespuns o scădere continuă a populației active ocupate și apariția, începând cu anul 1991, a fenomenului de șomaj. Până în prezent nu s-a reușit o adevărată relansare economică prin care să se creeze un număr semnificativ de locuri de muncă în industrie și servicii, în schimb, a avut loc o sporire a populației ocupate în agricultură (de la 28,5% în 1989 la 34,5% în 1995), ceea ce echivalează cu o încetinire a dezvoltării.

Acest fapt este reflectat și în cercetările de opinie privitoare la posibilitatea de a obține un loc de muncă. Potrivit unei cercetări efectuate de I.C.C.V., asupra unui eșantion național de 1.500 persoane, circa 70% dintre intervievați au declarat că șansele sunt scăzute și foarte scăzute, față de numai 8%, care consideră că ele sunt ridicate (*Diagnoza Calității Vieții* – I.C.C.V., 1996).

Problematica ocupării forței de muncă este abordată prin două tipuri de politici sociale:

a) politici pasive, care privesc, în principal, plata în numerar pe o perioadă anumită, a unor indemnizații sub forma ajutorului de șomaj și a alocației de sprijin pentru cei care își pierd locul de muncă. Potrivit Legii nr.1/1991 privind protecția socială a șomerilor și integrarea lor profesională, ajutorul de șomaj se acordă pe o perioadă de 9 luni de la data intrării în șomaj. După expirarea acestei perioade șomerul primește, pentru o durată de 18 luni, alocație de sprijin, care reprezintă 60% din salariul minim pe economie. La terminarea perioadei de acordare a alocației de sprijin șomerul se poate reînscris în evidența Oficiului forței de muncă, dar fără a beneficia de drepturi bănești din Fondul de șomaj. În lipsa surselor de existență, aceste persoane pot să solicite ajutorul social, acordat săracilor.

Ponderea șomerilor care beneficiază de ajutorul de șomaj a scăzut de la 78,8% în anul 1991 la 30,8% în anul 1996 concomitent cu sporirea ponderii celor care primesc alocație de sprijin. Cronicizarea șomajului ca și creșterea numărului celor care solicită prima dată un loc de muncă au determinat sporirea ponderii șomerilor care nu beneficiază de drepturi bănești din fondul de șomaj de la 8,5% în anul 1993 la 29,8% în anul 1996.

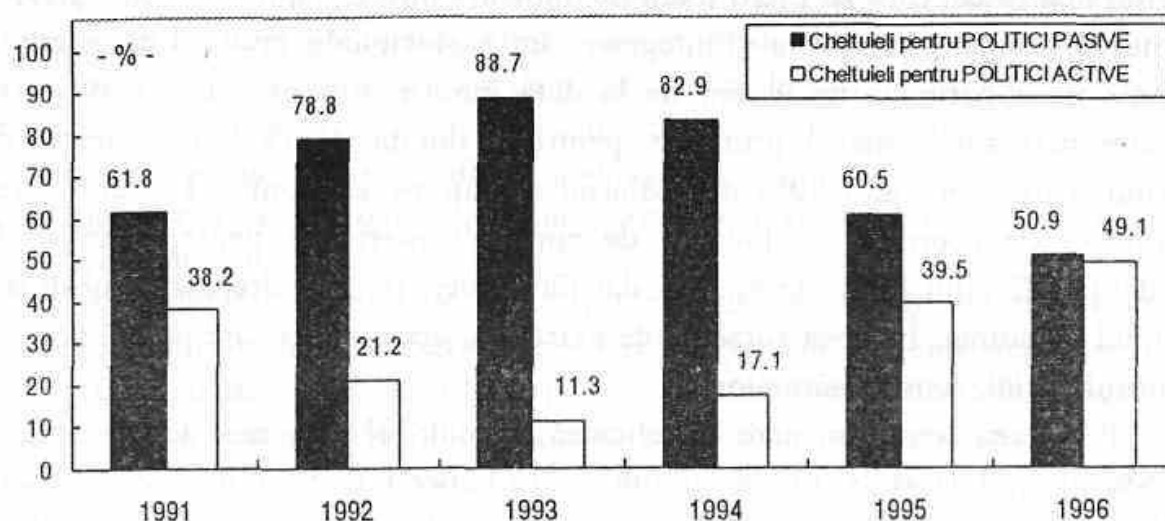
b) politici active, care sunt orientate către sprijinirea șomerilor să-și găsească un loc de muncă.

Politicile active de combaterea șomajului reprezintă, în general, inițiative și acțiuni individuale, de grup sau comunitare, sprijinite de regulă de către autoritatea publică de la nivel local sau/și național, cu scopul declarat al creșterii ocupării la nivelul unei unități teritorial-administrative bine determinate (localitate, regiune sau nivel național) prin atragerea la realizarea acestora, în principal, a celor direct afectați (deci a șomerilor).

Până în 1995 cheltuielile pasive au fost dominante, în schimb în 1996 cheltuielile pasive și active se echilibrează. Măsurile active, precum consilierea cu privire la locurile de muncă, schemele de pregătire profesională, ajutoarele de integrare profesională, creditele din Fondul de șomaj pentru crearea și dezvoltarea întreprinderilor mici și mijlocii, cu condiția ca acestea să angajeze persoane din rândul șomerilor (50% din locurile de muncă nou create), și chiar subsidii de ocupare (șomaj tehnic și plata personalului civil care lucrează în industria destinată apărării naționale și ordinii publice) sunt mai costisitoare decât prestațiile în numerar, dar pot să reducă durata șomajului și să sporească productivitatea.

Graficul nr. 3

Structura cheltuielilor pentru sprijinirea șomerilor, în anii 1991-1996



Sursa: Ministerul Muncii și Protecției Sociale (ICSMPS)

În perioada 1991–1995 cheltuielile cu măsurile de protecție socială a șomerilor au crescut permanent ca pondere în PIB, dar nu au depășit un prag de 1%. Nivelul modest al acestor cheltuieli se datorează opțiunii de păstrare a locurilor de muncă existente prin politici de subvenționare a agenților economici și de sprijinire, într-o oarecare măsură, a dezvoltării sectorului privat, dar și nivelului scăzut al ajutoarelor de șomaj și al alocațiilor de sprijin plătite din Fondul de șomaj, care a fost tot timpul excedentar.

Tabelul 3

Structura cheltuielilor active pentru sprijinirea șomerilor, pe acțiuni, în anii 1991–1996

	-%-					
	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total cheltuieli active	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
din care:						
– cheltuieli cu calificarea și recalificarea șomerilor	5.1	3.7	5.5	1.6	0.5	0.7
– subsidii ocupare	85.1	79.2	58.6	41.1	26.5	48.3
– plata pentru absolvenți	2.3	3.2	4.6	6.5	1.6	1.2
– ajutoare pentru integrarea profesională	–	–	–	6.1	21.0	15.7
– credite pentru întreprinderi mici și mijlocii	–	–	–	–	35.3	19.1
– ajutoare bănești pentru încălzirea locuințelor	–	–	–	25.2	5.5	–
– servicii de ocupare a forței de muncă	2.7	4.7	8.2	5.2	2.6	3.3
– alte cheltuieli (dotări, investiții etc.)	4.8	9.2	23.1	14.3	7.0	11.7

Sursa: M.M.P.S. – I.C.S.M.P.S.

Efectuarea cheltuielilor pentru promovarea de măsuri active de ocupare a condus la:

a) Sprijinirea numărului de absolvenți angajați (ca urmare a plății către agenții economici a 60% sau 70% din salariul minim pentru absolvenții de liceu și respectiv de învățământ superior) de la 4.299 din 1992 la 36.610 în 1994, cu o diminuare în 1995, când s-au înregistrat 26.328 de astfel de încadrări.

b) Sprijinirea numărului șomerilor care au participat la cursuri de calificare sau recalificare, de la 13 mii în 1991 (3,8%) la 133 mii în 1996 (20,2%).

c) Crearea prin credite pentru întreprinderi mici și mijlocii în perioada ianuarie 1995 – octombrie 1996 a 17.915 noi locuri de muncă, din care 11.125 au fost atribuite șomerilor (88% din total).

Un alt tip de politică activă în domeniul ocupării îl reprezintă sprijinirea directă a șomerilor (a tuturor celor în căutare de lucru) de a organiza afaceri pe cont propriu. Dezvoltarea sectorului privat devine unul din factorii esențiali ai eficienței guvernării, cu posibilitatea de a diminua presiunea asupra bugetului protecției sociale.

3. Politică în domeniul familiei

În România, potrivit legislației și declarațiilor oficiale, protecția familiei este o prioritate națională. În realitate, constatăm o eficiență scăzută a politicilor sociale destinate familiei, prin declinul indicatorilor demografici, prin valori relativ înalte ale indicatorilor ce exprimă neîntrunirea cerințelor de sănătate a reproducerii (mortalitate maternă, nașteri subponderale etc.), prin numărul mare al copiilor instituționalizați, prin delinvența înaltă în rândul minorilor, prin fenomene de tipul copiii străzii etc.

În același timp, și sumele alocate pentru protecția familiei, a copiilor și bătrânilor, a persoanelor cu diverse handicapuri s-au dovedit insuficiente.

Asistența socială

Prestațiile de asistență socială orientată spre familie conțin următoarele servicii:

– ajutorul social se acordă sub formă de prestație în bani familiilor și persoanelor fără venituri sau cu venituri mici ca diferență între un plafon de venituri (stabilit prin lege) și nivelul realizat al veniturilor familiei sau persoanei. La finele anului 1995 au beneficiat de ajutor social 559 mii familii, respectiv persoane singure.

– masa la cantinele de ajutor social se acordă unor persoane aflate în dificultate. În anul 1995 la cantinele de ajutor social au luat masa 46.085 persoane.

– ocrotirea minorilor se asigură pe mai multe căi: alocație de stat universalizată, acordarea unei alocații bănești pentru minorii aflați în plasament familial sau încredințați unor familii sau persoane; ocrotirea minorilor în

leagăne de copii, în case de copii și școli de reeducare; ocrotirea minorilor cu deficiențe în cămine–spital, cămine–atelier, cămine–școală; pregătirea școlară a minorilor cu deficiențe în unități speciale de învățământ (grădinițe, școli generale, licee); tranzitarea și trierea minorilor în centre de primire până la trecerea lor într-o altă instituție. În anul 1995 au fost ocrotiți în instituții 46.142 minori, prin plasament familial și încredințare 10.516 minori; de serviciile unităților de învățământ special au beneficiat 51.663 minori cu deficiențe;

– asistența vârstnicilor și a bolnavilor cronici lipsiți de mijloace de trai, cu sau fără susținători. Pentru această categorie de persoane (20.776 asistați în 1995) se acordă întreținere completă, asistență medicală și alte prestații în cămine pentru pensionari, cămine pentru bătrâni, cămine–spital și cămine–atelier;

– protecția specială a persoanelor handicapate se realizează prin servicii și prestații în natură (medicamente, tratament în unități sanitare, aparate ortopedice etc., gratuități în transport etc.) facilități fiscale; prestații bănești sub formă de ajutor lunar acordat persoanelor handicapate adulte fără venituri proprii, salariu pentru persoana care îngrijește și supraveghează permanent un handicapat, pensie socială pentru nevăzători, alocație de stat suplimentară pentru copii handicapați.

În anul 1995, numărul beneficiarilor de drepturi bănești acordate pentru handicapării neinstituționalizați a fost de 333,4 mii.

Participarea mai multor instituții publice la organizarea, desfășurarea și administrarea serviciilor de asistență socială (Ministerul Sănătății la activitatea leagănelor, caselor de copii, căminelor–școală, unitățile de învățământ special și școlile de reeducare fiind de competența Ministerului Învățământului, căminele pentru minorii cu deficiențe severe făcând parte din rețeaua Secretariatului de Stat pentru Handicapați, căminele de pensionari aflându-se în subordinea Ministerului Muncii și Protecției Sociale) comportă două laturi ale unei eficiențe scăzute: inechitate între grupurile protejate și cheltuielile curente ridicate (în special cu personalul).

Promovarea planingului familial

Ca urmare a reducerii substanțiale a nivelului de trai și a diminuării considerabile a protecției sociale, în ultimii ani numărul de copii născuți în România a fost depășit de numărul persoanelor decedate. Fiecare copil apărut în cadrul unei familii mărește probabilitatea ca acea familie să cadă sub pragul de sărăcie.

Datorită dorinței de a limita numărul de copii pe care să-i aibă, cuplurile din România și-au redus fertilitatea sub nivelul de înlocuire al unei generații, în principal prin folosirea avortului. Rata brută a fertilității a scăzut de la 56,2 născuți vii la 1000 de femei în vârstă reproductivă în 1990 la 46,6 în 1992 și

41,1 în 1995, în timp ce numărul avorturilor continuă să se mențină la un nivel extrem de mare: 2,12 întreruperi de sarcină la 1 născut viu.

La diminuarea ratei fertilității o contribuție însemnată a avut și scăderea numărului de căsătorii înregistrate anual de la 8,3 la 1000 de locuitori în 1990, la 6,8 în 1995. Dificultățile în dobândirea unei locuințe, creșterea ratei șomajului și lipsa unei politici guvernamentale de protecție a tinerelor familii reduc tot mai mult motivația tinerilor pentru încheierea unei căsătorii.

La nivelul întregii societăți se resimte o lipsă de informații privind planingul familial, lipsă determinată de faptul că avortul a fost interzis în perioada 1966–1989, iar după Revoluție nu s-au constituit o infrastructură și o logistică corespunzătoare.

Preferința pentru avort, ca mijloc de control al dimensiunii familiei, face ca mortalitatea maternă să se mențină în continuare la unul dintre cele mai ridicate niveluri din Europa.

Deși rata mortalității materne a scăzut de la 168,1 la 100.000 născuți în 1989 la 59,9 în 1992 și 47,5 în 1995, nivelul acesteia continuă să fie îngrijorător de mare, avortul provocat continuând să fie principala cauză a mortalității materne (60% în 1990, 62% în 1992, 63% în 1995).

Rata extrem de ridicată a avorturilor pare să fie un factor principal de scădere a fertilității. Femeile ce înlătură o sarcină nedorită prin avort prezintă un risc mult mai mare de a avea într-un timp scurt o nouă sarcină nedorită, aceasta fiind de cele mai multe ori înlăturată pe aceeași cale. Recurgerea frecventă la avort ca mijloc de control al dimensiunii familiei mărește riscul îmbolnăvirilor, iar pe termen lung reduce fertilitatea.

În prezent se încearcă o schimbare a orientării familiilor în alegerea mijloacelor de control al dimensiunii familiei către mijloacele moderne de contracepție. Reducerea numărului de avorturi va însemna nu numai o îmbunătățire a stării de sănătate a femeilor din țara noastră, dar și o creștere a nivelului fertilității în următorii ani.

În viitor, în cadrul politicii familiale este necesară acordarea unei atenții deosebite pentru promovarea unui program de planificare familială pe termen lung care să țină cont de realitățile existente în țara noastră și să urmărească în primul rând reducerea numărului de avorturi și stimularea dorinței cuplurilor de a avea copii.

Protecția socială a copilului

Apărarea dreptului la viață a tuturor copiilor născuți impune luarea unor măsuri ferme de reducere a mortalității infantile și asigurarea unor condiții optime de viață, de sănătate și de educație.

Proporția mare de femei aflate pe piața muncii, corelată cu legislația privind concediul post-natal (de maxim 1 an), conduce la neasigurarea unor soluții adecvate pentru creșterea copiilor mici de la 1 la 3 ani. Creșele pentru

copii sunt adesea ineficiente, punând accentul pe aspectele medicale în detrimentul educației.

Probleme deosebite apar la supravegherea după orele de program a copiilor preșcolari și a celor din ciclul primar.

COPIII STRĂZII

Copiii străzii reprezintă un fenomen acut de neintegrare socială. Existența lui se explică, în parte, prin lipsa de responsabilitate a unor familii în îngrijirea copiilor, în parte, prin lipsa de eficiență a serviciilor de asistență socială.

Se pot distinge trei categorii de copii ai străzii:

– copii care trăiesc permanent pe stradă, fiind lipsiți de locuință și educație. Ei nu mai au legătură cu familia (adesea destrămată), iar unii nici nu mai au cunoștință de părinții lor;

– copii care vin temporar (în funcție de anotimp) să trăiască pe stradă. După un timp ei revin în familiile lor sau în instituțiile de ocrotire;

– copii care sunt trimiși de propria familie să obțină bani din cerșit, prostituție, diferite munci, furt etc.

Numărul copiilor străzii se estimează a fi de câteva mii, cu precădere în orașele mari, București, Constanța, Galați, Oradea, Iași. Sunt și județe în care fenomenul nu este prezent. Potrivit unei anchete realizate în 1996 de către Centrul de Studii și Cercetări pentru Tineret asupra a 220 de copii ai străzii din București reiese că 71% provin din familii dezorganizate, 23% din casele de copii, iar 6% sunt pe stradă de când se știu.

Acești copii dorm pe străzi, prin canale. Marea majoritate nu au fost la școală sau nu au reușit să obsolve nici ciclul primar, mulți sunt bolnavi. Prostituția și abuzul sexual asupra copiilor străzii reprezintă una din cele mai grave probleme, cu atât mai mult cu cât sunt implicați și adulții (români și străini).

Până în prezent acțiunile întreprinse de autoritățile și organizațiile neguvernamentale se dovedesc insuficiente în eliminarea fenomenului copiilor străzii.

Iată câteva obiective pe care le considerăm fundamentale pentru creșterea eficienței politicilor sociale în domeniul copilului și familiilor cu copii: educația în familie ar trebui stimulată prin extinderea posibilităților de a beneficia de concediu post-natal (plata a 65% din salariu conform Legii 31/1990) de la 1 an la 3 ani. O parte din bani ar putea fi furnizați prin diminuarea numărului de copii aflați în creșe. Practic numărul mamelor cu copii de 1 și 2 ani este de circa 400.000, dintre acestea multe sunt în situația de a refuza concediul post-natal neplătit între 1 și 3 ani ai copilului.

În paralel, pentru tinerele mame ar trebui înființate centre de consiliere și centre de zi prin care acestea să poată participa împreună cu copiii la diverse

acțiuni educative și recreative și unde, în situații speciale, mamele să-și poată lăsa copilul un număr limitat de ore.

În privința caselor de copii este nevoie de o regândire a instituțiilor pentru a separa clar latura de protecție socială de cea de educație.

Va trebui prevenită mutarea copiilor din casele de copii dintr-o instituție în alta (*exemplu*: din case de copii preșcolari în case de copii școlari), soluție ce conduce adesea la separarea fraților între ei și la traume psihice (emoționale) datorate unor astfel de fenomene.

COPII ÎN SITUAȚII DE RISC: COPIII DE ȚIGANI (RROMI*)

Situația materială precară din unele familii de rromi, nivelul scăzut al educației părinților, stilul de viață deficitar reprezintă factori interni de risc pentru copii.

Potrivit datelor obținute la Recensământul din ianuarie 1992 în România s-au declarat 409.723 de țigani (rromi), adică 1,8% din populația țării. Estimările realizate de specialiști pe baza unor metode științifice, indică o populație de țigani de circa 1 milion de persoane (peste 4% din populația țării), oricum este evident că numărul rromilor, deci și al copiilor aparținând acestei etnii este destul de mare.

Dintr-un studiu realizat în 1992, de ICCV și Universitatea București rezultă că doar 51% dintre copii de rromi din țara noastră, având vârsta de 10 ani frecventează regulat cursurile școlare. Alți 14% întrerupseseră școala, 16% o frecventau când și când, iar 19% nu se înscrieseră vreodată (Vezi lucrarea *Țigania între ignorare și îngrijorare*, coord. Cătălin Zamfir și Elena Zamfir, Editura Alternative, București, 1993, p. 59–63).

O parte însemnată a copiilor de țigani nu au certificate de naștere, ca urmare nu pot apela la spitale și dispensare medicale, nu pot merge la școală și nu iau alocația pentru copii. Din cei 2.274 de copii studiați de Janassen în 1995, 121 (5%) nu aveau certificat de naștere din neglijența părinților (*Gipsies in Dolj*, Research Report by Kjell Reidar Janassen, Red Barnet, Craiova, 1995). Dacă proporția s-ar menține în toată populația de țigani, numărul total de copii fără certificat de naștere ar putea fi de 20.000 – 40.000 la nivelul întregii țări, or lipsa unei identități oficiale privează o persoană de multe drepturi pe tot parcursul vieții, iar copiii de țigani sunt supuși într-o măsură mai mare acestui risc.

* Ortografiere după textul original

Trebuie reconsiderate principiile de trimitere a adolescenților cu probleme de comportament în școlile de reeducare. De asemenea, trebuie prevenită trimiterea tinerilor de 16–18 ani, la cerere, direct în închisoare. Specializarea unor juriști în problemele delincvenței juvenile, care să apere și să judece exclusiv cauzele minorilor, va fi o condiție *sine qua non* pentru succesul unei schimbări în acest domeniu.

O atenție deosebită reclamă protecția copiilor ce trăiesc în familii cu situații de risc: copiii de țigani, cei din familiile monoparentale, din familiile cu mulți copii, familiile de șomeri etc. Excluziunilor sociale sistematice pe care acești copii le suportă ar trebui să li se răspundă prin tot atâtea programe speciale de protecție.

Protecția persoanelor vârstnice în instituții de ocrotire

Evoluția demografică în România se încadrează în tendințele europene și mondiale de îmbătrânire a populației, cu consecințe economice și sociale importante. Ponderea persoanelor de 65 de ani și peste în ultimii ani arată astfel:

Tabelul 4

Ponderea persoanelor de 65 de ani și peste

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
10,1%	10,4%	10,7%	11,1%	11,4%	11,7%	12%	12,2%

În situația actuală, pentru o mare parte a populației vârstnice se pune problema asigurării veniturilor necesare existenței. Deși, începând cu anul 1990, s-au adoptat măsuri ce vin în sprijinul populației vârstnice prin legislația referitoare la pensii și ajutoare sociale, problema asigurării unor venituri suficiente pentru un trai demn, civilizat nu este în fond rezolvată. În primul rând există un număr destul de însemnat de bătrâni lipsiți de orice sursă de venit, fiind dependenți material de descendenți, iar în al doilea rând, pentru că o mare parte a pensionarilor se situează, prin nivelul veniturilor lor, sub nivelul minim de trai.

Starea materială precară a multor persoane vârstnice, problemele de sănătate, solitudinea, deteriorarea climatului psiho-afectiv din unele familii, inexistența unor sisteme de sprijinire a familiilor și de asistență la domiciliu duc la adoptarea instituționalizării ca soluție de viață, dar și ca modalitate de excludere a bătrânilor din interiorul familiilor.

Modalitatea de internare se bazează în principal pe cerere, pe solicitarea din proprie inițiativă, ceea ce denotă o slabă implicare a serviciilor de asistență socială în acțiunea de cunoaștere a stării și condițiilor persoanelor vârstnice care se află în situații de risc major. Rămân astfel multe cazuri speciale nesoluționate, datorită organizării slabe a serviciilor de asistență socială, lipsei specialiștilor, insuficienței personalului.

Deși pe plan mondial tendința este ca instituționalizarea să fie folosită drept ultimă soluție și, în acest sens, politica socială este reorientată spre sprijinirea familiei ca principal suport de protecție a bătrânilor, în România instituționalizarea rămâne încă o soluție necesară, atâta timp cât internarea rezolvă, în limite acceptabile, nevoia de locuință, de asigurare a hranei și în multe cazuri conferă un sentiment de securitate. Pentru îndeplinirea obiectivelor

acestor instituții se impune alocarea unor fonduri sporite față de cele de care se beneficiază în prezent. Avem în vedere, în primul rând resursele pentru hrana și îngrijirea sănătății.

4. Politica în domeniul sănătății populației

Sistemul de ocrotire a sănătății furnizează servicii de îngrijire medicală prin dispensare, policlinici și spitale. Serviciile de sănătate sunt gratuite și de ele beneficiază întreaga populație, cu excepția serviciilor spitalicești unde accesul este condiționat de plata contribuției de 2% la fondul special de sănătate.

În cazul cheltuielilor cu această destinație finanțate de la bugetul de stat, 75,3% sunt cheltuieli cu personalul, deși salariile sunt unele dintre cele mai reduse din țară. În același timp, sumele alocate unităților sanitare (reparații, investiții) sunt extrem de reduse. Potrivit prevederilor legale în vigoare, prevenirea îmbolnăvirii și îngrijirea sănătății sunt gratuite. Cu toate acestea, proporția cheltuielilor pentru cumpărarea de medicamente și articole tehnico-medice, ca și pentru plata serviciilor de îngrijire medicală și lucrări stomatologice în totalul cheltuielilor bănești ale populației este mare (7,9% în medie pe o gospodărie, cu creșteri în cazul gospodăriilor de pensionari la peste 12%, în anul 1995).

Fără îndoială că în ultimii ani au existat preocupări pentru ameliorarea problemelor de sănătate ale populației. Starea de sănătate a populației și calitatea serviciilor medicale confirmă existența unei situații critice. Resursele bugetare insuficiente și amploarea sărăciei unei părți a populației, se corelează cu o slabă preocupare la nivel public și individual pentru practicarea unor obiceiuri de viață sănătoasă și pentru diminuarea factorilor ce duc la îmbolnăviri.

Sistemul de îngrijire a sănătății din România dispune de personal medical de înaltă calificare. Numărul de persoane ce revin la un medic (552 persoane în anul 1996) este însă peste cel întâlnit în țările dezvoltate. În același timp se poate aprecia că se dispune de o înzestrare la nivel mediu în ceea ce privește dotările materiale (rețeaua de instituții medicale, locuri în spitale, echipament etc.). În schimb, resursele financiare alocate sunt cu mult sub nevoi, ceea ce diminuează sever calitatea îngrijirii medicale a populației, datorită imposibilității efectuării unor anumite intervenții chirurgicale, a lipsei de reactivi și medicamente.

Cabinetele medicale particulare rezolvă un segment extrem de îngust al cererii de servicii, prețurile practicate fiind prohibitive pentru cea mai mare parte a populației. Serviciile private se regăsesc mai ales în asistența stomatologică. De asemenea, remarcăm sporirea numărului de farmacii particulare. Totuși, existența cabinetelor particulare nu constituie încă o alternativă concurentă în raport cu oferta publică.

Având în vedere nivelul scăzut al valorii P.I.B.-ului și alocarea de numai 3% pentru îngrijirea sănătății, corelate cu volumul și diversitatea serviciilor ce trebuie asigurate, constatăm că România se află, într-adevăr, într-o situație de criză în domeniul sănătății populației. Ne aflăm, deci, într-un moment în care va trebui să se ia decizii majore în privința asigurării resurselor financiare în raport cu nevoile existente și modul de organizare al serviciilor de sănătate.

Dacă se va continua sistemul actual de gratuități, va fi necesară suplimentarea fondurilor alocate de la buget. Schimbarea modului de finanțare, prin asigurările sociale de sănătate, nu va furniza automat și resursele necesare. În plus, el presupune și sporirea cheltuielilor de administrare. Ar trebui estimat cât mai exact acest cost înainte de introducerea sistemului nou. În același timp, reforma îngrijirii sănătății trebuie să asigure accesibilitatea pentru întreaga populație, ceea ce va necesita în continuare alocații substanțiale direct de la bugetul public.

REFORMA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE ȘI A METODEI DE ALOCARE A RESURSELOR

Obiectivele declarate ale reformei serviciilor de sănătate din România sunt următoarele:

- restructurarea asistenței medicale primare și separarea acesteia de asistența medicală secundară (policlinici) și terțiară (spitale). În concretizarea acestui obiectiv trebuie avute în vedere rezultatele experimentului, realizat în anii 1994–1996 în 8 județe, pentru reabilitarea activității medicale.
- creșterea accesibilității și adresabilității la serviciile medicale primare;
- libertatea alegerii medicului de către pacient;
- creșterea calității serviciilor medicale prin introducerea unor elemente competitive în activitatea medicilor și prin modul de finanțare;
- focalizarea activității medicilor de familie spre serviciile preventive și profilactice;
- integrarea serviciilor medicale în cadrul unei strategii naționale de asigurări sociale pentru sănătate;
- crearea unei oferte de servicii mixte – publice și private;
- creșterea eficienței activităților sub aspectul costurilor și al eficacității actului medical.

Starea de sănătate a populației

Din observarea principalelor fenomene care exprimă starea de sănătate a populației României între anii 1990–1996 rezultă o diagnoză prea puțin încurajatoare:

- speranța de viață la naștere (durata medie a vieții) a scăzut de la 69,78 ani în 1990–1992 la 69,3 ani în 1996. Diferențele între cele două sexe, ca și

între mediile rezidențiale în privința duratei medii a vieții sunt importante. Pentru intervalul 1993–1995, durata medie a vieții pentru bărbați a fost de 65,70 ani, comparativ cu 73,36 pentru femei. Valorile duratei medii a vieții sunt de 68,46 ani în mediul rural și de 70,05 în mediul urban;

– numărul decedaților la 1000 locuitori a crescut de la 10,6 la 12,6 (în perioada 1990–1996).

Începând cu 1992, numărul decedaților îl depășește pe cel al născuților vii. Sporul natural al populației fiind de 0,2 în 1992 și 2,4 la 1000 locuitori în 1996.

Între cauzele mortalității generale pe primul loc se află bolile aparatului circulator, urmează decese datorită tumorilor și bolilor aparatului respirator;

– numărul decedaților sub un an/1000 născuți vii, deși a scăzut de la 26,9 la 22,2 în perioada 1990–1996, a rămas totuși extrem de ridicat.

Indicii mortalității infantile pe județe, relevă că aceasta a crescut, între anii 1990–1995 în jud. Gorj (de la 21,9 la 23,9) și Iași (de la 26,5 la 27,2). În anul 1995, valori extrem de mari ale acestui indicator s-au menținut în județele Botoșani (31,9), Constanța (28,7), Giurgiu (29,1), Ialomița (29,2), Călărași (28,2).

Cea mai mare incidență în planul cauzelor mortalității infantile ridicate (România se situează pe locul al II-lea în Europa, după Albania) o au bolile aparatului respirator și cauzele prenatale.

Din analiza structurii incapacității temporare de muncă rezultă o creștere cu 62% a incidenței îmbolnăvirilor în perioada 1990–1995 (de la 639 la 1020 zile concediu medical/100 salariați). Cele mai mari creșteri s-au produs în industria cărbunelui și în industria pielăriei și blănăriei. Pe cauze, cele mai frecvente au fost: accidentele (între 16 și 13,8%), bolile aparatului respirator (între 13,6 și 14,2%), bolile aparatului digestiv (între 12,7 și 13,1%) și bolile sistemului osteo-articular (între 10,1 și 12,7%).

În acest context subliniem și faptul că bolile aparatului digestiv și, în bună parte cele ale aparatului respirator, care dețin o deosebită pondere în creșterea incapacității temporare de muncă, au o etiologie clară în deficiențele cronice în modul de nutriție al unor categorii largi de populație. Acest fapt este susținut și de rezultatele anchetei sociologice efectuate de *Institutul de Cercetare a Calității Vieții*, în anul 1994, asupra dimensiunilor sărăciei în România, care atestă că "cea mai importantă problemă a familiei", pentru aproximativ 85% dintre subiecți, vizează frustrările majore în consumul alimentar.

Activitatea sanitară

Indicatorii activității sanitare din România, între anii 1990–1995 relevă următoarele:

– durata medie de spitalizare a crescut de la 11,4 zile în 1990 la 11,7 zile în 1993 după care a scăzut la 10,9 zile în 1995;

– utilizarea paturilor per total a crescut de la 247,1 zile/pat în 1990 la

- 289,3 zile/pat în 1994, pentru ca în anul următor să fie de 283 zile/pat;
- indicatorul om-zile spitalizare la 100 locuitori a scăzut de la 225,8 la 215,6;
 - numărul internărilor în spital/100 locuitori a fost de 20,1 în 1990, 21,1 în 1994 și 20,2 în 1995;
 - indicatorul tratamente și consultații pe un locuitor a scăzut de la 8,3% la 7,9%, cea mai mare pondere deținând-o tratamentele stomatologice (între 2,1% și 2,4%); consultațiile pe locuitor în dispensare au scăzut de la 3,4% la 2,6% în perioada de referință.

Eficiența ofertei de servicii medicale publice

Eficiența cheltuielilor pentru sănătatea publică, în principiu, depinde de măsura în care resursele alocate sunt bine orientate, atât spre medicina curativă cât și spre cea preventivă. Această eficiență este exprimată atât analitic, cât și sintetic prin intermediul principalilor indicatori ai stării de sănătate a populației și printr-o seamă de indicatori demografici.

În măsura în care eficiența cheltuielilor pentru sănătatea publică este evaluată din perspectiva sprijinului și ofertei medicale de care beneficiază îndeosebi populația mai săracă, în prezent se poate afirma că există o concentrare relativ slabă de resurse spre categoriile de populație dezavantajate.

Dispensarele, care ar trebui să îndeplinească funcții medicale de bază (diagnostic inițial și analiză medicală, tratament primar, îngrijire prenatală, controlul creșterii, îngrijirea nou-născuților și a copiilor mici, prevenirea unor boli, îngrijirea la domiciliu și efectuarea unor vizite de control consecutive spitalizării etc.) au o infrastructură necorespunzătoare, fiind precar utilizate, discontinuu aprovizionate cu medicamente și materiale sanitare și înzestrate cu personal specializat insuficient. De aceea, în mare măsură, recurgerea la un nivel superior de îngrijire, chiar cu prețul unor cheltuieli suplimentare destul de mari din partea populației, reflectă deficiențele din sistemul de asistență medicală primară. Acest fapt este atestat și prin evoluția unui mare număr de indicatori privind activitatea sanitară: menținerea duratei medii de spitalizare la un nivel destul de ridicat, creșterea duratei de utilizare a paturilor per total și creșterea numărului de internări în spital la 100 locuitori. Astfel de fenomene s-au petrecut simultan cu scăderea numărului de tratamente și consultații/locuitor.

La rândul său, și aprecierea subiectivă determinată prin anchete de opinie, reflectă neajunsurile semnalate anterior. Astfel prin studiul realizat de către ICCV, în 1996, s-a constatat că un procent însemnat din populație consideră că are probleme grave de sănătate, respectiv 26%. În același timp, un procent de 22%, consideră că asistența medicală este slabă și foarte slabă, față de 76% care o percep a fi cel puțin satisfăcătoare (Diagnoza Calității Vieții – I.C.C.V., 1996, N=1510 persoane).

Prin urmare, îmbunătățirea stării de sănătate a populației este un obiectiv ce trebuie să mobilizeze atât măsuri de ordin medical cât și măsuri de asigurare a unui mod de nutriție calitativ superior prin diminuarea stării de sărăcie.

Ridicarea calității activității în rețeaua primară de asistență medicală constituie de asemenea o soluție reală pentru ameliorarea generală a stării de sănătate, și mai ales pentru segmentele de populație defavorizate.

5. Politica în domeniul învățământului

Dezvoltarea rețelei de învățământ

În învățământul românesc de toate gradele învață (1995/1996) 4,7 milioane elevi și studenți (peste 20% din populația țării).

Învățământul de bază este organizat în limba română și în limbile minorităților naționale, funcționând clase în limbile maghiară, germană, sârbă, ucraineană, slovacă ș.a. De asemenea, în învățământul superior sunt constituite secții cu predare în limbile minorităților naționale. Când privește limbile moderne, acestea se predau începând cu clasa a II-a. În anul școlar 1994/1995 două treimi (67.8%) dintre elevii învățământului primar studiau una dintre limbile moderne (72% – elevi din urban și 62% – elevi din rural). Totodată s-au înființat clase cu predare intensivă a unei limbi moderne și școli gimnaziale cu predare în una dintre limbile de circulație (engleza, franceza, germana, spaniola etc.).

În perioada de după 1989 se constată apariția, și dezvoltarea învățământului particular. Extinderea cea mai semnificativă a înregistrat-o învățământul superior particular.

O altă direcție în dezvoltarea rețelei de învățământ este reprezentată de adoptarea în învățământul preșcolar, primar și gimnazial a unor forme de instruire prin grupe sau clase de învățământ alternativ (Waldorf, Montessori etc.). Anul școlar 1994–1995 a marcat prima promoție de absolvenți ai învățământului primar de tip Waldorf.

Învățământul general obligatoriu este organizat preponderent în unități școlare de cultură generală, dar cuprinde și clase cu program integral sau suplimentar de artă și sport.

Totodată este organizat **învățământul pentru copii cu nevoi educative speciale.**

STRUCTURA SISTEMULUI DE ÎNVĂȚĂMÂNT

Învățământul preșcolar este organizat pentru copii de 3–6 ani pe grupe, ultima fiind grupa pregătitoare pentru școală.

Învățământul general obligatoriu, pentru copii începând cu vârsta de 7 ani (6 ani la solicitarea părinților) este organizat în:

- învățământ primar: clasele I–IV
- învățământ secundar – ciclul I (gimnazial): clasele V–VIII

Învățământul secundar – ciclul II, organizat în:

- învățământ liceal: IX–XII (XIII)
- învățământ profesional (2–4 ani) și de ucenici (1–3 ani)
- învățământ tehnic de maiștri
- învățământ postliceal (1–3 ani)

Învățământul superior de stat, organizat în:

- învățământ universitar de scurtă durată (de 3–4 ani) – colegii universitare
- învățământ universitar de lungă durată (4–6 ani, în funcție de profil)
- învățământ postuniversitar:
 - studii aprofundate (1–2 ani)
 - studii academice postuniversitare (2–3 ani)
 - doctorat
 - studii postuniversitare de specializare (cel puțin 1 an)
 - cursuri de perfecționare

Sistemul de învățământ din România, Cornelia Novak, ISE, 1996.

Evoluția populației școlare

Pentru anul școlar 1995/1996 se constată o scădere a efectivelor totale de elevi (o diminuare cu aproape 16%, comparativ cu anul 1989–1990). Fenomenul se explică, în cea mai mare parte prin diminuarea populației de vârstă școlară, dar și prin accentuarea fenomenului de neparticipare la educație. Evoluția efectivelor diferă totuși pe niveluri de învățământ. Reducerea efectivelor a avut loc numai în învățământul preuniversitar (revenirea, în 1990, la obligativitatea învățământului doar pentru 8 clase, față de 10 clase în deceniul trecut, a avut un rol semnificativ în diminuarea efectivelor în învățământul liceal). Are loc însă o creștere importantă (de două ori) a numărului studenților cuprinși în învățământul superior.

Gradul de cuprindere în sistem

Gradul de cuprindere în învățământ variază pe niveluri educaționale și în raport cu categoriile de vârstă ale subiecților. Deoarece vârsta de intrare în clasa I este de 7 ani, dar se poate intra și la 6 sau la 8 ani, în aceeași clasă pot fi cuprinși deci elevi de diferite vârste. Astfel, de exemplu, la 10 ani copiii pot fi cuprinși fie în învățământul primar, fie în cel gimnazial, iar la 14 ani pot fi cuprinși fie în învățământul gimnazial, fie în cel postgimnazial. Din acest considerent, gradul de cuprindere în învățământ pe vârste (egal cu numărul de elevi de vârsta ciclului cuprinși în sistemul de învățământ/elevi de vârsta ciclului) reflectă mai fidel potențialul uman, decât rata de cuprindere pe cicluri (niveluri) de învățământ.

Tabelul 5

Evoluția gradului de cuprindere în învățământ
a populației de vârstă școlară

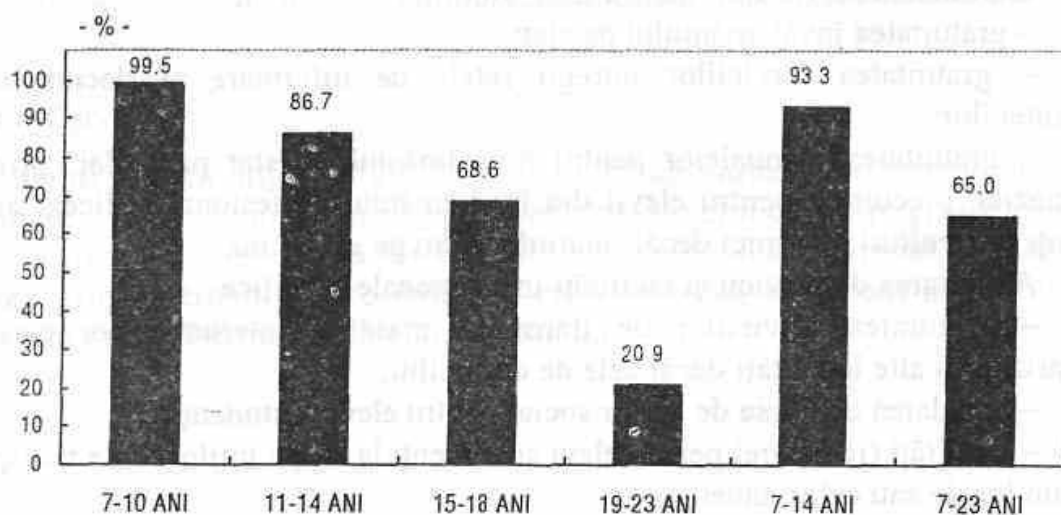
Vârste (ani)	1990/1991	1991/1992	1992/1993	1993/1994	1994/1995
3-6	54,3	51,9	53,3	50,2	55,2
7-10	90,9	92,4	93,8	96,9	99,4
11-14	91,4	88,8	86,1	86,5	84,6
15-18	90,7	76,1	67,0	63,7	68,9

Sursa: Anuarul statistic 1996, p.259.

Graficul nr.4

Gradul de cuprindere în învățământ pentru anul școlar 1995/1996

-în procente-



Sursa: *Învățământul din România*, CNS, 1996, p.11 și 127

În învățământul primar și gimnazial, care este obligatoriu și gratuit, se înregistrează o rată de necuprindere de 5,1%.

În condițiile cifrelor de școlarizare stabilite, învățământul liceal cuprinde în medie 60% din absolvenții de gimnaziu, iar cel profesional aproximativ 25%; circa 15% din absolvenții de gimnaziu nu mai continuă studiile.

Cuprinderea în învățământul superior a absolvenților de liceu a crescut de la 14–15% în anii școlari 1989/90 la 30–31% în 1991/92 și la 36–38% în ultimii patru ani. Creșterea se referă atât la învățământul superior de stat, cât și la cel particular. Comparativ cu anul universitar 1991/92 numărul studenților a crescut de la 215,2 mii la 336,1 mii, adică cu 56,2% (din care 16,5% în învățământul public și 39,7% în cel particular).

Tabelul 6

Ponderea studenților din anul I în raport cu numărul absolvenților de liceu din anul respectiv

1989/90	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96
14.6%	31.1 %	30.5%	38.5%	37.8%	36.6%	36.5%

Sursa: *Documentar Statistic*, Ministerul Învățământului, 1996.

Pierderile școlare

Pierderile școlare cuprind: repetenția, abandonul și, într-o proporție mult mai mică, situația neîncheiată la data de 1 septembrie a fiecărui an.

POLITICI EDUCAȚIONALE ÎN ASIGURAREA ACCESULUI LA EDUCAȚIE

- Gratuitatea serviciilor, instituțiilor, studiilor, asistenței, bazei logistice
 - gratuitatea învățământului de stat;
 - gratuitatea serviciilor întregii rețele de informare și documentare a bibliotecilor;
 - gratuitatea manualelor pentru învățământul de stat preșcolar, primar și gimnazial, precum și pentru elevii din învățământul profesional și liceal ai căror părinți au venituri mai mici decât salariul minim pe economie;
- Asigurarea de servicii și facilități instituționale specifice
 - asigurarea serviciilor de transport, masă și internat celor care sunt școlarizați în alte localități decât cele de domiciliu;
 - acordarea de burse de ajutor social pentru elevi și studenți;
 - facilități (reducere) pentru elevi și studenți la zi, pe mijloace de transport în comun locale sau celor navetiști;
 - reducere și transport intern auto, feroviar și naval, în vacanță, elevilor și studenților;
 - cofinanțarea întreținerii preșcolărilor, elevilor și studenților în internate, cămine și cantine.

Protecția socială a copiilor, elevilor și tinerilor cu cerințe educative specifice (cu handicap și nevoi speciale):

- organizarea și funcționarea de instituții, clase și grupe pentru preșcolari și elevi cu cerințe speciale;

- posibilitatea continuării școlarizării copiilor cu cerințe educative speciale prin profesionalizarea liceală și postliceală;

- organizarea centrelor logopedice interșcolare profesionalizate;

- organizarea de unități specifice – case de copii și case de copii de tip familial – pentru copiii orfani, proveniți din familii sărace, native, adoptive sau din plasament familial.

Standarde calificate în servicii de orientare școlară și consiliere pentru cariera profesională:

- înființarea centrelor sau cabinetelor de asistență psihopedagogică profesionalizate.

Respectarea dreptului de patrimoniu cultural, lingvistic, de proprietate intelectuală:

- dreptul minorităților de a fi instruite și de a învăța în limba maternă;

- dreptul de a se organiza clase și grupe de învățământ special în unitățile cu predare în limbile minorităților naționale;

- dreptul de instruire în limba maternă, de organizare de unități școlare, de grupe cu predare în limba minorităților, de reflectare în conținut a istoriei și tradițiilor fiecărei minorități, cu asigurarea manualelor și a suporturilor materiale, pregătirea personalului didactic în limba respectivă.

Cartea Albă a Reformei învățământului din România – MI, 1995.

Abandonul școlar

Actualul sistem informațional ne permite să cunoaștem abandonul din timpul anului, nu se cunoaște însă ponderea abandonului definitiv și cea a celui temporar (urmat de revenirea în sistem). Abandonul din timpul anului se calculează prin diferența dintre numărul celor cuprinși în sistem la începutul anului școlar și a celor rămași la sfârșitul anului.

Tabloul 7

Abandonul școlar (din timpul anului) pe niveluri de învățământ

învățământ primar	învățământ gimnazial	învățământ liceal	învățământ profesional	învățământ complementar	învățământ postliceal
0,55%	0,76%	2,15%	4,9%	6,8%	7,1%

Sursa: *Învățământul din România, CNS, 1996*

Există o diferență între rata abandonului din învățământul general din mediul urban și cea din rural, respectiv 0,22% și 1,89%

În învățământul liceal cele mai mari rate ale abandonului se înregistrează în cadrul liceelor industriale (6,8%) și agricole (6,0%).

Repetenția

Tabelul 8

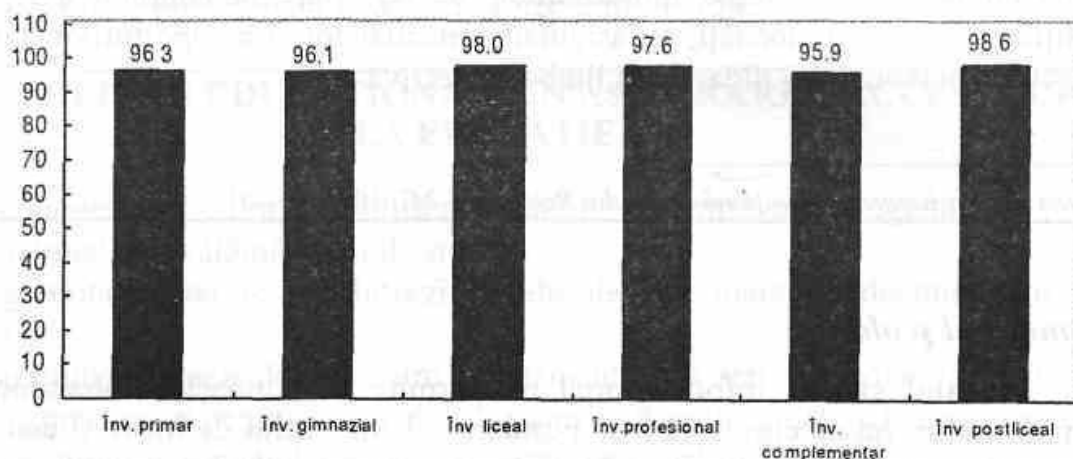
Rata repetenției în anul școlar 1995/96 pe niveluri de învățământ

învățământ primar	învățământ gimnazial	învățământ liceal	învățământ profesional	învățământ complementar	învățământ postliceal
3.31%	3.2%	1.6%	2.07%	3.2%	0.8%

Sursa: *Învățământul din România*, C.N.S., 1996

Grafiicul nr.5

Gradul de cuprindere în învățământul preuniversitar în 1995/ 1996



Sursa: *Învățământul din România*, CNS, 1996

Fenomenul repetenției se manifestă diferit în învățământul general obligatoriu, în unitățile din mediul urban și cele din mediul rural:

	urban	rural
– primar	2,5%	4,6%
– gimnazial	2,8%	4,4%

În învățământul liceal cele mai mari rate ale repetenției se înregistrează în cadrul liceelor industriale (2,93%) și agricole (2,45%).

**Premiile elevilor români la olimpiadele internaționale
(matematică, fizică, informatică, chimie)**

	Aur	Argint	Bronz	Total
1985	5	6	2	13
1986	3	4	6	13
1987	9	4	2	15
1988	4	9	1	14
1989	3	6	3	12
1990	2	8	2	12
1991	5	8	5	18
1992	3	7	5	15
1993	4	5	8	17
1994	2	8	5	15
1995	6	7	2	15
1996	7	10	2	19
	53	82	43	178

Sursa: Date calculate după: D.Săvulescu – Centralizator privind participarea elevilor români la Olimpiadele internaționale, pe discipline de învățământ, M.I.-I șt.Ed.1996

Stocul de învățământ

Proporția populației care a absolvit cel puțin nivelul de învățământ primar crește de la 89,2 în 1966 la 95,7 în 1996. Creșterile mai substanțiale se înregistrează la nivelurile superioare. Proporția populației care a absolvit cel puțin învățământul gimnazial sporește de la 24,7% la 75%, iar a celor care au absolvit liceul sporește de la 8,8% la 28,5%.

Tabelul 9

Structura pe niveluri de învățământ a populației de 12 ani și peste

- % -

Populația de 12 ani și peste	1966 (15.2 mil.)	1977 (16.9 mil.)	1992 (18.8 mil.)	1996 (19.06 mil.)
învățământ superior	2.1	3.6	5.1	5.6
învățământ liceal și postliceal	6.7	10.6	20.4	22.9
învățământ profesional	4.8	10.2	14.1	15.8
învățământ gimnazial+tr.I Liceu	11.1	27.3	32.1	30.7
învățământ primar	64.5	39.0	23.6	20.7
fără școală absolvită	10.8	9.3	4.7	4.3

Sursa: *Recensământul General al Populației (1966, 1977) Statistica Socială, C.N.S., 1996.*

În mod corespunzător, sporește și numărul mediu al anilor de școlarizare, de la 5,3 ani în 1966 la 8,6 ani în 1996.

La rândul său, stocul de învățământ (dat de număr ani de școlarizare x număr populație în vârstă de 12 ani și peste) s-a dublat.

- pentru 1966 = 80,6 milioane ani de educație (5,3 x 15,2);
- pentru 1977 = 114,9 milioane ani de educație (6,8 x 16,9);
- pentru 1992 = 155,6 milioane ani de educație (8,28 x 18,8);
- pentru 1996 = 163,0 milioane ani de educație (8,6 x 19,06).

Creșterea respectivă a avut loc atât pe seama creșterii populației în vârstă de 12 ani și peste (cu 25%), cât, mai ales, datorită creșterii numărului mediu de ani de școlarizare (cu 62 %).

6. Eficiența politicii culturale

Politica în domeniul culturii, în anii 1995–1996, a continuat să se axeze pe realitatea culturală cotidiană. Conceptul-cheie, nedeclarat dar perceptibil, a fost **supraviețuirea în limitele infrastructurii și a echipamentelor de practică culturală existente**. Managerii culturii au încercat să asigure funcționalitatea sistemului instituțional, prin încetinirea procesului de descentralizare, procedând, în anii '95 și '96, la readucerea treptată a unor instituții județene în subordinea Ministerului Culturii.

Fără a avea definită în mod explicit eficiența prin finalități de ordin spiritual, sistemul culturii a trebuit să funcționeze cu un buget public quasi-insuficient. S-a reușit totuși să se mențină și, în unele cazuri, să se diversifice oferta culturală. În situații speciale, cum este cea a caselor de cultură și a universităților populare, care au beneficiat de asistență materială și logistică din străinătate, oferta culturală a fost mult mai diversificată și atractivă.

Raportându-ne la datele statistice din 1995, în unele domenii constatăm tendința de creștere a volumului ofertei culturale, tendință continuată și în anul '96.

După cum reiese din studiul *Activitatea culturală în anul 1995* (C.N.S., 1996), în **teatre** și în **instituțiile asimilate** s-au prezentat cu 2,4% (351) mai multe spectacole decât în 1994, la care au participat 384,1 mii spectatori, cu 307 mii mai mult decât în anul precedent. Numărul vizitatorilor la **muzee** a crescut cu 5,3%, revenind în medie 371 vizitatori la 1000 locuitori (față de 352 în 1994), în condițiile în care s-a mărit și numărul muzeelor cu profil mixt.

Informațiile despre activitatea editorială relevă o diminuare a volumului tirajelor, dar a crescut numărului de titluri tipărite, concomitent cu reechilibrarea raportului dintre domeniile de carte promovate de edituri. Aceste fapte s-au reflectat și în domeniul activității de bibliotecă. Dacă luăm în considerație cărțile și broșurile intrate în Depozitul Legal al Bibliotecii Naționale, în anul 1995, constatăm creșterea numărului de titluri cu 35,4% față de anul precedent și o scădere a tirajelor cu 30,5%. De aceea și fondul de publicații existent în biblioteci a fost mai mic cu 1509 mii volume. Cu toate acestea, numărul cititorilor, persoane fizice, a înregistrat o

anume creștere, iar în cazul bibliotecilor publice a crescut și numărul volumelor împrumutate.

Un declin accentuat se constată în domeniul cinematografeiei, începând cu producția românească de filme artistice și documentare și continuând cu indicatorii care exprimă activitatea cinematografeilor. În anul 1995, a scăzut cu 87 numărul unităților cinematografeice, cu 505 numărul de locuri în cinematografe, cu 80 mii numărul total de spectacole și 8.908 mii numărul de spectatori. Declinul frecventării cinematografului nu denotă însă dezinteresul publicului pentru film, el este expresia apetenței pentru filmul TV oferit într-o gamă mult mai diversificată. În general, nefrecventarea așezămintelor culturale este echilibrată de preferința expunerii la mass-media. După cum reiese și din *Diagnoza calității vieții* realizată de *Institutul de Cercetare a Calității Vieții*, în toamna anului 1996, oferta mass-media este apreciată ca **satisfăcătoare** de către 24,4% din eșantion, **bună** de 53,1% și **foarte bună** de 12,2%, în timp ce doar 7,5% o consideră **proastă și foarte proastă** (N=1.510 persoane).

Pe lângă monopolizarea intereselor culturale de către diversele posturi de televiziune și radio, nivelul nesatisfăcător de frecventare a instituțiilor tradiționale (teatru, cinematograful, casă de cultură, cămin cultural, muzeu, bibliotecă ș.a.) este determinat și de alte cauze precum: insecuritatea străzii, neconcordanța programelor orare, costurile culturii, indisponibilitatea pentru actul cultural în condițiile acestei tranziții dificile.

Un fenomen cu influențe semnificative asupra ofertei culturale l-a reprezentat afirmarea inițiativei private, mai ales în domeniul editorial, al difuzării cărții și presei, al caselor producătoare de discuri, al televiziunii și al unor servicii culturale tradiționale cum sunt teatrul și căminul cultural. Astfel, la finele anului 1995 cele 2.071 de edituri particulare dețineau peste 85% din producția editorială. Unele edituri dispuneau de librării proprii și de puncte de vânzare private. Sigur, pe măsura descentralizării instituționale, fenomenul privatizării se va accentua. Aceasta nu trebuie să conducă la desființarea unor structuri care și-au demonstrat eficiența în domeniul exprimării artistice și al stimulării creativității umane. O atitudine cumpănită și fastă presupune redimensionarea și regândirea funcționalității lor, așa încât accesul la cultură și educație să fie real și egal pentru toți membrii colectivității.

Atunci când accesul la informație este diminuat și de scumpirea actului cultural, pe lângă erodarea puterii de cumpărare a populației, fenomenul sărăciei materiale se resimte sub forma sărăciei spirituale, a sărăciei de idei și a sărăciei morale, diminuându-se în mod accentuat premisele dezvoltării umane.

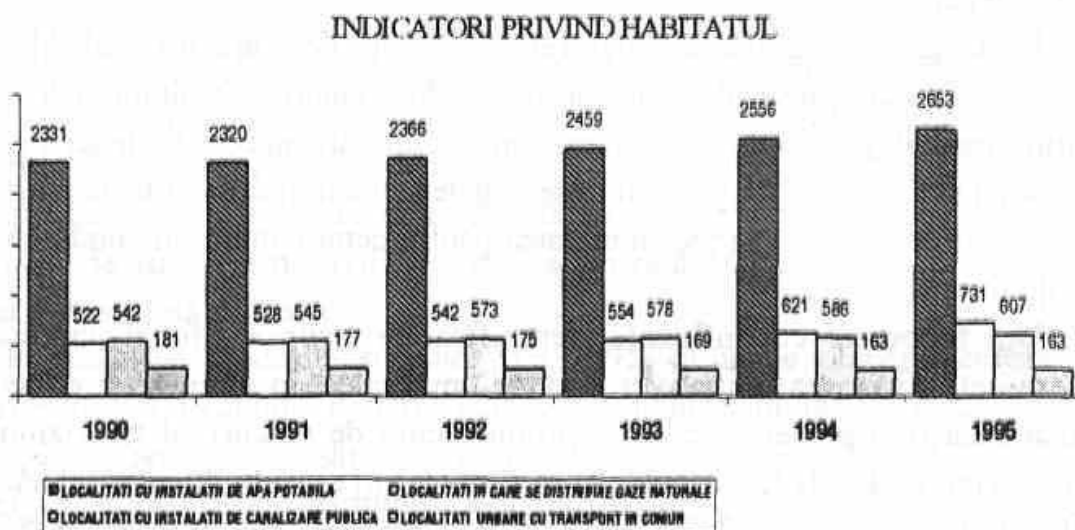
7. Habitatul și eficiența guvernării locale

Eficiența guvernării locale este surprinsă prin indicatori care descriu condițiile de viață existente în comunitate (dotările comunitare) – habitatul, precum și prin modul în care aceste condiții sunt apreciate de către populație.

În ceea ce privește dotările comunitare indicatorii obiectivi au urmat traiectorii diferite.

Astfel, în unele situații s-au înregistrat ușoare creșteri în perioada de referință. Este cazul numărului localităților cu instalații de alimentare cu apă potabilă, al celor în care se distribuie gaze naturale și numărul localităților ce dispun de instalații de canalizare. În schimb numărul localităților cu transport urban s-a diminuat.

Graficul nr. 6



Sursa: *Anuarul statistic al României*, 1996, p. 518, 519, 576, 794.

La rândul lor, datele subiective din *Diagnoza Calității Vieții* (eșantioane naționale de circa 1.500 subiecți) indică valori modeste ale aprecierii condițiilor de mediu specifice localităților investigate (respectiv media 3,22 în 1995 și 3,34 în 1996, calculate pentru o scală cu cinci grade de intensitate în care 1 înseamnă calitate foarte proastă și 5 calitate foarte bună). Tot valori apropiate de mijlocul scalei sunt atribuite de populație pentru calitatea apei potabile (media de 3,37 în 1995 și 3,26 în 1996 și transportului în comun (3,03 în 1995 și 2,89 în 1996).

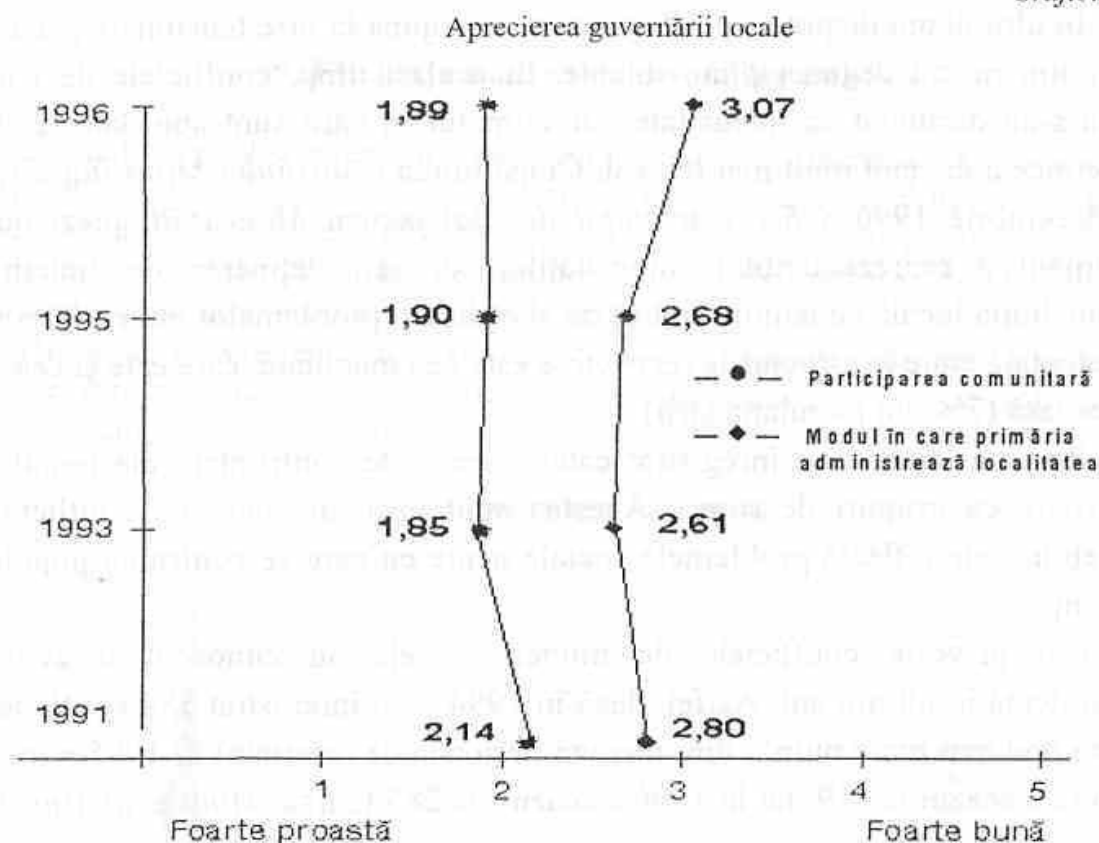
O evoluție diferită a avut un alt indicator ce descrie infrastructura localităților și anume drumurile publice; acestea, după stagnarea din perioada 1991–1993, au cunoscut o ușoară creștere începând cu 1994: astfel, lungimea

drumurilor județene și comunale a crescut de la 58.133 km în anii 1990–1993 la 58.145 km în 1994 și 58.176 km în 1995.

Și în privința prestărilor de servicii la nivel local, în perioada 1991–1992 se înregistrează o diminuare semnificativă (73% în 1992 comparativ cu 1990), pentru ca în 1995 să se depășească pentru prima dată nivelul din 1990 (113%). Datele subiective din *Diagnoza Calității Vieții* indică și ele existența unei situații precare, percepțiile situându-se în zona *prost-satisfăcător* (medii de 2,46 în 1991, 2,63 în 1993 și 2,80 în 1996 pe aceeași scală de la 1 la 5).

Aprecierea guvernării locale de către populație, surprinsă prin modul în care primăria administrează localitatea, are valori relativ mici, iar participarea comunitară se menține la niveluri deosebit de scăzute.

Graficul nr.7



Sursa: *Diagnoza Calității Vieții*. ICCV. 1996.

Concluzionând, putem spune că, în perioada de referință, în domeniul habitatului nu s-au produs îmbunătățiri radicale. Prin urmare, indicatorii subiectivi reflectă o satisfacție moderată sau chiar slabă față de acele elemente ce „compun” condițiile comunitare și guvernarea locală.

8. Conflictele sociale

În anul 1996, deși s-au desfășurat alegeri locale, legislative și prezidențiale, când climatul social-politic poate cunoaște o anumită tensionare, a continuat totuși procesul de consolidare a stabilității societății românești, în condițiile producerii alternanței la guvernare. Detensionarea climatului social-politic a început imediat după adoptarea Constituției (decembrie 1991). Afirmația este susținută de faptul că în perioada 1992–1996 nu s-au mai înregistrat conflicte sociale majore, așa cum a fost cazul primilor doi ani de tranziție, când societatea românească a fost marcată de câteva conflicte violente de natură politică și etnică, precum și de conflicte de muncă ce au paralizat sectoare întregi de activitate.

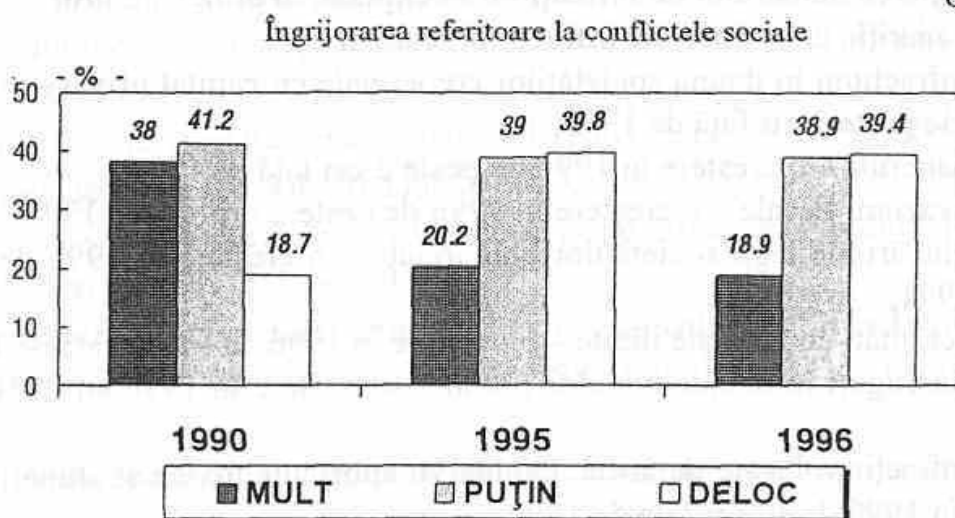
În ultimii ani disputele politice nu au mai ajuns la faze tensionate și cu atât mai puțin nu au degenerat în violențe. În același timp, conflictele de natură etnică s-au diminuat ca intensitate, iar climatul în care sunt abordate relațiile interetnice a devenit mult mai relaxat. Constituirea *Consiliului Minorităților*, iar din decembrie 1996 a *Secretariatului de Stat pentru Minorități*, prezența în Parlament a reprezentanților minorităților, ca și deținerea de funcții în administrația locală constituie cadrul de abordare a problemelor etnice. Cea mai reprezentată etnie în structurile respective este cea maghiară, care este și cea mai numeroasă (7% din populația țării).

Pe plan local, s-au înregistrat câteva scene de confruntare ale populației majoritare cu grupuri de romi. Acestea sunt însă mai degrabă conflicte de convețuire, ele reflectă problemele sociale acute cu care se confruntă populația de romi.

Cât privește conflictele de muncă, și ele au cunoscut o evoluție descendentă în ultimii ani. Astfel, dacă în 1994 s-au înregistrat 384 conflicte de muncă (cel mai mare număr din întreaga perioadă de referință) în 1995 numărul acestora a scăzut la 319, iar în 1996 a scăzut la 285 (sursă: *Ministerul Muncii și Protecției Sociale*).

La rândul lor și temerile populației față de izbucnirea unor conflicte sociale s-au diminuat în perioada 1993–1996, comparativ cu situația înregistrată anterior, așa cum reiese și din rezultatele cercetărilor anuale efectuate la I.C.C.V. pe eșantioane naționale reprezentative (*Diagnoza calității vieții*, n ≈ 1.500 subiecți).

Graficul nr.8



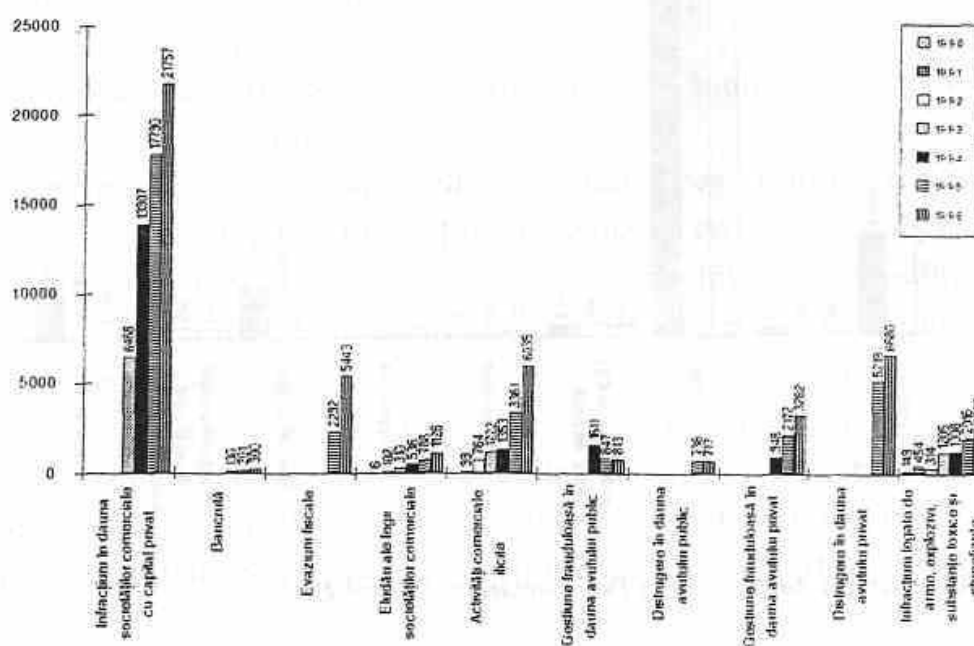
9. Eficiența politicilor de ordine publică

Tranziția post-comunistă din societatea românească a zdruncinat echilibrul sistemului social, afectând și ordinea publică. Sporirea infraționalității este legată de deteriorarea nivelului de trai pentru o parte a populației, pierderea locului de muncă, disputele asupra drepturilor de proprietate, pe fondul erodării autorității publice.

După anul 1990 asistăm la o creștere a ratei criminalității descoperite. În 1996 se înregistrează o rată a criminalității descoperite de 1423 infracțiuni /100000 locuitori, o creștere de 3,44 ori față de 1990.

Graficul nr. 9

Criminalitatea înregistrată

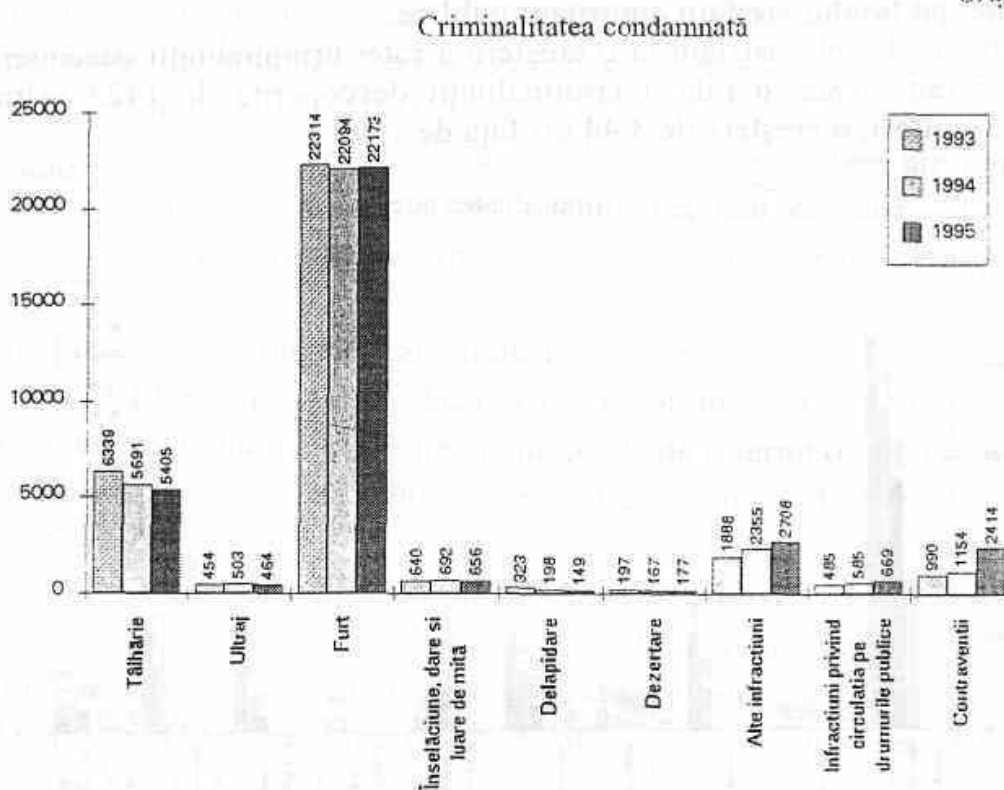


Sursa: *Bilanțul anual al Poliției Române* (în perioada 1990–1996)

Creșterea numărului de infracțiuni se explică, în principal, prin:

1. apariția unor tipuri de infracțiuni, cum ar fi:
 - infracțiuni în dauna societăților comerciale cu capital privat – o creștere în 1996 de peste 3 ori față de 1993;
 - bancrută – o creștere în 1996 de peste 2 ori față de 1994;
 - evaziuni fiscale – o creștere în 1996 de peste 2 ori față de 1995;
 - eludări ale legii societăților comerciale – o creștere în 1996 de 188 ori față de 1991;
 - activități comerciale ilicite – o creștere în 1996 de 61 ori față de 1992;
 - distrugerii în dauna avutului privat – o creștere în 1996 cu 28% față de 1995;
 - infracțiuni legate de arme, explozivi, substanțe toxice și stupefiante – o creștere în 1996 de 17 ori față de 1990.
 2. accentuarea motivațiilor de comitere a infracțiunilor legate de resursele de existență;
 3. specializarea infractorilor în noi tipuri de ofense criminale și profesionalizarea lor în același tip de infracțiune (în cazul recidiviștilor).
- La nivelul criminalității condamnate avem o rată a criminalității de 421 infracțiuni condamnate/100000 locuitori la nivelul anului 1995.

Graficul nr.10



Sursa: *Bilanțul activității Administrației Penitenciarelor în anul 1995.*

S-au înregistrat creșteri accentuate în cazul următoarelor tipuri:

1. contravenții – o creștere în 1995 de peste 2 ori față de 1993 și de 2 ori față de 1994;
2. infracțiuni cu durate ale pedepsei de până la un an – o creștere în 1995 de 2 ori față de 1993 și o dublare față de 1994;
3. infracțiuni cu durate ale pedepsei de peste 20 de ani – o dublare în 1995 față de 1993 și cu 46% față de 1994;
4. creșteri ale numărului infractorilor recidiviști – cu 21% (reprezentând 30% din numărul total al infractorilor) în 1995 față de 1993 și cu 11% față de 1994.

Sporirea criminalității în perioada de tranziție conduce la accentuarea imaginii criminalului în opinia publică și a insecurității resimțite de către populație. Astfel, cercetările realizate la *Institutul de Cercetare a Calității Vieții* au evidențiat că 68,7% (1995) și 69,8% (1996) din populația investigată se teme de criminalitate. Prin urmare, securitatea personală este percepută ca fiind foarte scăzută/scăzută de 37,7% (1995) și 32% (1996) din populația investigată. În același timp o parte redusă din populație contează pe ajutorul semenilor în cazul în care ar fi agresată în spațiul public; au încredere în ajutorul semenilor în caz de agresiune în locuri publice: puțin – 38,5% (1995) și 40,3% (1996) din populația investigată, mult – 12,6% (1995) și 18,3% (1996).

În eforturile de căutare a homeostaziei sociale și de protecție a societății, agenții de control social au sarcina de a asigura securitatea civică pe trei direcții:

1. descoperirea fenomenelor infracționale, deferirea către justiție a vinovaților, elaborarea și aplicarea unor strategii de prevenire a criminalității (funcție realizată de instituția poliției);

2. evaluarea infracțiunilor și stabilirea cuantumului pedepsei (funcție realizată de organizația justiției propriu-zise);

3. intermedierea executării pedepsei, elaborarea și aplicarea unor strategii de ameliorare a posibilei recidive (funcție realizată de organizația penitenciară).

Asigurarea unei protecții adecvate a securității cetățeanului presupune elaborarea și aplicarea unui sistem complex și coordonat de politici de ordine publică, care să facă legătura între cei doi agenți de control social – poliție și justiție – și nivelul comunitar al societății. Lipsa politicilor de protecție împotriva criminalității la nivel comunitar face puțin eficientă activitatea de prevenire și de combatere a criminalității, asociată cu lipsa persoanelor de specialitate abilitate să elaboreze și să aplice asemenea politici.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- Barbu, Gheorghe, *Nivelul minim de trai sub presiunea schimbărilor*, în *Calitatea vieții*, nr.2-3/1993.
- Bălașa, Ana, Mărginean, Ioan, Sadu, Ilie, Socol, Gheorghe, *Calitatea vieții 1992*, C.I.D.E., 1993.
- Bălașa, Ana, *Fenomenul etnic – obiect al cercetării sociale actuale*, în *Calitatea vieții* nr.1-2/ 1996.
- Mărginean, Ioan, *Politica socială și economică de piață în România*, C.I.D.E., 1994.
- Mărginean, Ioan (coord.), *Tineretul deceniului unu. Provocările anilor '90*, București, Editura Expert, 1996.
- Moldoveanu, Maria, Ioan-Franc, Valeriu, *Marketing și cultură*, Editura Expert, București, 1996.
- Novak, Andrei, *Evaluarea calității unor servicii sociale*, C.I.D.E., 1996.
- Prisăcaru, Corneliu, *Pensionarii în perioada 1990-1995*, în *Calitatea vieții*, nr.1-2/ 1996.
- Socol, Gheorghe, *Observații și sugestii la un proiect de lege a asigurărilor sociale în Calitatea Vieții*, nr.1-2/1996.
- Stanciu, Mariana, *Perspective ale dezvoltării serviciilor medicale în Europa în Calitatea vieții*, nr.2. 1994.
- Stanciu, Mariana, *Reforma securității sociale din România – o urgență a viitorului apropiat*, C.I.D.E., 1997.
- Vlăsceanu, Lazăr, Zamfir, Cătălin, Mihăilescu, Ioan, *Direcții ale reformei sistemului de învățământ superior din România*, Universitatea București, 1994.
- Zamfir, Cătălin, Pop, M.A., Zamfir, Elena, *România '89-'93. Dinamica bunăstării și protecția socială*, Raport național I.C.C.V. și Centrul internațional pentru dezvoltarea copilului, Florența, 1994.
- Zamfir, Elena, Zamfir, Cătălin (coord.), *Politica socială. România în context european*, Editura Alternative, București, 1995.