

INVALIDITATEA ȘI DIZABILITATEA. INTERFERENȚE LEGISLATIVE ALE SISTEMELOR DE ASIGURĂRI SOCIALE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ DIN ROMÂNIA

Felicia Cornelia MACARIE
Liliana SOMEȘAN (VÎTCĂ)

Felicia Cornelia MACARIE

Prof. univ. dr., Departamentul de Administrație
și Management Public, Facultatea de Științe Politice,
Administrative și ale Comunicării,
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, România
Tel.: 0040-747-627.621
E-mail: macarie@fspac.ro

Liliana SOMEȘAN (VÎTCĂ)

Doctorand, Școala Doctorală de Administrație
și Politici Publice, Facultatea de Științe Politice,
Administrative și ale Comunicării,
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, România
Tel.: 0040-740-308.655
E-mail: somesan_liliana@yahoo.com



Revista Transilvană
de Științe Administrative
1(44) / 2019, pp. 34-50

**Invalidity and Disability.
Legislative Overlaps of Social Insurance
and Social Assistance Systems in Romania**

Abstract

The study analyzes the legislative overlaps in the social insurance system and the social assistance system in Romania, and the effects of the competences applied identically from the methodological point of view by the institutions empowered to exercise the medical expertise or evaluation of people with various health or disability problems. The paper also analyzes how the national social assistance system intervenes in a subsidiary or, as the case may be, complementary to social insurance systems as component parts of social security, through the levers of social benefits and social services.

The analysis of the current situation of the social security system in Romania shows that for a long time the emphasis was placed on the financial side needed for treatments and medication as a way to alleviate the condition of the invalid or disabled person, but too little attention was paid to the integration of these persons in the life of the society and the use of these human resources as potential generators of surplus value in the family and society. It is possible that these social policies involuntarily accentuate the feeling of worthlessness, social exclusion, inappropriateness alongside stereotypes and prejudices towards people with disabilities that have oscillated over time from marginalization and ignorance to compassion and respect.

The legal and procedural framework of social insurance and social assistance are analyzed in correlation with the evolution of the number of beneficiaries and with the main weaknesses of the social security system.

Keywords: invalidity, disability, social insurance, social assistance.

1. Introducere

Caracteristicile sistemelor de securitate socială, prin mecanismele de protecție socială pe care le promovează și categoriile de persoane protejate, sunt orientate spre a cuprinde un număr cât mai mare de riscuri asigurate: boala, maternitatea, invaliditatea, bătrânețea, accidentul de muncă și boala profesională, decesul, protecția juridică a urmașilor, sarcinile familiale și șomajul. Mecanismele de protecție socială au în principal un caracter indemnitar prin care se urmărește asigurarea unui venit de înlocuire individului sau/și familiei, scopul fiind de „menținere a salariului în perioadele de inactivitate profesională forțată” (Athanasiu, 1995, p. 18). „Problema fundamentală a organizării administrative a sistemelor de securitate socială constă în stabilirea rolului și formei de intervenție a statului și implicit în delimitări instituționale de competențe și atribuții” (Athanasiu, 1995, pp. 18-19).

Analiza interferențelor legislative din sistemul de asigurări sociale și cel de asistență socială din România se axează pe efectele unui cumul de competențe aplicate identic din punct de vedere metodologic de instituțiile abilitate să exercite expertizarea sau evaluarea medicală a persoanelor cu diverse probleme de sănătate sau dizabilitate.

Sub efectul neaplicării art. 110 din Legea nr. 292/2011 (Legea asistenței sociale) care prevede faptul că „activitatea de evaluare a persoanelor care prezintă afecțiuni generatoare de dizabilități și/sau invaliditate se realizează de Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă și structurile teritoriale de expertiză medicală”, prezentul studiu pune accent pe consecințele derivate din „fragmentarea responsabilității între mai multe instituții ale administrației publice centrale, cât și diluarea rolului de coordonare al Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale (MMFPS), în condițiile descentralizării unor responsabilități către autoritățile locale” (Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Expunere de motive pentru modificarea și completarea Legii asistenței sociale nr. 292/2011, p. 2).

Studiul analizează și modul în care „sistemul național de asistență socială intervine subsidiar sau, după caz, complementar sistemelor de asigurări sociale” (art. 2, alin. 2 din Legea nr. 292/2011), ca părți componente ale securității sociale, prin pârgھیile beneficiilor și serviciilor sociale.

Analizând problema din perspectiva suprapunerii de sarcini în activitatea de expertizare medicală la nivelul comisiilor teritoriale ale Casei Naționale de Pensii Publice și Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități în contextul legislativ aplicabil astăzi, a multiplelor facilități fiscale, economice, juridice acordate de ambele sisteme, dar și pentru o prezentare cât mai veridică a sistemului de securitate socială, în lucrare sunt prezentate date statistice și financiare relevante vizând categoriile beneficiare (pensionarii de invaliditate și persoanele cu dizabilități).

Studiul nu pune accentul pe beneficiarul direct al unei drept social, ci pe un sistem de securitate socială confuz, în căutare de identitate, într-o permanentă reconstrucție, lipsit de coerență în calificarea unei persoane ca fiind invalidă sau cu dizabilitate, care depinde de subiectivismul evaluatorului în procesul de expertizare/evaluare medicală, datorat inexistenței unui sistem informatic unitar și eficient, a asistenței sociale fără personal ca-

lificat și nu în ultimul rând furnizării de beneficii sociale care încearcă să suplinească servicii sociale.

De aceea am realizat o analiză comparativă a celor două categorii de beneficii sociale în perioada 2008-2019 (înainte și după adoptarea Legii nr. 263/2010 privind sistemul public de pensii, respectiv Legea nr. 292/2010 – Legea asistenței sociale), care poate fi utilă pentru factorii de decizie datorită focalizării studiului pe viabilitatea și sustenabilitatea financiară a sistemelor de asigurări și asistență socială în România.

2. Analiza situației actuale

Provocarea fundamentală atât pentru țările dezvoltate cât și pentru cele aflate în tranziție este îndreptată spre protecția socială a persoanelor vârstnice, amplificată de gestionarea cât mai eficientă a sistemelor de pensii, pe fondul îmbătrânirii populației, migrației externe, diminuării populației active, lipsei de sustenabilitate financiară, creșterii nevoii de asistență socială, dependenței față de sistem.

Deoarece „statul este obligat să ia măsuri de dezvoltare economică și protecție socială, de natură să asigure cetățenilor un nivel de trai decent” (Constituția României, alin. 1, art. 47), obținerea unei surse de venit ca urmare a pierderii capacității de muncă sau a apariției unei dizabilități a determinat legiuitorul să efectueze modificări legislative atât în materie de asigurări sociale cât și de asistență socială, în condițiile în care atât invaliditatea cât și dizabilitatea vizează limitări de activitate, incapacitatea persoanei de a munci și de a-și asigura nivelul de trai.

„Punctul de aplicație al oricărei politici de securitate socială îl constituie mecanismele instituționale prin care se urmărește repararea consecințelor păgubitoare produse de anumite evenimente calificate drept riscuri sociale (...) și atitudinea față de riscul social” prin asigurarea unui venit/venit de înlocuire beneficiarilor (pensie, alocații sociale, indemnizații sociale) ca metode de protecție socială (Athanasiu, 1995, p. 5).

Drept urmare, în România sistemele de asigurări și de asistență socială susțin prin diverse drepturi financiare și facilități fiscale un segment important de beneficiari, peste 500.000 de persoane invalide și peste 833.000 de persoane cu dizabilități, întărind sintagma de „stat asistențial”, alături de alte categorii de prestații sociale. Și totuși, comparativ cu celelalte țări membre ale Uniunii Europene „România are cel mai scăzut nivel al cheltuielilor publice sociale și cele mai mici alocări pentru asistența socială” (Zamfir, Stănescu și Arpinte, 2015).

În societatea modernă sănătatea ocupă un loc fundamental, și alături de educație reprezintă pilonii dezvoltării permanente (Rotariu și Voineagu, 2012, p. 95). “Sănătatea este reprezentată de acea bună stare fizică, mintală și socială și nu înseamnă numai lipsa bolii sau a infirmității”, definiția a fost adoptată de Organizația Mondială a Drepturilor Omului (1948).

Din experiența altor țări reiese că în determinarea unui anumit nivel al stării de sănătate a populației, stilul de viață intervine cu o pondere de 40%, factorii biologici cu 30%, mediul cu 20% iar serviciile de sănătate intervin direct cu doar 10% (Hsiao, 1992, pp. 613-636). Starea de sănătate a populației este principalul indicator al nivelului de trai pentru defini-

rea calității vieții, influențată de o serie de factori biologici, calitatea asistenței medicale, a stilului de viață, calitatea mediului, a condițiilor de muncă. Degradarea stării de sănătate a populației nu este întotdeauna o consecință a fenomenului îmbătrânirii, ea poate interveni prematur datorită condițiilor naturale, sociale, economice și politice, nu neapărat datorită celor biologice ale bolii.

Pe de altă parte, indicatorul cel mai relevant al stării de sănătate este speranța de viață. În România speranța de viață la naștere este scăzută comparativ cu alte țări europene, la bărbați este de 71,4 ani, iar la femei 78,7 ani comparativ cu 80,9 la bărbați în Cipru, 80,7 în Italia sau 80,4 în Spania (Eurostat, 2016).

Speranța de viață la anumite vârste constituie un reper important pentru configurarea unor politici publice care iau în considerare ciclul vieții pentru fiecare dintre cele două sexe, cum ar fi politicile de ocupare a forței de muncă, politicile de pensionare, politicile din domeniul îngrijirii sănătății. Speranța de viață la 65 ani este un indicator important pentru aprecierea longevității unei populații marcate de fenomenul de îmbătrânire, cunoscut fiind faptul că persoanele vârstnice au o stare de sănătate precară și o mortalitate mai ridicată comparativ cu cele care aparțin grupelor de vârstă mai tinere (Institutul Național de Statistică, 2016, p. 12).

Aceste date confirmă faptul că atenția acordată calității vieții oamenilor trebuie să constituie obiectivul fundamental al politicilor sociale, în condițiile în care există categorii de persoane a căror rată de dependență față de sistemul de protecție socială este în continuă creștere; ne referim aici la persoane încadrate în grad de handicap încă de la naștere, sau persoane încadrate în grad de invaliditate de la o vârstă tânără.

Sistemul de protecție socială nu este și nu trebuie considerat ca fiind singurul sau cel mai important instrument de combatere a sărăciei. „Cerința principală pentru un sistem de securitate socială este ca el să se constituie, prin cele două componente ale sale, sistemul de asigurări sociale și sistemul de asistență socială, într-o rețea de siguranță/de securitate socială (safety net) care să protejeze cetățenii în fața oricărui risc social (...). Completitudinea, dar și complementaritatea măsurilor de asigurări și asistență socială sunt condiții esențiale pentru ca nici o categorie socială să nu rămână vulnerabilă” (Preda, 2007, pp. 79-80).

Este cunoscut faptul că prea multă vreme accentul s-a pus pe latura financiară necesară pentru tratamente și medicație ca modalitate de a atenua condiția persoanei invalide sau cu dizabilități, însă prea puțină atenție s-a acordat integrării acestor persoane în viața societății și utilizarea acestor resurse umane ca potențiali factori generatori de plus valoare în familie și societate. Cu atât mai puțin, atenția nu s-a focalizat spre a cunoaște interesul și dorința de incluziune pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități.

Drept urmare, este foarte probabil ca însăși politicile sociale promovate să accentueze involuntar sentimentul de inutilitate, de excluziune socială, de inadaptabilitate, acordând atenție doar aspectului financiar, un aspect important în tratamentul unui bolnav, însă nu suficient pentru a atenua sau chiar elimina acel sentiment împovăraător de inutilitate, cu atât mai mult atunci când acesta apare prea repede în viața unei persoane. La toate acestea se adaugă stereotipuri și prejudecăți față de persoanele cu dizabilități care au oscilat de-a lungul timpului de la marginalizare și ignoranță la compasiune și respect.

Chiar și pensionarea la limită de vârstă este considerată de multe ori un prag psihologic greu de depășit, asimilat de cele mai multe ori cu instaurarea unui sentiment de inutilitate, marginalizare, frustrare, lipsa prestigiului social. Cu atât mai mult, o problemă de sănătate sau dizabilitate la o vârstă tânără este mult mai greu acceptată, având consecințe morale, psihice și de multe ori modificând identitatea persoanei.

3. Cadrul legal și procedural privind acordarea pensiilor de invaliditate în România

Invaliditatea „este o noțiune medico-juridică care exprimă statutul particular al unei persoane asigurate în sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, care beneficiază de drepturi conform legii” (Anexa 1, (5) din Hotărârea nr. 155/2011).

Dacă am analiza persoana vârstnică doar din punct de vedere medical, am observa că vârsta a treia este perioada cu cele mai mari probleme de sănătate (Bodi, 2017, p. 104).

Categoria „invaliditate” a apărut în sistemele de asigurări sociale ca o formă de protecție față de un risc specific, cel al diminuării sau reducerii capacității de muncă, asigurare prin care persoana se protejează de eventualitatea riscului ca la un moment dat să nu mai poată câștiga prin forțe proprii resursele necesare traiului din cauza unor condiții de sănătate (Zamfir, Stănescu și Arpinte, 2015, p. 440).

Acordarea pensiei de invaliditate persoanelor care nu au îndeplinit vârsta standard de pensionare este condiționată de: (a) pierderea totală sau parțială a capacității de muncă ceea ce-i conferă încadrarea într-un grad de invaliditate; (b) cauza invalidității să fie determinată de un accident în afara procesului de muncă; și (c) existența unui stagiului de cotizare proporțional cu vârsta.

Există și câteva excepții pentru care deschiderea dreptului de pensie de invaliditate nu este condiționată de stagiul de cotizare realizat și anume persoanelor care au suferit accidente de muncă și boli profesionale precum și celor cu neoplazii, schizofrenii și SIDA (art. 68, alin. 1 din Legea nr. 263/2010, republicată).

De asemenea, pot fi beneficiari ai pensiei de invaliditate (art. 68, alin. 2 din Legea nr. 263/2010) și: (a) persoanele care au satisfăcut stagiul militar ca militar în termen sau militar cu termen redus, pe durata legal stabilită, a fost concentrat, mobilizat sau în prizoriat; (b) elevii, ucenicii și studenții care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă datorită accidentelor de muncă sau bolilor profesionale survenite în timpul și din cauza practicii profesionale; și (c) persoanele participante la revoluția din decembrie 1989 care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă.

Datele statistice privind beneficiarii pensiilor de invaliditate arată faptul că există un segment considerabil de persoane încadrate în grade de invaliditate sub 65 de ani, vârsta standard de pensionare a bărbaților, respectiv 63 de ani, vârsta standard de pensionare a femeilor, însă în scădere față de anul 2007 (Tabelul nr. 1).

Așa cum este reglementată de art. 69 din Legea 263/2010, după gradul de reducere a capacității de muncă, invaliditatea este:

- De gradul I, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă și a capacității de autoîngrijire;

Tabelul 1: Situația persoanelor care suferă de o boală cronică sau invaliditate în anul 2018 comparativ cu anul 2007

Nr. crt	Grupa de vârstă	Anul 2007	Anul 2018
1	16-24 ani	2,8%	1,2%
2	25-34 ani	5,1%	1,9%
3	35-49 ani	10,6%	9,2%
4	50-64 ani	31,7%	28,4%
5	65-74 ani	46,7%	29,2%
6	75 ani și peste	58,7%	58,7%

Sursa: Institutul Național de Statistică

- De gradul II, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă, cu păstrarea capacității de autoîngrijire; și
- De gradul III, caracterizată prin pierderea a cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, persoana putând să presteze o activitate profesională, corespunzătoare a cel puțin jumătate din timpul normal de muncă.

Încadrarea/neîncadrarea în grade de invaliditate este dispusă de către Comisia de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă existentă la nivel județean, subordonată Casei Județene de Pensii, pe baza unor criterii și norme stabilite de Ministerul Muncii și Justiției Sociale, avizate de către Ministerul Sănătății. Activitatea Comisiei constă în „evaluarea capacității de muncă și în stabilirea incapacității adaptative a persoanelor cu diferite deficiențe datorate condițiilor de muncă și sunt realizate în baza examinărilor medicale, a explorărilor funcționale, a investigațiilor de laborator și a investigațiilor sociale” (Casa Națională de Pensii Publice, 2014, p. 30). Metodologic, procedura de acordare a pensiilor de invaliditate parcurge următorii pași:

- analiza dosarului medical de către medicul expert al asigurărilor sociale care întocmește un raport de expertiză medicală, finalizat cu emiterea deciziei medicale asupra capacității de muncă;
- acordarea unui stagiou potențial, determinat ca diferență între stagiul complet de cotizare și stagiul de cotizare realizat până la data acordării pensiei de invaliditate;
- acordarea indemnizației pentru însoțitor pensionarilor încadrați în gradul I de invaliditate, care reprezintă 80% din valoarea unui punct de pensie stabilită anual prin Legea bugetului asigurărilor sociale de stat (în prezent 1.100 lei * 80% = 880 lei);
- revizuirea anuală sau cel puțin o dată la 3 ani (în funcție de afecțiune) până la împlinirea vârstei standard de pensionare, în vederea menținerii, încadrării în alt grad de invaliditate, sau redobândirea capacității de muncă;
- posibilitatea de contestare a deciziei medicale la instituția emitentă sau instanță;
- urmarea unor programe recuperatorii recomandate de medicul expert în vederea re-integrării socio-profesionale;
- depunerea documentelor care atestă stagiul de cotizare realizat până la data încadrării în grad de invaliditate la Casa Județeană de Pensii.

Legislația actuală prevede acordarea unui stagiu potențial la stabilirea pensiei de invaliditate, determinat ca diferență între stagiul complet de cotizare calculat conform vârstei standard de pensionare și stagiul de cotizare realizat până la data acordării pensiei de invaliditate.

Ca element de noutate comparativ cu legislația anterioară, perioada de invaliditate este considerată stagiul asimilat, chiar dacă este o perioadă necontributivă, valorificată doar la împlinirea vârstei standard de pensionare.

Împlinirea vârstei standard de pensionare înseamnă trecerea la pensie pentru limită de vârstă, efectuată din oficiu, acordându-se quantumul cel mai avantajos rezultat din calcul, cu menținerea indemnizației pentru însoțitor în cazul pensionarilor de gradul I de invaliditate.

Drepturile de care beneficiază pensionarii de invaliditate reglementate de Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice sunt: un quantum al pensiei stabilit în funcție de gradul de invaliditate corelat cu veniturile realizate în perioada stagiului de cotizare, un program obligatoriu de recuperare medicală pentru refacerea capacității de muncă, biletele de odihnă și tratament balnear și ajutor de deces acordat persoanei care a îngrijit pensionarul de invaliditate.

Creșterea numărului de pensionari de invaliditate a înregistrat o dinamică accentuată începând cu anul 1990, pe de o parte datorită legislației care a încurajat pensionarea de orice fel, accentuată de condiții economice nefavorabile, cum ar fi dezindustrializarea, pierderea locurilor de muncă, nevoia de protecție socială, îmbolnăvirea populației, care au avut drept efect creșterea numărului de pensionari de aproximativ 4 ori. Dacă în anul 1990 erau înregistrați 208.000 pensionari de invaliditate, în anul 2009 numărul acestora ajunsese la 906.948, iar în mai 2019 numărul acestora a scăzut la 511.862 persoane.

Tabelul 2: Evoluția numărului pensionarilor de invaliditate în perioada 2008-2019

Nr. Crt.	Anul	Gradul I de invaliditate	Gradul II de invaliditate	Gradul III de invaliditate	Total
1	2008	41.113	543.184	310.169	894.466
2	2009	42.507	534.833	329.608	906.948
3	2010	39.085	468.081	339.157	846.323
4	2011	38.067	403.950	363.279	805.296
5	2012	37.419	353.927	356.164	747.510
6	2013	39.225	328.253	347.205	714.683
7	2014	43.962	311.741	334.205	690.468
8	2015	46.281	285.536	320.820	652.637
9	2016	47.213	257.715	300.536	605.464
10	2017	47.880	237.136	280.473	565.489
11	2018	47.931	220.664	258.688	527.283
12	Ian. 2019	47.918	219.205	257.051	524.174
13	Apr. 2019	47.767	215.198	251.730	514.695
14	Mai 2019	47.685	214.045	250.132	511.862

Sursa: Casa Națională de Pensii Publice, Indicatori statistici Pilon I (nedatat)

Analizând datele din Tabelul 2, în anul 2019 constatăm o evoluție îngrijorătoare a numărului de pensionari de invaliditate de gradul I față de aceeași perioadă a anului 2009, în timp ce pentru persoanele încadrate în gradul II și III de invaliditate se constată o descreștere numerică semnificativă. Ministerul Muncii și Justiției Sociale nu prezintă informații referitoare la aceste oscilații cifrice, însă presupunem că este vorba fie de îmbunătățirea stării de sănătate, fie de împlinirea vârstei standard de pensionare și trecerea la pensia pentru limită de vârstă, fie de pensionare ca urmare a neîncadrării în grad de invaliditate, fie deces.

Nu există statistici publice referitoare la polarizarea pe zone geografice a beneficiarilor pensiei de invaliditate pentru a putea analiza și din această perspectivă profilul beneficiarului pensiei de invaliditate și nici argumente pe marginea scăderii considerabile a numărului de beneficiari cu aproximativ 56% în perioada decembrie 2009 – mai 2019. Ceea ce putem afirma cu certitudine este faptul că, la nivelul Comisiilor de Expertiză a Capacității de Muncă a crescut nivelul de rigurozitate și analiză a dosarelor medicale ceea ce se reflectă și în statisticile financiare.

Înăsprirea legislației privind securitatea și sănătatea în muncă datorită Legii nr. 319/2006, actualizată în anul 2018 care are ca obiectiv central „instituirea de măsuri privind promovarea îmbunătățirii securității și sănătății în muncă a lucrătorilor” (art. 1, alin. 1 din Legea nr. 319/2006) ar putea influența datele prezentate în tabelul 2.

În anul 2018 a fost înregistrat un număr de 5.212 persoane accidentate la locul de muncă, cea mai mare pondere fiind la persoanele cu vârsta cuprinsă între 40-50 de ani (29,3%), urmate de persoane cu vârsta între 50-60 de ani (24,8%). Cât privește vechimea la locul de muncă, cele mai multe persoane accidentate la locul de muncă aveau vechime de până la 5 ani (69,1%), urmate de persoane cu vechime între 1-3 ani (33,9%) (Ministerul Muncii și Justiției Sociale, 2018, p. 1).

Aplicând principiul contributivității în calculul pensiilor de invaliditate, cel mai mare număr de beneficiari este înregistrat pe segmentul de până la 500 lei, 167.377 persoane, iar cel mai mic număr de beneficiari, 45 de persoane beneficiază de pensie de invaliditate ce depășește 5.000 lei (Casa Națională de Pensii Publice, Indicatori statistici Pilon I, mai 2019). Pentru prima categorie, diferența de pensie până la cuantumul pensiei minime garantate de 704 lei (la data prezentei) este suportată din bugetul de stat.

Din datele prezentate în Tabelul 3 se poate constata faptul că pensiile de invaliditate medii sunt apropiate de nivelul unei indemnizații sociale minime (pensiei minime garantate) de 704 lei (actualizare cuantum), cu alte cuvinte se pune semnul egalității între o persoană încadrată în grad de invaliditate indiferent de stagiul de cotizare realizat și o persoană cu un minim de stagiul necesar deschiderii dreptului.

Un alt aspect care se impune a fi menționat și care a bulversat atât sistemul de pensii cât și sistemul de asistență socială este Decizia nr. 680/2012 a Curții Constituționale referitoare la admiterea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 73 din Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, în baza căreia pensia de invaliditate se acordă pe baza contribuției realizate, eliminând stagiul minim necesar corespunzător cu vârsta. Prin urmare, orice persoană încadrată în grad de handicap are dreptul și la pensie de invaliditate chiar dacă nu a lucrat nici o zi, dacă face dovada încheierii unui contract de

Tabelul 3: Evoluția pensiei medii anuale în perioada 2008-2019 (lei)

Nr. crt.	Anul	Pensia medie anuală pentru gradul I de invaliditate	Pensia medie anuală pentru gradul II de invaliditate	Pensia medie anuală pentru gradul III de invaliditate
1	2008	445	454	447
2	2009	527	537	529
3	2010	542	552	546
4	2011	552	565	554
5	2012	554	565	546
6	2013	566	579	559
7	2014	536	587	573
8	2015	503	588	581
9	2016	480	587	583
10	2017	490	614	612
11	2018	500	639	637
12	2019 (ianuarie-mai)	508	650	644

Sursa: Casa Națională de Pensii Publice

asigurare cu Casa Județeană de Pensii și plata contribuției de asigurări sociale la salariul minim pe economie pentru cel puțin o lună de zile (2.080 lei * 25% = 520 lei). Din punct de vedere legislativ, încadrarea persoanei în ambele categorii aduce beneficii financiare din ambele sisteme (pensie de invaliditate, indemnizație de handicap, buget complementar).

Ministerul Muncii și Justiției Sociale prin instituțiile subordonate efectuează campanii de control vizând diverse beneficii sociale pentru a preveni erorile și fraudă, astfel că în anul 2017 o campanie vizând controlul pensiilor de invaliditate având grup țintă pensionarii de invaliditate gradul II, revizuibili cu vârsta cuprinsă între 53-60 de ani, a scos la iveală o serie de neconcordanțe și fraude cum ar fi: schimbarea domiciliului fără a înștiința casa teritorială de pensii, plecarea în străinătate, desfășurarea de activități incompatibile cu starea de invaliditate și chiar plata pensiei după data decesului pensionarului. Având în vedere faptul că eșantionul verificat (2.713 persoane) a reprezentat doar 1,08% din numărul total de pensionari de invaliditate încadrați în criteriile menționate mai sus (250.834 persoane), rezultatele verificării au confirmat faptul că 250 de persoane (adică 9,21% din eșantionul verificat) desfășurau activități incompatibile cu încadrarea în grad de invaliditate sau prezentau o stare de sănătate care nu concorda cu starea de invaliditate fiind reexpertizate, iar în cazul a 76 de persoane (2,80% din eșantionul verificat) s-a efectuat plata pensiei după decesul pensionarului (Ministerul Muncii și Justiției Sociale, 2017, p. 6).

O eventuală extindere a controlului pensiilor de invaliditate ar determina în mod cert mai multă atenție și rigurozitate atât medicală cât și financiară, având în vedere rezultatele obținute în urma controlului la un eșantion relativ mic (1,08% din totalul subiecților).

Un studiu efectuat în anul 2014 privind furnizarea serviciilor de expertiză medicală de către Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă (INEMRCM) având ca obiectiv principal creșterea calității prin implementarea unui sistem

de management al documentelor, decizii realiste obținute din baze de date constituite și exploatate curent în domeniile de activitate ale instituției, a identificat faptul că din totalul unităților teritoriale subordonate INEMRCM doar patru județe (București, Timiș, Argeș, Bihor) au implementat un soft informatic standardizat care fluidizează activitatea de expertizare medicală (Casa Națională de Pensii Publice, 2014, pp. 56-71).

Faptul că la nivelul structurilor teritoriale ale INEMRCM nu sunt implementate programe de expertizare automatizate, obiective, general valabile, bazate pe proceduri informaționale conduc la subiectivism și erori în evaluarea medicală. Verificările aleatorii ale dosarelor medicale din cabinetele de expertiză teritoriale au scos la iveală multiple neconcordanțe care au condus la modificarea încadrărilor în grade de invaliditate sau chiar depensionări.

În toate țările erorile, fraudă și corupția reprezintă provocări importante asupra integrității sistemelor de protecție socială, în general, în țările mai puțin dezvoltate (printre care și România), datorită capacității administrative scăzute și lipsei strategiilor de stopare a actelor de corupție.

4. Reglementări privind acordarea drepturilor persoanelor cu dizabilități în România

Sistemul de asistență socială în România este reprezentat de beneficii sociale în bani (alocații de stat, alocații de susținere, indemnizații pentru creșterea și îngrijirea copilului, ajutoare sociale acordate prin legea venitului minim garantat) și în natură, sub forma instituțiilor de protecție socială și a serviciilor de asistență socială.

Drepturile persoanelor cu dizabilități în România sunt reglementate de Legea nr. 448/2006 republicată, scopul acesteia fiind integrarea și incluziunea socială a acestora, respectând principii fundamentale cum ar fi prevenirea și combaterea discriminării, egalitatea de șanse, solidaritatea socială, adaptarea societății la persoana cu dizabilitate, protecție împotriva neglijării și abuzului etc.

Persoanele cu dizabilități reprezintă acele persoane cărora mediul social, neadaptarea deficiențelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale și/sau asociate, le împiedică total sau le limitează accesul cu șanse egale la viața societății, necesitând măsuri de protecție în sprijinul integrării și incluziunii sociale (art. 2, alin. 1 din Legea nr. 448/2006).

Adoptarea Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități (2006) de către statele membre ONU a constituit un punct comun de plecare în abordările ulterioare, recunoscând faptul că „dizabilitatea este un concept în evoluție și că acesta rezultă din interacțiunea dintre persoanele cu deficiențe și barierele de atitudine și de mediu care împiedică participarea lor deplină și efectivă în societate în condiții de egalitate cu ceilalți”.

La nivel mondial există circa un miliard de persoane care au o formă de dizabilitate, aproximativ 110-190 milioane de persoane se confruntă cu o limitare funcțională importantă (Hotărârea Guvernului nr. 655/2016 pentru aprobarea Strategiei Naționale „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități”, cap. VII). Factorii cauzali ai dizabilității sunt îmbătrânirea populației, expansiunea bolilor și creșterea speranței de viață.

Pe de altă parte, dizabilitatea poate fi analizată și sub aspectul protecției sociale ca obiectiv principal al bunăstării cetățenilor prin: (a) egalitate de șanse, proces prin care

diferitele structuri sociale și de mediu, infrastructura, serviciile, activitățile informative sau documentare devin disponibile și persoanelor cu dizabilități; (b) incluziune socială, reprezentând un set de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sănătății, informării și comunicării, mobilității, securității, justiției și culturii, destinate combaterii excluziunii sociale; și (c) participativ, ca o recunoaștere socială față de contribuția la procesul redistribuirii.

„Componentele asistenței sociale (de suport financiar și/sau în natură, acces gratuit la servicii sociale) au rolul fie de a suplini lipsa unui venit, fie de a veni în completarea lui, pentru a se asigura resursele necesare traiului populației aflate în nevoie, inclusiv pentru pensionari” (Zamfir, Stănescu și Arpinte, 2015, p. 577).

Ignorând art. 110 al Legii asistenței sociale, în România s-au conturat și coexistă două sisteme de expertizare/evaluare medicală, unul centrat pe expertizarea invalidității ca efect al incapacității de muncă, iar al doilea centrat pe evaluarea dizabilității ca efect al inadaptabilității și incapacității adaptației.

Evaluarea stării de sănătate și încadrarea într-un grad de dizabilitate (ușor, mediu, accentuat și grav) se efectuează în mod similar expertizării pentru încadrarea în grad de invaliditate în cadrul unui proces relativ facil, de către comisia de evaluare a persoanelor cu dizabilități (având două componente pe categorii de vârstă, adulți și copii), comisie subordonată Consiliului Județean, cu putere decizională în materia încadrării persoanelor în grad și tip de dizabilitate.

Teoretic, evaluarea presupune „colectarea de informații cât mai complexe și interpretarea acestora în scopul orientării asupra deciziei și intervenției” (art. 46, alin. 1 din H.G nr. 268/2007). Practic, așa cum este prezentat în raportul unei analize SWOT a sistemului românesc de diagnoză și evaluare a persoanelor cu dizabilități, punctele slabe relevă: nerespectarea eticii și deontologiei profesionale în evaluarea socială și psihologică (anchete sociale făcute din birou, evaluări psihologice care nu se bazează pe instrumente acreditate, standardizate, etalonate); lipsa preocupărilor pentru monitorizarea evoluției persoanelor cu dizabilități; și inexistența instrumentelor de evaluare adresate nevoilor speciale ale persoanelor cu dizabilități (Asociația Profesională Neguvernamentală de Asistență Socială ASSOC Baia Mare, 2011, pp. 122-123).

Respectând drepturile și demnitatea persoanei cu dizabilități pe principiul „nimic pentru noi, fără noi”, evaluarea medicală axată pe potențialul de dezvoltare, integrare și incluziune socială a persoanei, presupune o abordare integratoare în funcție de starea de sănătate, nivelul de educație, adaptabilitate, este nepărtinitoare și este efectuată în echipă (art. 47 din H.G. nr. 268/2007).

Spre deosebire de expertizarea medicală a persoanelor cu invaliditate, evaluarea medicală a persoanelor cu dizabilități are în vedere o sferă mai largă de domenii de analiză și anume:

- evaluarea socială de către asistenți sociali, etapă în care sunt analizate condițiile de trai, componența familiei, veniturile membrilor familiei;
- evaluarea medicală, asigurată de medici de specialitate având la bază documente și investigații medicale relevante;

- evaluarea psihologică și nu în ultimul rând evaluarea vocațională, asigurată de psihopedagogi, instructori de educație;
- evaluarea nivelului de educație, asigurată de psihopedagogi; și
- evaluarea abilităților și a nivelului de integrare socială.

Tabelul 4: Relația dintre deficiența funcțională, incapacitatea adaptativă și gradul de invaliditate

Diagnostic funcțional ¹	Incapacitate adaptativă	Gradul de invaliditate
Fără deficiență funcțională	0-19%	Nu determină invaliditate
Deficiență ușoară	20-49%	Nu determină invaliditate
Deficiență medie	50-69%	III
Deficiență accentuată	70-89%	II
Deficiență gravă	90-100%	I

Sursa: Anexa 1 la H.G. nr. 155/2011

Relația „deficiență funcțională – incapacitate adaptativă – grad de invaliditate” este reprezentată pe o scală negativă, care exprimă pierderea funcțională cu repercusiuni asupra îndeplinirii rolului adecvat conform vârstei, gradului de instruire și factorilor socio-culturali existenți (Anexa 1 la H.G. nr. 155/2011).

Datele statistice comunicate de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități la 31 martie 2019 arată că rata persoanelor cu dizabilități raportată la populația României a fost de 3,73%, segmentul cel mai reprezentativ fiind deținut de femei și anume 53,04% din totalul persoanelor cu dizabilități.

Pe județe, cea mai mare pondere a persoanelor cu dizabilități raportat la numărul de locuitori ai județului o deține Vâlcea cu 6,47%, urmat de Sălaj cu 6,01%, Bistrița-Năsăud cu 5,42%, iar cea mai scăzută pondere o deține județul Dolj cu 2,42%.

Din centralizarea datelor pe grupe de vârstă rezultă că 54,92% sunt persoane cu vârste cuprinse între 18-64 ani (417.657 persoane) și 45,08% au peste 65 ani (342.809 persoane), din total persoane adulte cu dizabilități.

Considerăm că rata de încadrare în grad de dizabilitate poate fi influențată și de contextul economic nefavorabil al zonei de proveniență al beneficiarului care îi determină pe cei cu probleme de sănătate (mai ușoare sau mai complexe) să forțeze accesul într-o

1 – fără deficiență funcțională (incapacitatea adaptativă 0-19%) – exprimă limitele largi ale normalului;
 – deficiență ușoară (incapacitatea adaptativă 20-49%) – afectează nesemnificativ activitățile cotidiene și profesionale; pot apărea contraindicații privind activitatea profesională/recomandări privind schimbarea locului de muncă; capacitatea de muncă este păstrată;
 – deficiență medie (incapacitatea adaptativă 50-69%) – limitează capacitatea adaptativă la mediul profesional în privința programului sau a locului de muncă; capacitatea de muncă este redusă cu cel puțin jumătate față de standard;
 – deficiență accentuată (incapacitatea adaptativă 70-90%) – împiedică desfășurarea unei activități profesionale în sistemul organizat de muncă; capacitatea de muncă este pierdută în totalitate; și
 – deficiență gravă (incapacitatea adaptativă 90-100%) – pierde, pe lângă capacitatea de muncă, și pe cea de autoservire.

categorie beneficiară de invaliditate sau dizabilitate, dată fiind permisivitatea legislativă necondiționată de existența unui stagiu minim de cotizare.

Tabelul 5: Evoluția persoanelor cu dizabilități în perioada 2008-2019

Nr. crt.	Anul	Deficiență gravă	Deficiență accentuată	Deficiență medie	Deficiență ușoară	Total beneficiari
1	2008	*	*	*	*	631.199
2	2009	*	*	*	*	681.558
3	2010	*	*	*	*	689.680
4	2011	*	*	*	*	689.576
5	2012	227.218	368.513	78.011	6.023	697.169
6	2013	241.202	381.581	79.464	6.969	709.216
7	2014	260.207	390.823	78.481	8.374	737.885
8	2015	275.727	400.881	81.690	7.855	766.153
9	2016	289.511	406.688	82.675	7.672	786.546
10	2017	303.944	403.533	81.725	7.892	797.104
11	2018	321.781	409.891	84.208	8.076	823.956
12	Martie 2019	323.365	410.103	84.655	8.074	826.197
13	Iunie 2019	328.136	411.511	85.280	8.204	833.131

* Nu există date.

Sursa: Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități

Pe de altă parte, așa cum este menționat în Anexa 1 la H.G. nr. 155/2011 „particularitățile de ordin medical și socio-profesional care intervin frecvent în evaluare fac uneori greu de aplicat standarde foarte precis definite”. Concluzionăm că oricât de obiectivă ar dori să fie evaluarea medicală, aceasta este efectuată de medici, expuși unui volum mare de muncă care îngreunează și face dificil actul medical.

Drepturile de care beneficiază persoanele cu dizabilități în România reglementate de art. 6 din Legea nr. 448/2006 sunt:

- ocrotirea sănătății – prevenire, tratament și recuperare;
- educație și formare profesională;
- ocuparea și adaptarea locului de muncă, orientare și reconversie profesională;
- asistență socială, respectiv servicii sociale și prestații sociale;
- locuință, amenajarea mediului de viață personal ambiant, transport, acces la mediu fizic, informațional și comunicațional;
- petrecerea timpului liber, acces la cultură, sport, turism;
- asistență juridică;
- facilități fiscale; și
- evaluare și reevaluare prin examen la domiciliu a persoanelor nedepasabile de către membrii comisiei de evaluare, la un interval de 2 ani.

La toate acestea se adaugă o serie de gratuități (medicamente, asistență medicală, dispozitive medicale gratuite în ambulatoriu, bilete de tratament balnear, etc) și scutiri

(plata impozitului pe veniturile din salarii, taxe percepute la eliberarea autorizației de funcționare pentru activități economice, dobânzi la credite pentru achiziționarea unei locuințe etc.).

Persoanele cu dizabilități beneficiază de o serie de servicii sociale acordate la domiciliu, în societate dar și în centre de zi sau rezidențiale, publice și private. Categoriile de beneficii sociale de care beneficiază persoanele cu dizabilități sunt stabilite diferențiat, conform indicatorului social de referință stabilit pentru anul în curs. Beneficiile sociale acordate persoanelor cu dizabilități sunt clasificate astfel:

- indemnizația lunară acordată persoanelor cu dizabilitate gravă, indiferent de venituri (reprezintă 70% din indicatorul social de referință², $500 * 70\% = 350$ lei);
- indemnizație de însoțitor pentru adulți cu dizabilități vizuale grave sau asistent personal, reprezintă echivalentul salariului net al asistentului personal, gradație 0, în cuantum de 1263 lei);
- buget personal complementar acordat adulților cu dizabilități grave (30% din ISR, $500 * 30\% = 150$ lei);
- indemnizația lunară acordată persoanelor cu dizabilități accentuate (reprezintă 53% din ISR, $500 * 53\% = 265$ lei);
- buget personal complementar acordat adulților cu dizabilități accentuate (22% din ISR, $500 * 22\% = 110$ lei);
- buget personal complementar acordat adulților cu dizabilități ușoare (12% din ISR, $500 * 12\% = 60$ lei);
- buget personal complementar acordat copiilor cu dizabilități grave în cuantum de 300 lei;
- buget personal complementar acordat copiilor cu dizabilități accentuate în cuantum de 175 lei;
- buget personal complementar acordat copiilor cu dizabilitate medie în cuantum de 60 lei;
- alocație de stat majorată 100% pentru copiii încadrați în grad de dizabilitate în cuantum de 300 lei; și
- alocație lunară de hrană acordată copiilor de tip HIV/SIDA în cuantum de 15 lei/zi, aproximativ 465 lei/lună.

De aceste prevederi legislative nu beneficiază persoanele instituționalizate pentru care se asigură întreținere completă din partea autorității administrației publice, pe o perioadă mai mare de o lună.

Persoanele cu dizabilitate gravă sau accentuată, preexistentă calității de asigurat, precum și nevăzătorii beneficiază și de pensie de invaliditate dacă au realizat cel puțin jumătate din stagiul de cotizare necesar la data solicitării pensiei.

2 Conform legii nr. 76/2002, indicatorului social de referință (ISR) reprezintă o unitate a cărei valoare este echivalentul unei anumite sume, în lei, pe baza căreia sunt determinate beneficiile sociale acordate din bugetul de stat, în anul 2019 valoarea stabilită este de 500 lei.

Metodologic, încadrarea persoanelor cu dizabilități într-o categorie beneficiară de drepturi sociale se efectuează de către comisia de evaluare județeană și constă în:

- depunerea documentației medicale la Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului;
- la o dată comunicată se efectuează evaluarea medicală;
- odată cu emiterea certificatului de încadrare în grad de dizabilitate se elaborează și programul individual de reabilitare și integrare socială; și
- plata drepturilor sociale se efectuează în baza deciziei emise de către Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială în a cărei rază are domiciliul persoana beneficiară.

În practica expertizării/evaluării medicale, ca urmare a lipsei de armonizare și corelare a criteriilor medicale și psihosociale de evaluare și expertizare s-au constatat neconcordanțe majore, de exemplu persoane cu deficiențe ușoare sau deficiențe medii sunt totuși încadrate în gradul II de invaliditate. Din păcate nu sunt puține situațiile în care această confuzie medicală dă naștere unor drepturi sociale inadecvate.

Așa cum este prevăzut în legea nr. 292/2011, funcționalitatea unei structuri comune de expertizare/evaluare medicală la nivelul Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități (ANPD) și a Casei Naționale de Pensii Publice (CNPP), cu filiale județene care să aplice criteriile unitare, bazate pe profesionalism și rigurozitate, este punctul de pornire în eficientizarea celor două sisteme sociale.

Tendențele politicilor publice actuale ale Uniunii Europene sunt orientate spre dezvoltarea serviciilor sociale care să suplinească beneficiile sociale.

5. Concluzii

Prin diverse forme de beneficii sociale, atât sistemul de asigurări cât și cel de asistență socială încearcă să completeze starea de nevoie individuală sau familială, însă, spre deosebire de alte categorii de prestații sociale, în cazul celor două categorii de beneficii sociale prezentate, această nevoie socială trebuie periodic dovedită.

Statului îi revine obligația de a asigura promovarea legislației corespunzătoare, măsuri concrete de implementare a acesteia, politici coerente de inserție socială a persoanelor cu dizabilități, respectând principiul egalității de șanse.

De asemenea, se impune implementarea unor politici publice obiective, adecvate sistemului de asigurări și asistență socială din România care să corespundă nevoilor reale ale populației, corelate cu normele europene și în deplină concordanță cu Cartea Albă a sistemului de asistență socială.

Deși reformele în domeniul asigurărilor și asistenței sociale sunt preocupate în special de prestații sociale care presupun acordarea unui venit imediat, considerăm necesară dezvoltarea serviciilor sociale, crearea de locuri de muncă în unități protejate pentru persoanele cu dizabilități, integrarea acestora în societatea activă.

De asemenea, este necesară corelarea obiectivelor asistenței sociale cu politica legislativă în domeniu și cu resursele de finanțare existente pentru susținerea programelor de asistență socială.

Bibliografie:

1. Asociația Profesională Neguvernamentală de Asistență Socială ASSOC Baia Mare, „Servicii sociale integrate și formare vocațională pentru persoane cu dizabilități”, 2011, [Online] disponibil la adresa <http://www.assoc.ro/wp-content/uploads/2015/10/POSDRU-54702-Studiu-Comparativ-Româno-Olandez.pdf>, accesat la data de 11 iulie 2019.
2. Athanasiu, A., *Dreptul securității sociale*, București: Editura Actami, 1995.
3. Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Dizabilități, [Online] disponibil la adresa <http://anpd.gov.ro/web/transparența/statistici/trimestriale/>, accesat la data de 18 mai 2019.
4. Bodi, D.C., *Persoanele vârstnice. Resursă importantă în familie și în societate*, Iași, Institutul European, 2017.
5. Casa Națională de Pensii Publice, „Indicatori statistici Pilon I”, [Online] disponibil la adresa <https://www.cnpp.ro/web/guest/indicatori-statistici-pilon-i>, accesat la data de 29 mai 2019.
6. Casa Națională de Pensii Publice, Proiect PODCA Inovație în Administrație: „Îmbunătățirea gestiunii documentelor în Casa Națională de Pensii Publice și instituțiile sale subordonate”, Studiu privind furnizarea serviciilor de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă de către CNPP prin Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperarea Capacității de Muncă, 2014, [Online] disponibil la adresa https://www.cnpp.ro/documents/10180/523479/Servicii%20expertiza_recuperare%20medicinala, accesat la data de 18 aprilie 2019.
7. Constituția României, republicată, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 767 din 31 octombrie 2003.
8. Decizia nr. 680/2012 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 73 alin. (1) din Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 566 din 9 august 2012.
9. Eurostat, „Life Expectancy by Age and Sex”, [Online] disponibil la adresa http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en, accesat la data de 22 mai 2019.
10. Hotărârea Guvernului nr. 155/2011 pentru aprobarea criteriilor și normelor de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II și III de invaliditate, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 224 din 31 martie 2011.
11. Hotărârea Guvernului nr. 268/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 233 din 4 aprilie 2007.
12. Hotărârea Guvernului nr. 655/2016 pentru aprobarea Strategiei naționale „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități” 2016 – 2020 și a Planului operațional privind implementarea Strategiei naționale „O societate fără bariere pentru persoanele cu dizabilități” 2016 - 2020, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 737 din 22 septembrie 2016.
13. Hsiao, W.C., „Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn from One Another”, 1992, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 17, no. 4, pp. 613-636.
14. Institutul Național de Statistică, [Online] disponibil la adresa http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/speranta_de_viata_sanatoasa.pdf, 2016, accesat la data de 5 mai 2019.

15. Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 852 din 20 decembrie 2010.
16. Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 905 din 20 decembrie 2011.
17. Legea nr. 319/2006 privind securitatea și sănătatea în muncă, actualizată, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 646 din 26 iulie 2006.
18. Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1 din 22 februarie 2019.
19. Legea nr. 76/2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 103 din 6 februarie 2002.
20. Ministerul Muncii și Justiției Sociale, „Raport privind controlul pensiilor de invaliditate”, 2017, [Online] disponibil la adresa http://www.mmanpis.ro/wp-content/uploads/2017/12/raport_pens_invaliditate.pdf, accesat la data de 24 mai 2019.
21. Ministerul Muncii și Justiției Sociale, „Evoluții în domeniul condițiilor de muncă”, 2018, [Online] disponibil la adresa http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/2018/Conditii_an2018.pdf, accesat la data de 5 mai 2019.
22. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, „Expunere de motive pentru modificarea și completarea Legii asistenței sociale nr. 292/2011”, [Online] disponibil la adresa http://sgg.gov.ro/legislativ/docs/2018/05/_bmxytps41qwj0c6r83n.pdf, accesat la data de 26 mai 2019.
23. Preda, M., *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*, Iași: Editura Polirom, 2002.
24. Rotariu, T. și Voineagu, V., *Inerție și schimbare*, București: Editura Polirom, 2002.
25. Zamfir, E., Stănescu, S. și Arpinte, D., *Asistența socială în România după 25 de ani. Răspuns la problemele tranziției*, Cluj-Napoca: Editura Eikon, 2015.