

**Strategia națională pentru  
promovarea îmbătrânirii active și  
protecția persoanelor vârstnice  
2015–2020**

## Cuprins

<b>1. Cadrul general .....</b>	<b>3</b>
1.1. Îmbătrânirea populației: implicații pentru societate și economie.....	3
1.2. O viață mai sănătoasă într-o societate în curs de îmbătrânire.....	6
1.3. Munca la vârste înaintate .....	11
1.4. Participare socială și o bătrânețe demnă .....	18
1.5. Independență sporită în îngrijirea de lungă durată .....	24
1.6. Concluzii ale analizei generale .....	28
<b>2. Scopul strategiei .....</b>	<b>29</b>
2.1. Motivarea strategiei .....	30
2.2. Principii de funcționare .....	31
2.3. Procesul elaborării strategiei .....	34
<b>3. Obiective ale Strategiei pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1. Prelungirea și îmbunătățirea calității vieții active a persoanelor vârstnice ..</b>	<b>37</b>
3.1.1. Consolidarea reformei sistemului public de pensii.....	38
3.1.2. Modificări ale politicilor de resurse umane pentru o mai bună integrare lucrătorilor vârstnici.....	39
3.1.3. Crearea locurilor de muncă favorabile vârstnicilor și care nu afectează negativ sănătatea.....	40
3.1.4. Îmbunătățirea și menținerea abilităților, a capacității de angajare și a independenței populației vârstnice ..	41
<b>3.2. Promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice .....</b>	<b>42</b>
3.2.1. Accentuarea imaginii sociale a populației vârstnice și promovarea participării sociale.....	42
3.2.2. Îmbunătățirea accesibilizării infrastructurii spațiilor publice.....	44
3.2.3. Prevenirea abuzurilor asupra populației vârstnice și a excluziunii .....	45
<b>3.3. Obținerea unei independențe și a unei siguranțe mai mari pentru persoanele vârstnice cu necesități de îngrijire de lungă durată .....</b>	<b>45</b>
3.3.1. Crearea sistemului unificat de îngrijire de lungă durată .....	46
3.3.2. Asigurarea de resurse financiare, umane și fizice suficiente pentru sistemul de ÎLD.....	47
<b>4. Obiective transversale pentru obținerea unei vieți mai lungi și mai sănătoase .....</b>	<b>48</b>
4.1. Întârzierea îmbătrânirii fizice și a apariției afecțiunilor cronice .....	49
4.2. Pregătirea sistemului de sănătate pentru servicii acordate populației vârstnice.....	50
<b>5. Implementare, monitorizare și evaluare .....</b>	<b>51</b>

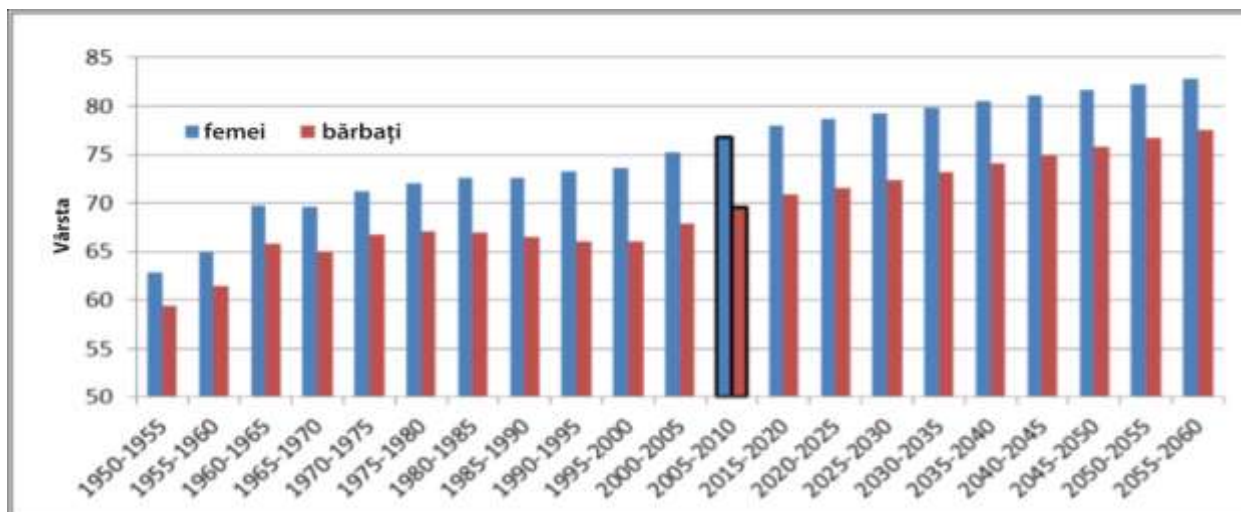
## **1. Cadru general**

### **1.1. Îmbătrânirea populației: implicații pentru societate și economie**

România se confruntă cu o transformare socio-economică profundă, datorată schimbărilor demografice fără precedent. Se estimează că ponderea populației cu vârsta mai mare sau egală cu 65 de ani se va dubla, de la 15% la 30%, până în anul 2060, existând posibilitatea de a exercita o presiune puternică asupra costurilor aferente pensiilor, serviciilor medicale și serviciilor de îngrijire de lungă durată. În același timp, se inversează creșterea, care a avut loc timp de câteva decenii, a populației în vârstă de muncă a României, și anume segmentul 15-64 de ani, urmând o scădere de 30% până în anul 2060, aceasta fiind una dintre cele mai accentuate scăderi din UE. O presiune suplimentară este exercitată de participarea redusă pe piața muncii a persoanelor de etnie romă, unul dintre grupurile de minorități etnice cele mai mari, mai tinere și cu creșterea cea mai dinamică din România, precum și de emigrarea netă accentuată, care în ultimul deceniu a redus grupul cu vârste cuprinse în prezent între 25 și 30 de ani cu aproape 20%. Aceste tendințe sunt chiar mai pronunțate în zonele rurale, unde numărul de persoane vârstnice raportat la numărul de persoane în vârstă de muncă poate fi cu până la de 2,5 ori mai mare decât în zonele urbane. Prin urmare, reducerea segmentului de populație care contribuie la producția economică ar putea avea ca rezultat o creștere mai mică a venitului pe locuitor și ar putea limita perspectivele generale de creștere economică. Această tendință creează, de asemenea, o provocare în ceea ce privește recrutarea numărului necesar de lucrători în serviciile de sănătate și asistență socială pentru vârstnici, în special în localitățile izolate.

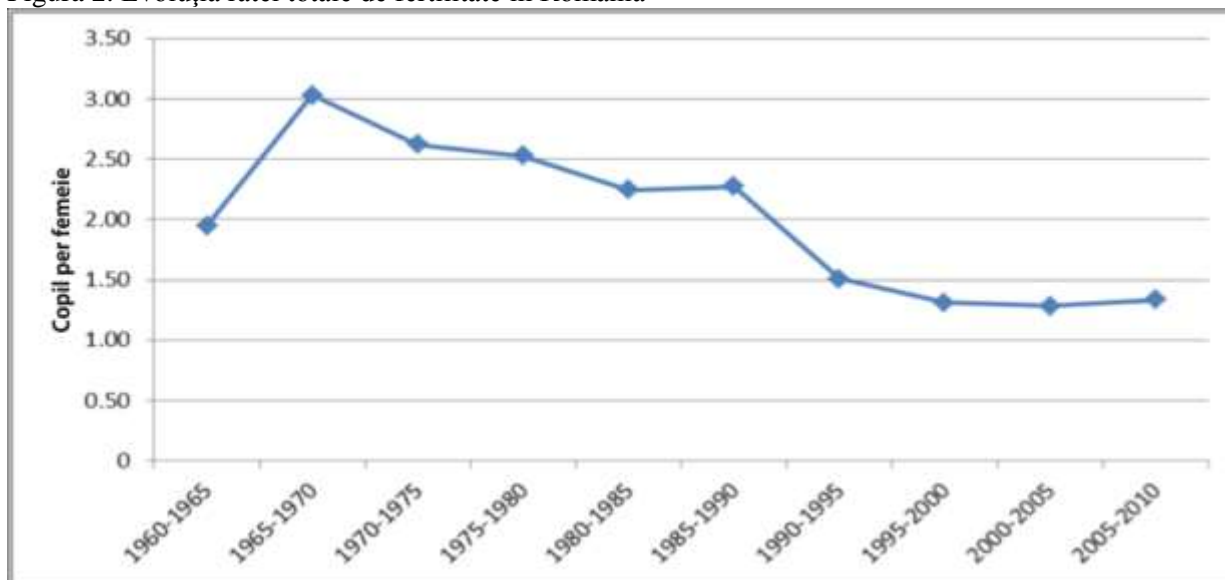
Îmbătrânirea populației este determinată de trei fenomene separate, respectiv creșterea speranței de viață, scăderea ratelor de fertilitate și emigrația, care sunt prezentate în cazul României în figura 1, figura 2 și figura 3. În România, durata medie de viață a crescut semnificativ în ultimii 60 de ani, speranța de viață la naștere crescând cu aproximativ 14 ani pentru femei și 10 ani pentru bărbați.

Figura 1. Evoluția speranței de viață în România



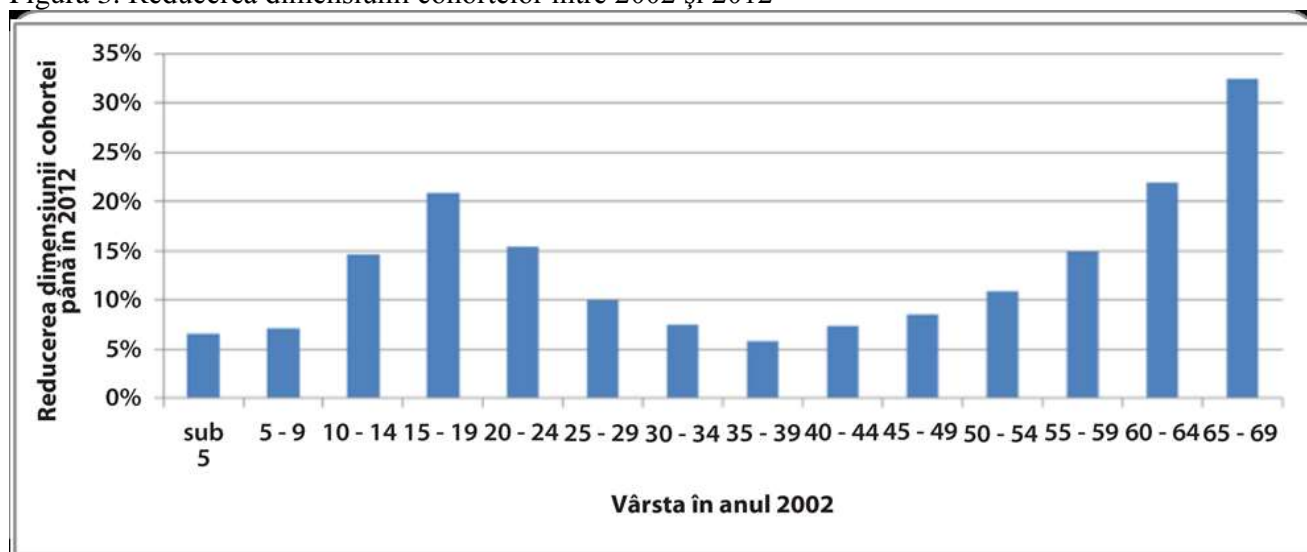
Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația

Figura 2. Evoluția ratei totale de fertilitate în România



Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația 36

Figura 3. Reducerea dimensiunii cohortelor între 2002 și 2012



Sursa: Date Eurostat, în baza recensământului din 2001 și 2011

Prin urmare, întrebarea crucială care apare este în ce măsură creșterea preconizată a speranței de viață pentru grupuri din ce în ce mai mari de persoane în vârstă va fi însoțită de boală, dizabilitate, vulnerabilitate și dependență și, astfel, de o utilizare mai intensă a serviciilor sociale sau dacă această creștere a speranței de viață înseamnă ani în plus cu sănătate, o viață activă și productivă. Agenda politicii privind îmbătrânirea activă are ca obiectiv încadrarea României în cel de-al doilea scenariu.

În calitate de stat membru al UE, România face permanent demersuri pentru a se apropia de nivelul veniturilor și al standardului de viață din celelalte state membre UE, deși recenta criză economică a încetinit acest proces. Pentru a merge pe calea unei creșteri economice mai mari, România și-a propus ca obiectiv atingerea unei ponderi de 70% a ratei de ocupare a forței de muncă în cadrul populației cu vârsta cuprinsă între 20-64 de ani până în anul 2020, comparativ cu valoarea actuală de 64%. Un alt obiectiv constă în reducerea numărului de persoane care prezintă risc de sărăcie sau excluziune socială cu 580.000, în aceeași perioadă, raportat la anul de referință 2008. Aceste obiective naționale sunt asumate de către România prin Strategia Europa 2020 și prin Programul Național de Reformă (PNR) și sunt sprijinite de UE, care consideră conceptul de îmbătrânire activă un element esențial pentru atingerea obiectivelor strategice ale programului Europa 2020.

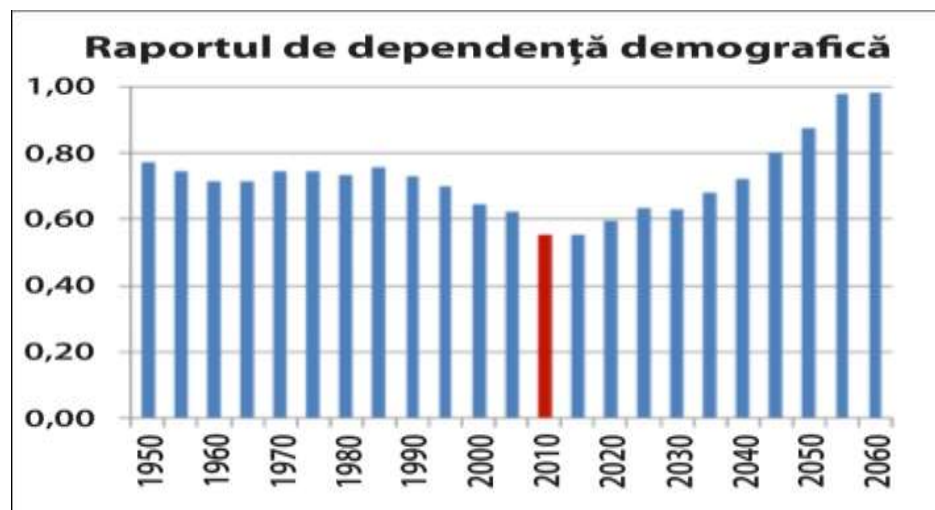
Conform cadrului general al îmbătrânirii active din UE, România consideră că principalele elemente ale conceptului sunt: 1) viață mai lungă și mai sănătoasă; 2) creșterea nivelului de ocupare a forței de muncă la vârste mai înaintate; 3) creșterea participării sociale și politice a grupurilor de persoane vârstnice; 4)

scăderea dependenței persoanelor vârstnice; 5) îmbunătățirea serviciilor de îngrijire de lungă durată. Contextul situației actuale și al provocărilor de politici în fiecare dintre aceste domenii este prezentat mai jos, împreună cu o analiză tehnică aprofundată.

## 1.2. O viață mai sănătoasă într-o societate în curs de îmbătrânire

Raportul de dependență demografică reprezintă, conform Eurostat, numărul persoanelor tinere (0-14 ani) și vârstnice (65 ani și peste) care revin la 100 persoane în vârstă de muncă (15-64 ani); acesta a fost relativ stabil și s-a situat la o medie de aproximativ 75 între 1950 și 1990. Între 1990 și 2010, acest raport a scăzut la 55, datorită populației numeroase născute după anii 1960, care a intrat în rândul persoanelor în vârstă de muncă<sup>1</sup>. Această evoluție a reprezentat un important pas înainte pentru economia României. Totuși, tendința în ceea ce privește raportul de dependență demografică se inversează drastic și se preconizează că va ajunge la 100 până în anul 2055, după cum se prezintă în figura 4 de mai jos. Acest fenomen este cauzat de scăderea continuă a ratei de fertilitate începând cu anii 1970, care s-a accelerat în anii 1990, a fluxurilor puternice de migrație în ultima decadă, precum și a unei tendințe pozitive de mai multe decenii de creștere a speranței de viață.

**Figura 4. Raportul de dependență demografică în România**



Sursa: UN World Populations Prospects (Perspectivele populației mondiale ONU): Ediția revizuită din anul 2012 (date din 1950 până în 2010, bazate pe estimările ONU, proiecții bazate pe variante medii de fertilitate).

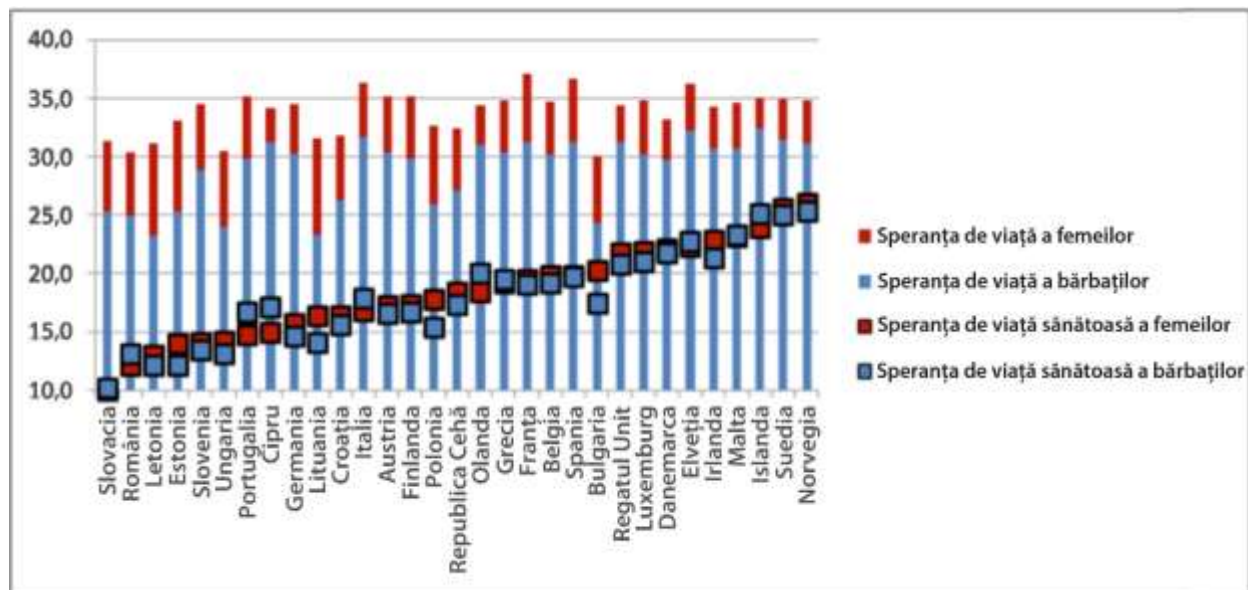
<sup>1</sup> România a fost afectată de un fenomen „baby boom” dramatic, dar scurt în anii 1967 și 1968 (și într-o măsură mai mică în anii următori până în 1989). Timp de aproape un deceniu - de la sfârșitul anilor 1950 și până la mijlocul anilor 1960 - modalitatea principală de planificare familială din România a fost avortul, majoritatea estimărilor referitoare la proporția concepțiilor care au sfârșit printr-un avort considerând că aceasta era de 80 de procente. În luna octombrie 1966, cu intrare în vigoare la 1 noiembrie 1966, ca răspuns la scăderea ratelor natalității, Guvernul a emis Decretul nr. 770.

În timp ce numărul populației active este estimat a fi în scădere, se preconizează că ponderea persoanelor active aparținând minorității de etnie romă din România va crește. Acest grup minoritar se confruntă cu o slabă participare pe piața muncii care, în cazul în care va continua, va duce la o scădere și mai rapidă a numărului total al angajaților decât o arată prognozele demografice de la nivel național. Îmbătrânirea populației are, de asemenea, o dimensiune regională și urban/rurală pronunțată: în timp ce zonele urbane beneficiază de migrația internă a populației tinere, regiunile rurale se confruntă cu dificultățile furnizării de servicii sociale pentru persoanele vârstnice. De asemenea, regiunile rurale se confruntă și cu lipsa resurselor umane pentru furnizarea de servicii medicale și sociale către populația vârstnică izolată. Cheltuielile cu pensiile, care se ridică la 7,6 % din PIB (Sursa: BASS, 2013) sunt de asemenea, favorabile în special familiilor urbane, mai bine acoperite de sistemul de pensii și, de asemenea, eligibile pentru beneficii mai importante, stimulând cu precădere regiunile urbane. Dat fiind faptul că dificultățile aferente îmbătrânirii în localitățile rurale reprezintă adesea costul migrației interne și al dezvoltării economice a orașelor, costurile aferente îmbunătățirii calității vieții la vârste înaintate trebuie distribuite într-un mod mai echitabil între comunitățile urbane și cele rurale.

În prezent, românii trăiesc mai mult, însă perioadele de timp înregistrate în plus sunt mai reduse decât în restul UE, mulți dintre acești ani fiind caracterizați de deteriorarea stării de sănătate care tinde să apară cu mult înainte de vârsta de 65 de ani - figura 5.

Profilul epidemiologic al României, exceptându-l pe cel al populației de etnie romă, reflectă, în mare parte, profilul celorlalte țări membre ale UE. Acesta este caracterizat de o prevalență redusă a bolilor infecțioase și de un procent în creștere al bolilor cardiovasculare, cancer și afecțiuni care apar din cauze externe, inclusiv violență și vătămări. Ca în majoritatea țărilor membre ale UE, numărul în creștere de persoane obeze și supraponderale sporește presiunea asupra costurilor aferente serviciilor de sănătate și îngrijire pentru persoanele afectate, mai ales când obezitatea este asociată cu alte boli inclusiv diabetul de tip 2, care reprezintă una dintre afecțiunile cronice cu cele mai mari costuri în lumea occidentală. Afecțiunile generate de factori ce țin de stilul de viață, care pot fi preveniți, reprezintă, de asemenea, un procent din ce în ce mai mare, incluzând consumul de tutun, abuzul de alcool și factorii de risc aferenți stilului de viață. Cele mai comune boli netransmisibile, inclusiv bolile cardiovasculare, cancer, boli respiratorii și diabetul reprezintă împreună 86% din cauzele de deces din România.

Figura 5. Speranța de viață (SV) și Speranța de viață sănătoasă (SVS) la vârsta de 50 de ani



Sursa: Eurostat, date din 2011

Totuși, populația de etnie romă din România prezintă un profil epidemiologic diferit, cu o stare generală de sănătate deteriorată comparativ cu populația generală. Dincolo de faptul că are o speranță de viață mult mai scăzută, studii recente privind starea de sănătate a cetățenilor de etnie romă au arătat că aceștia se confruntă și cu o incidență crescută a bolilor infecțioase și cronice. Printre factorii care explică starea deteriorată de sănătate se numără condițiile inoportune de trai, care contribuie la boli infecțioase, boli digestive și respiratorii, în special la copii. Prevalența mai mare a bolilor cronice este o consecință a unor comportamente dăunătoare, ca de exemplu o alimentație nesănătoasă, activitate fizică scăzută și fumat, atât în ceea ce îi privește pe bărbați, cât și pe femei. Un studiu recent a arătat că aproape jumătate dintre persoanele adulte de etnie romă fumează în mod regulat, iar femeile de etnie romă fumează de 2,2 ori mai mult decât femeile românce la nivel național. Starea precară de sănătate poate fi cauzată și de utilizarea ineficientă a serviciilor de sănătate disponibile: aproximativ 42% dintre persoanele de etnie romă nu apelează la acestea atunci când chiar au nevoie de ele. Peste 80 % dintre cei care nu recurg la îngrijirile de care au nevoie declară că motivul este reprezentat de constrângerile financiare, chiar dacă anumite servicii sunt gratuite. Lipsa asigurărilor sociale de sănătate și incertitudinea cu privire la serviciile care trebuie plătite reprezintă motivele de îngrijorare principale (Banca Mondială, 2014).



Având în vedere ponderea populației de etnie romă, ca minoritate aflată în plin proces de creștere, este necesar ca nevoilor lor specifice să li se acorde o atenție deosebită<sup>2</sup>.

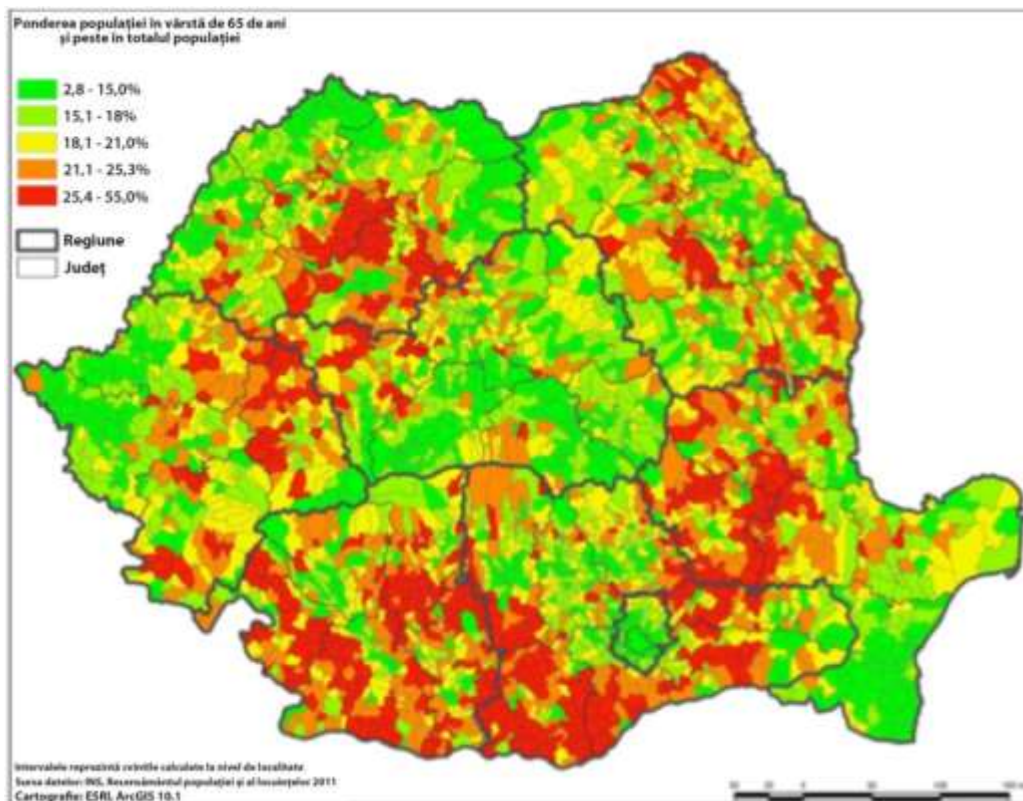
Îmbătrânirea populației în România are un pronunțat caracter regional, subliniat de distribuția inegală a populației vârstnice în țară, după cum se prezintă în figura 6. În mod interesant, procesul inegal de îmbătrânire nu se traduce neapărat printr-o reducere regională proporțională a numărului de contribuabili sau prin creșterea cheltuielilor aferente îmbătrânirii. În timp ce în provinciile sudice cele două hărți prezintă o concentrare atât de persoane vârstnice cât și de pensionari, partea centrală și de vest a României are în mod semnificativ mai mulți pensionari decât ar sugera numărul de persoane vârstnice, o situație inversă se poate observa în zona de nord-est.

Starea de sănătate actuală a populației tinere și de vârstă mijlocie din România, precum și calitatea serviciilor medicale, influențează în mod hotărâtor felul în care va evolua speranța de viață, dizabilitatea sau dependența și creșterea nevoii de îngrijiri de lungă durată. Cu toate acestea, deocamdată nu există suficiente date dezagregate care să permită formularea unor previziuni în ceea ce privește aceste variabile. În consecință, Guvernul este conștient de necesitatea îmbunătățirii procesului de alocare a finanțării pentru elaborarea unor instrumente comprehensive de evaluare și monitorizare pentru colectarea datelor care permit formularea unor astfel de previziuni pe termen mediu și lung. Pe termen scurt, proiectarea cererii de îngrijire de lungă durată este mai puțin relevantă, întrucât numărul persoanelor care vor utiliza servicii de îngrijire de lungă durată va fi, mai degrabă, determinat de ofertă, în funcție de resursele financiare și umane disponibile. Datele și studiile disponibile arată că nu există o ofertă suficient de dezvoltată în ceea ce privește serviciile și facilitățile în acest sens. Prin urmare, este important să se acopere mai bine piața deficitară și să se asigure calitatea serviciilor furnizate, totodată colectând mai multe date pentru proiecțiile de cerere pe termen mediu și lung.

Figura 6. Ponderea populației în vârstă de 65 de ani și peste în totalul populației

---

<sup>2</sup> Studiul recent cu privire la populația de etnie romă, intitulat "Consiliere privind metodele de diagnosticare și politicile pentru sprijinirea incluziunii romilor în România, Banca Mondială, 2014" conține mai multe recomandări privind politicile pentru populația de etnie romă, orientate în funcție de nevoile specifice ale acestei minorități.



Sursa: date recensământ

Ținând cont de acești factori se are în vedere aspectul potrivit căruia îmbătrânirea populației va contribui la creșterea presiunii asupra cheltuielilor de sănătate în România. Pentru atingerea unui nivel de sănătate pe durată mai îndelungată și a unei vieți productive, România este conștientă că trebuie să investească în prevenirea, diagnosticarea timpurie și tratamentul bolilor cronice, precum și să își revizuiască politicile din domeniul farmaceutic, care vor fi mai importante în ceea ce privește furnizarea de produse adecvate îngrijirii medicale pentru populația vârstnică. O atenție deosebită trebuie acordată campaniilor de prevenire și reducere a consumului de tutun și alcool, promovării alimentației sănătoase și practicării sportului, printr-o integrare mai bună a acestor măsuri preventive în serviciile primare de sănătate și în viața comunității. Detectarea timpurie și gestionarea bolilor cardiovasculare, diabetului și depresiei vor deveni din ce în ce mai importante pe măsură ce populația îmbătrânește. Sistemul de sănătate trebuie, de asemenea, să se concentreze mai mult asupra dezvoltării specializărilor de geriatrie și medicină de familie, astfel încât să fie capabil să gestioneze mai bine problematica bolilor cronice și celor care afectează funcțiile cognitive, în principal în secții de ambulatoriu.

### 1.3. Munca la vârste înaintate

Populația vârstnică reprezintă o resursă insuficient folosită a economiei României, aspect care face dificilă atingerea unei rate de ocupare de 70%. În România, rata de ocupare a forței de muncă în rândul populației cu vârsta cuprinsă între 25 și 54 de ani este cu numai 2 puncte procentuale mai mică decât media din UE, în timp ce aceeași rată pentru populația cu vârsta între 55 și 64 de ani este cu 9 puncte procentuale mai mică. Conform metodologiei de calcul Eurostat, în ceea ce privește statisticile din țara noastră, se poate interpreta o creștere artificială semnificativă a valorii acestui indicator<sup>3</sup>, comparativ cu alte state UE – figura 7. În zonele urbane, aproape jumătate din populația cu vârsta între 18 și 64 de ani care nu urmează o formă de formare profesională continuă sau nu deține un contract de muncă, se încadrează în intervalul de vârstă de la 55 la 64 de ani.

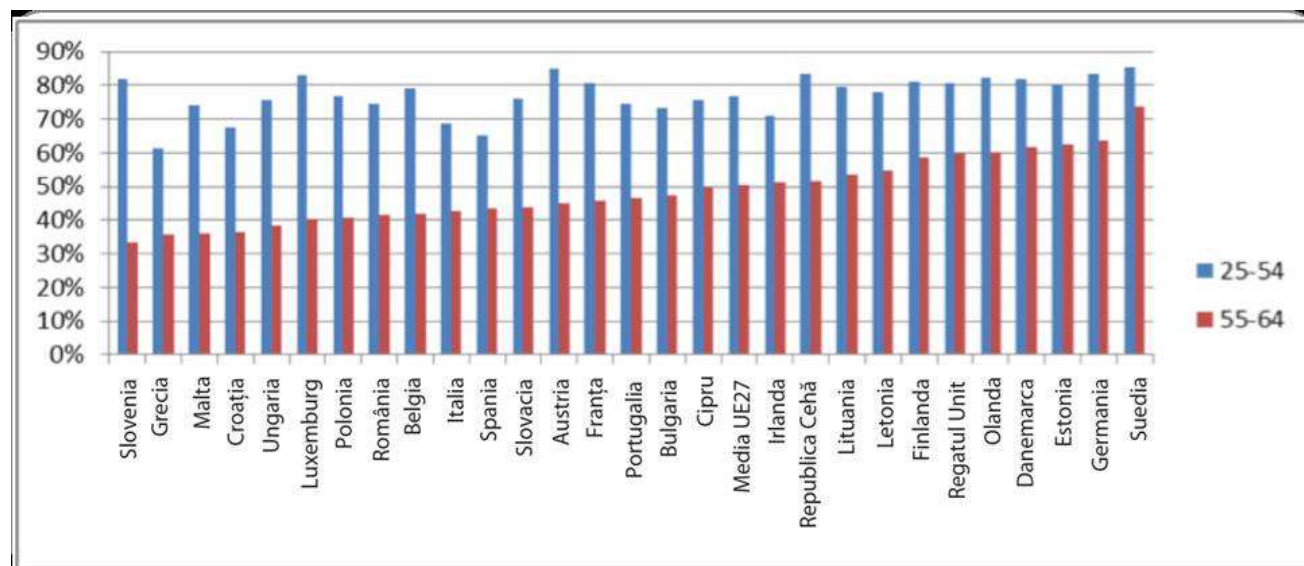
O scădere progresivă semnificativă a numărului de persoane cu contract de muncă începe încă de la vârsta de 50-54 de ani. În acest interval de vârstă, 20% dintre femei și 17% dintre bărbați sunt deja pensionați, majoritatea având pensii de invaliditate. În ciuda reformelor din 2001, care au înăspriț condițiile de eligibilitate pentru obținerea unei pensii, pensionarea anticipată/anticipată parțială rămâne la un nivel ridicat. Între vârstele de 55 și 59 de ani, cu până la cinci ani înainte de vârsta de pensionare pentru limită de vârstă, există deja un raport de 2,5 femei pensionate pentru fiecare femeie angajată. În mod similar, între vârstele de 60 și 64 de ani, cu până la cinci ani înainte de vârsta de pensionare pentru limită de vârstă pentru bărbați, există deja un raport de 4,5 bărbați pensionari pentru fiecare bărbat angajat – figura 8.

În plus, tranziția de la angajarea cu normă întreagă la pensia pentru limita de vârstă în România este foarte abruptă, fără rute intermediare care să facă trecerea către pensionare, care ar combina mai puține responsabilități, o muncă mai ușoară, mai puține ore de muncă și munca voluntară cu primele venituri din pensie.

---

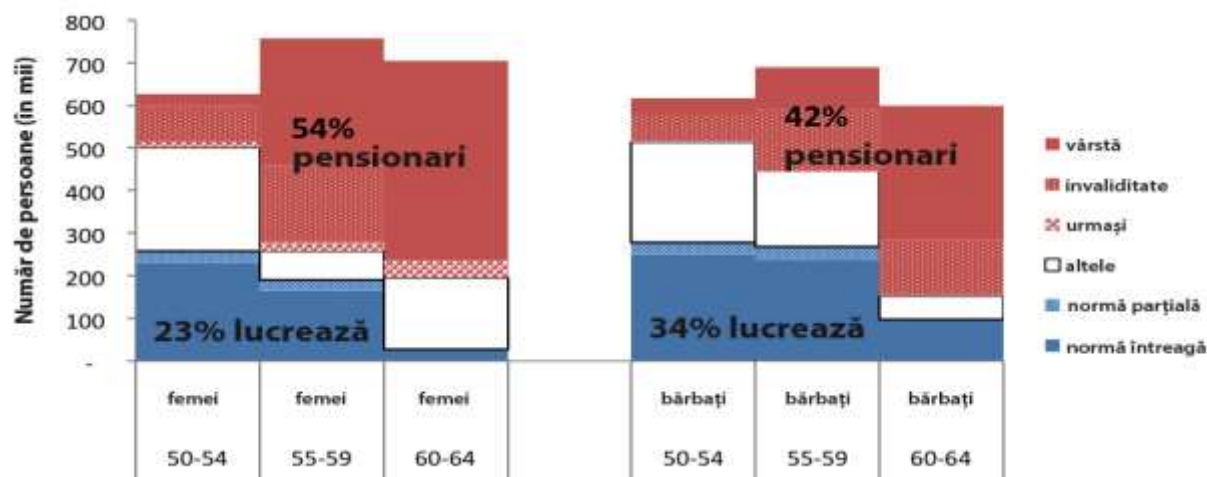
<sup>3</sup> „Populația ocupată cuprinde, conform metodologiei Anchetei statistice asupra forței de muncă în gospodării, toate persoanele de 15 ani și peste care au desfășurat o activitate economică producătoare de bunuri sau servicii de cel puțin o ora (cel puțin 15 ore pentru lucrătorii pe cont propriu și lucrătorii familiali neremunerați din agricultura anterior anului 2011) în perioada de referință (o săptămână), în scopul obținerii unor venituri sub forma de salarii, plata în natură sau alte beneficii. Incepând din anul 2011, lucrătorii pe cont propriu și lucrătorii familiali neremunerați care lucrează în agricultură sunt considerați persoane ocupate doar dacă sunt proprietarii producției agricole (nu neaparat și ai pământului) obținute și îndeplinesc una dintre următoarele condiții: producția agricolă este destinată, fie și măcar în parte, vânzării sau schimbului în natura (troc); producția agricolă este destinată exclusiv consumului propriu dacă această reprezintă o parte substanțială a consumului total al gospodăriei. Sunt excluse din populația ocupată persoanele care: desfășoară activități agricole minore, în scop de recreere, hobby sau pentru a obține, suplimentar, produse alimentare fără ca acestea să constituie o parte importantă a consumului total al gospodăriei; desfășoară activități agricole (cu o durată de peste 10 ore/ săptămână), producția agricolă fiind destinată exclusiv consumului propriu, dar aceasta nereprezentând o parte substanțială a consumului total al gospodăriei”, AMIGO.

Figura 7. Ratele de ocupare a forței de muncă în rândul segmentului tânăr și al celui mai în vârstă al populației în vârstă de muncă, 2013



Sursa: Eurostat

Figura 8. Structura socio-economică a populației cu vârste între 50 și 64 de ani



Sursa: Banca Mondială, 2014

Notă: Lucrătorii independenți, în principal din agricultură și beneficiarii indemnizației sociale pentru pensionari sunt incluși în zona albă a graficului.

Dat fiind faptul că rata sărăciei în România este cea mai scăzută în rândul populației cu vârste de 50 de ani și peste, se poate argumenta că oportunitățile de locuri de muncă nu sunt neapărat necesare pentru persoanele care sunt eligibile pentru obținerea unei pensii pentru limita de vârstă. Totuși, ar trebui

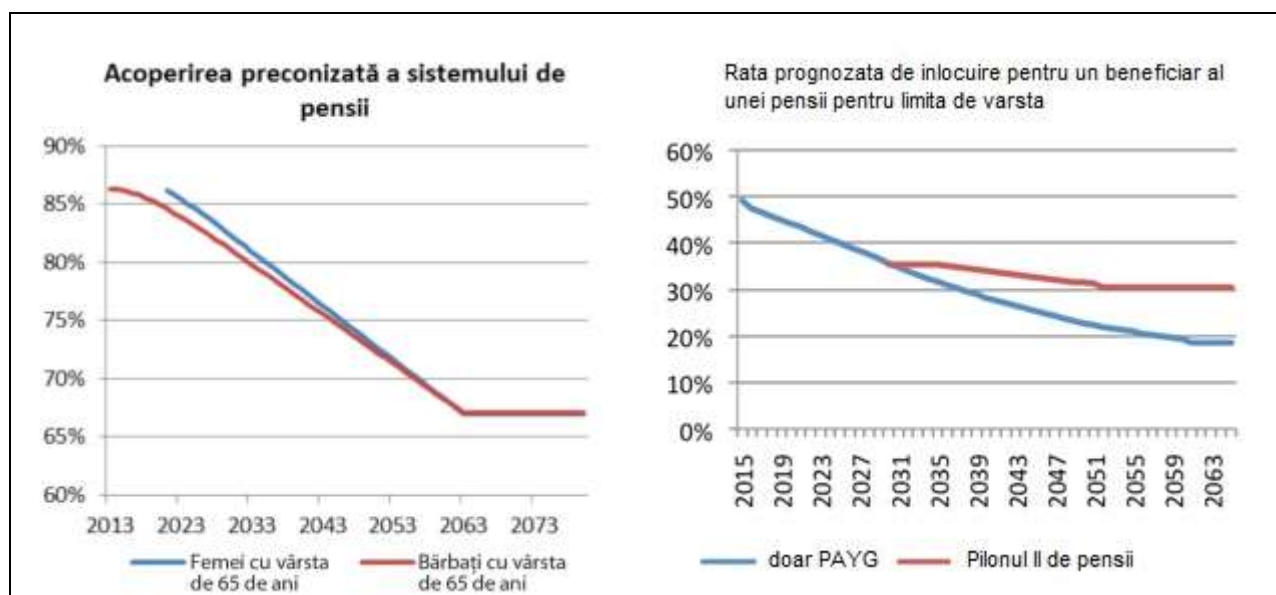
încurajată suplimentarea veniturilor realizate din pensie prin muncă, deoarece rezultatele sunt pozitive atât pentru persoanele respective, cât și pentru creșterea economică. Un număr mai mare de pensionari care lucrează ar ajuta și la dezvoltarea unor norme societale de viață mai activă la vârste mai înaintate.

Deși majoritatea persoanelor vârstnice beneficiază în prezent de o categorie de pensie, este de așteptat ca acoperirea sistemului de pensii să scadă în rândul persoanelor care urmează să se pensioneze în viitor și, în special, în rândul grupurilor de vârstă mijlocie. Situația cea mai dificilă este în zonele rurale, unde asigurarea de pensie pentru agricultori este obligatorie numai în situația în care se depășește pragul de venit prevăzut de Codul fiscal. Acoperirea, deși este mai mare, va scădea și în zonele urbane din cauza proporției scăzute a populației cu vârstă activă plătitoare de contribuții de asigurări sociale în ultimele două decenii. În plus, din moment ce formula actuală de calcul a pensiei stabilește o legătură strânsă între pensii și contribuții, numai cu o garanție mică privind indemnizația socială pentru pensionari<sup>4</sup> în încercarea de a îmbunătăți dezvoltarea durabilă a sistemului de pensii, este de așteptat ca veniturile din pensii să scadă comparativ cu salariile, în special pentru proporția mare din populație cu venituri mici și cariere sporadice. Figurile 9 și 10 demonstrează că, și în condițiile unor beneficii proiectate mai mici și cu o acoperire redusă semnificativ, care va micșora efectiv rolul sistemului de pensii în asigurarea venitului la vârste înaintate, sistemul de pensii va rămâne în deficit fiscal în viitorul apropiat. Deficitul sistemului de pensii depășește deja 3 procente din pragul PIB pe care toate țările membre ale UE s-au angajat să îl respecte prin asumarea criteriilor de la Maastricht, ceea ce înseamnă că este necesară o scădere a cheltuielilor din alte domenii publice sau impunerea unor restricții suplimentare asupra acestuia. Evoluția situației din zonele rurale pune serios în pericol atingerea obiectivelor României pentru anul 2020 privind reducerea sărăciei și ridică întrebarea legată de modul în care trebuie abordat riscul de sărăcie la o vârstă înaintată. În zonele urbane, revenirea la piața muncii pentru a oferi venituri suplimentare la vârste înaintate va deveni din ce în ce mai importantă. Deja poate fi observat un interes relativ sporit pentru cariere de durată mai lungă din partea femeilor, a persoanelor cu un grad ridicat de pregătire și a persoanelor care au dificultăți financiare.

---

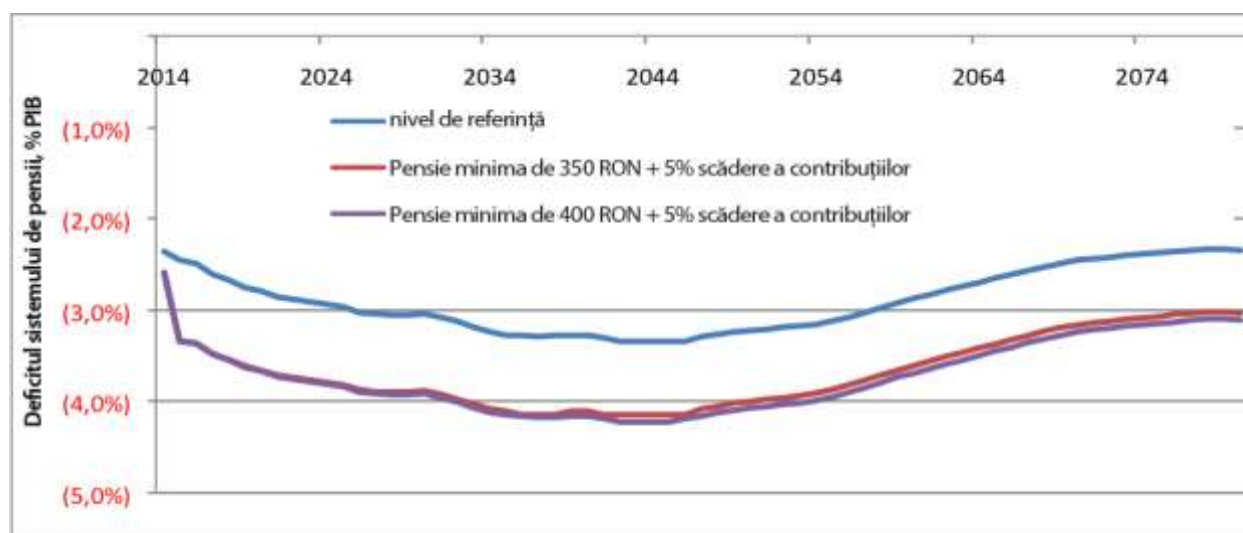
<sup>4</sup> În momentul de față indemnizația socială pentru pensionari este de 400 RON.

Figura 9. Se preconizează că acoperirea și generozitatea sistemului de tip redistributiv (PAYG) vor scădea<sup>5</sup>



Sursa: Date administrative, rezultatele Băncii Mondiale de modelare a pensiilor cu ajutorul software-ului PROST

Figura 10. Sistemul public de pensii este proiectat să rămână în deficit



Sursa: Date administrative, rezultatele Băncii Mondiale de modelare a pensiilor cu ajutorul software-ului PROST

Prin Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare, a fost introdusă o penalizare de 0.75% pentru fiecare lună de anticipare, ceea ce presupune o

<sup>5</sup> Rata de acoperire este definită aici ca proporția preconizată de populație în vârstă de 65 de ani care va primi fie pensie pentru limită de vârstă, fie indemnizație pentru persoanele cu handicap.

penalizare maximă de 45% din cuantumul pensiei, în cazul solicitării unei pensii anticipate parțiale cu perioada maximă de anticipare, respectiv 5 ani înaintea împlinirii vârstei standard de pensionare.

În decembrie 2013 Guvernul României a aprobat un proiect de Lege care reglementează egalizarea vârstei standard de pensionare la 65 ani pentru femei și bărbați, respectiv o creștere eșalonată a vârstei standard de pensionare pentru femei de la 63 de ani (2030) la 65 de ani (2035). Astfel egalizarea vârstei standard de pensionare la 65 ani pentru femei și bărbați se va atinge în anul 2035. În prezent, proiectul de Lege se află în procedura de aprobare parlamentară.

Pentru asigurarea sustenabilității sociale a reformelor recente este nevoie de dialog social continuu, deschis privind prioritățile sistemului de pensii, politicile de creștere a numărului și a productivității contribuabililor la sistemul public de pensii. Programele de asistență socială și oportunitățile mai bune pe piața muncii pentru populația vârstnică sunt, de asemenea, teme principale care trebuie incluse în această abordare. În ceea ce privește politicile de resurse umane, practica încetării de drept a raportului de muncă/serviciu la data îndeplinirii condițiilor de pensionare pentru limită de vârstă trebuie nuanțată și ar putea fi adoptate politici de angajare care țin cont de vârstă, care să includă monitorizarea segmentului de vârstă a lucrătorilor și a celor care sunt concediați; investiții în programe de promovare a sănătății pentru lucrători; adaptarea locului de muncă pentru lucrătorii în vârstă; oferirea de oportunități pentru actualizarea și dezvoltarea abilităților; asigurarea rotației angajaților pentru a sprijini învățarea și adaptabilitatea acestora; oferirea mai multor oportunități de lucru cu normă redusă pentru lucrătorii în vârstă. Lucrătorii tineri ar putea să beneficieze, astfel, de pe urma colaborării cu lucrători cu o experiență vastă. Introducerea consilierii atât în situația în care sunt identificate persoane care vor să apeleze la sistemul de pensionare anticipată, precum și cele care urmează să se pensioneze de drept (consiliere individuală și/sau consiliere de grup) ar fi benefică, ajutând astfel la dezvoltarea unei tranziții mai confortabile din punct de vedere emoțional și, în consecință, la scăderea nivelului de stări depresive, boli cronice, care pun presiune asupra sistemului medical. Sectorul public, fiind cel mai mare angajator din țară, va promova această agendă și va consolida legislația împotriva discriminării pe motive de vârstă la locul de muncă și în afara acestuia.

În baza *Legii nr.263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare*, pot beneficia de pensie de invaliditate persoanele „care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, din cauza: a) accidentelor de muncă și bolilor profesionale, conform legii; b) neoplaziilor, schizofreniei și HIV/SIDA; c) bolilor obișnuite și accidentelor care nu au legătură

cu muncă". Peste 700.000 de persoane beneficiază de pensii de invaliditate, pensia medie fiind aproximativ 574 lei. O parte dintre persoanele beneficiare de pensie de invaliditate sunt încadrate și într-un grad de handicap. Fenomenul s-a accentuat începând cu anul 2013, când legea privind sistemul unitar de pensii publice a fost modificată ca urmare a Deciziei Curtii Constituționale 680/2012 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art.73 alin.(1) din Legea nr.263/2010.

În aceste condiții, interesul pentru armonizarea procedurilor de lucru în cele două sisteme – sistemul dizabilității și sistemul invalidității – a crescut, mai ales pentru a elimina fraudele, dublarea serviciilor, pentru reducerea costurilor administrative și îmbunătățirea eficienței. Persoanele cu invaliditate de gradul I și II pot recăpăta dreptul de a munci dacă renunță la pensie, iar persoanele cu invaliditate de gradul III pot munci maxim 4 ore/zi. Condiționarea acordării pensiei în funcție de capacitate de muncă se dovedește a fi un contra-stimulent pentru reîntoarcerea pe piața muncii. În acest context, se impun revizuirea și îmbunătățirea prevederilor legislative existente de revenire în câmpul muncii a celor care beneficiază de pensie de invaliditate, inclusiv oportunitățile de angajare parțială a persoanelor cu dizabilități, în vederea valorificării potențialului lor de muncă.

Asigurarea unor medii de lucru sănătoase, adecvate și benefice persoanelor în vârstă, care nu doar previn apariția unor boli, ci și promovează și încurajează un stil de viață sănătos, va deveni din ce în ce mai importantă pe măsură ce populația din România îmbătrânește. Angajatorii și factorii de decizie trebuie să monitorizeze sănătatea angajaților, prin controale medicale periodice și să intervină din timp prin consiliere și ajustări necesare, astfel încât sănătatea să poată fi redobândită. De asemenea, trebuie să se conștientizeze importanța accesibilizării locului de muncă pentru angajații vârstnici și cu dizabilități, deoarece aceste ajustări nu sunt doar în beneficiul lucrătorilor, ci cresc și productivitatea firmelor.

Referitor la învățarea pe tot parcursul vieții, în cel mai larg sens, conceptul cuprinde toate formele de învățare - educația formală, educația non-formală și educația informală. Acest concept include o noțiune de învățare întotdeauna și peste tot (învățare neîntreruptă) și o atitudine favorabilă față de învățare.

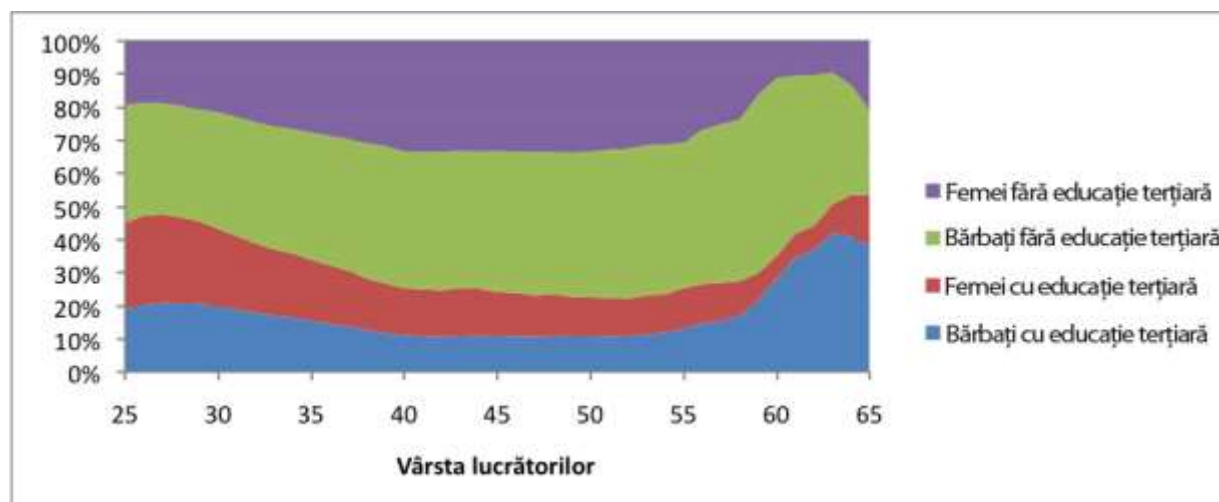
Învățarea pe tot parcursul vieții reprezintă un alt obiectiv esențial pentru a avea o viață profesională mai lungă. În România, populația cu educație non-terțiară începe să-și piardă ponderea în forța de muncă încă de la vârsta de 50-55 de ani- figura 11. Probabil că acest fenomen nu se va schimba cel puțin pentru următorii 15 ani dacă lucrătorii de vârstă mijlocie, cei în vârstă și angajatorii lor nu sunt convinși de beneficiile învățării pe tot parcursul vieții. Această problemă nu va dispărea repede, deoarece nivelurile de educație ale angajaților de 40 de ani din prezent sunt foarte similare cu ale celor în vârstă de 55 de



ani, după cum se poate vedea din grafic. În rândul tinerilor și mai ales al persoanelor de etnie romă și al celor care trăiesc în mediul rural, trebuie consolidat sistemul de învățare pe tot parcursul vieții, pentru a le asigura o viață activă pe termen lung. Din acest motiv va trebui să stimulăm învățarea de-a lungul vieții, mai ales în rândul populației de vârstă mijlocie și mai înaintată. O strategie națională a învățării pe tot parcursul vieții (IPV) 2015-2020 a fost adoptată de Guvernul României prin HG 418 din 23 iunie 2015, pentru a crește participarea la învățarea pe tot parcursul vieții și a spori relevanța sistemelor de educație și formare profesională pentru piața muncii. Strategia națională de învățare pe tot parcursul vieții are în vedere dezvoltarea de programe care să fie destinate cererii care vizează atât angajații cât și angajatorii prin intermediul cărora să poată stimula investițiile și parteneriatele în vederea formării profesionale. Ca și exemple de astfel de programe cuprinse în acest document se numără inclusiv reducerile de taxe precum și acordarea de stimulente formatorilor, astfel încând să poată fi asigurată participarea la formarea profesională continuă inclusiv pentru angajații vârstnici.

Însă învățarea pe tot parcursul vieții presupune mai multe componente, nu doar cea formală, instituțional coordonată. Educația non-formală care poate fi oferită atât de către instituții cât și de către furnizori privați, ONG-uri etc. poate furniza importante informații cu ajutorul cărora vârstnicii pot asimila deprinderi noi de viață, competențe profesionale noi precum și informații de cultură generală care să îi ajute să desfășoare activități pe piața muncii. Alături de această componentă adăugăm și componenta de educație informală care, deși nu este coordonată de un cadru instituțional, prin autoeducare, poate conduce la obținerea unor rezultate extrem de necesare desfășurării atât a activităților profesionale cât și a celor personale. În acest sens, serviciile de consiliere care au drept scop motivarea persoanelor vârstnice de a-și îmbunătăți nu doar abilitățile profesionale în vederea continuării activității pe piața forței de muncă ci și pe evidențierea unor caracteristici specifice vârstei (sănătatea, finanțele, beneficiile utilizării tehnologiei moderne etc.).

Figura 11. Defalcarea forței de muncă a României în funcție de nivelul educației formale



Sursa: Banca Mondială, 2014

Învățarea trebuie promovată în rândul persoanelor vârstnice, astfel încât acestea să poată observa valoarea învățării continue, inclusiv pentru viața de zi cu zi și să devină motivate să ia parte la activități de învățare. Acest tip de intervenție trebuie să fie concentrată pe aspecte legate de angajare, cum ar fi recalificarea (pentru persoanele în vârstă), precum și pe aspecte legate de viața de zi cu zi, cum ar fi sănătatea, îngrijirea vârstnicilor, planificare financiară și juridică pentru pensionare și pentru gestionarea moștenirilor și beneficiile tehnologiei pentru creșterea conectării sociale.

#### 1.4. Participare socială și o bătrânețe demnă

„Participarea socială” se referă în acest capitol la activitățile în care oamenii se angajează prin intermediul rețelelor lor sociale formale și informale.

În ciuda tuturor provocărilor, îmbătrânirea populației oferă, de asemenea, o oportunitate de dezvoltare societății românești. Îmbunătățirile suplimentare în domeniul sănătății și educației, precum și un număr mai mare de persoane care dispun de timp după pensionare vor oferi României un grup de vârstnici capabili să contribuie semnificativ la dezvoltarea societății românești prin participarea lor socială. S-a observat că există o legătură între implicarea civică, atât prin rețele sociale formale, cât și informale și îmbunătățirile aduse printr-o varietate de măsuri de creștere a nivelului de bunăstare, inclusiv a nivelului de fericire, a satisfacției cu privire la viață, a stimei de sine, a sentimentului de control, a sănătății fizice,

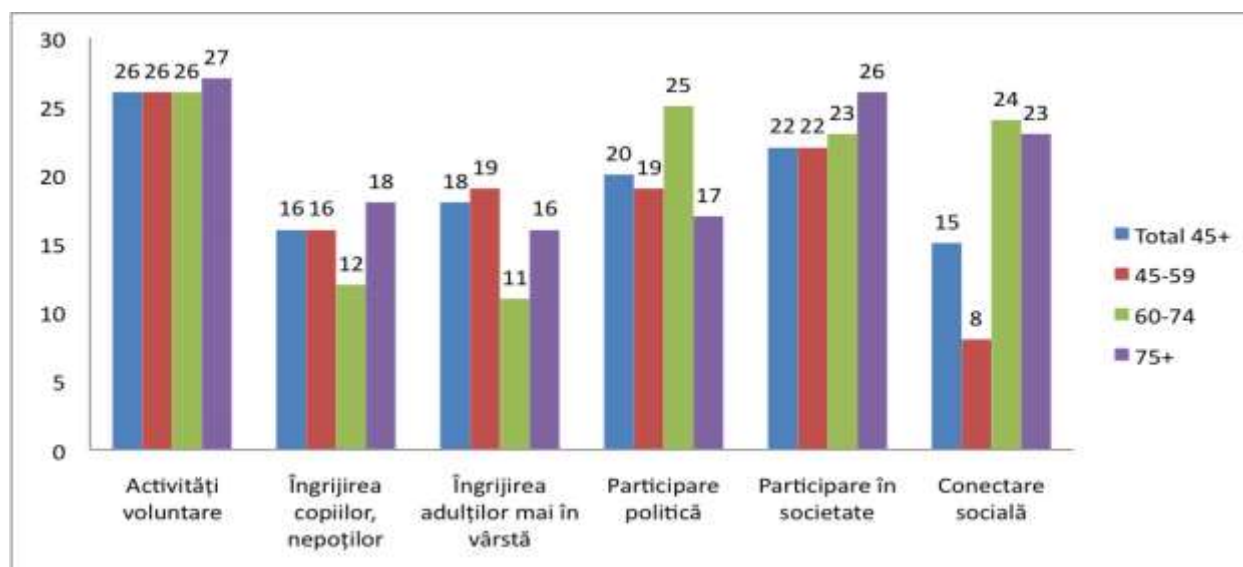
precum și a duratei de viață<sup>6</sup>. Participarea socială sub formă de implicare civică activă și voluntariat contribuie și la bunăstarea destinatarilor acestor eforturi; de exemplu, în cadrul activităților educative, copiii pot beneficia foarte mult de prezența/experiența vârstnicilor. De asemenea, implicarea civică prin intermediul oferirii serviciilor sociale bazate pe voluntariat oferă un beneficiu economic substanțial comunităților care funcționează cu un buget restrâns și care au nevoi sociale crescute. Gradul actual de participare socială în rândul populației vârstnice în România, comparativ cu statele UE28, utilizând componentele aferente participării sociale din Indicele privind îmbătrânirea activă<sup>7</sup>, reprezintă o resursă a cărei valori este supusă procesului de îmbunătățire continuă. Datele din figura 12, compară românii cu persoane din alte țări membre ale UE, atât pe baza măsurătorilor componente individuale care indică participarea socială, cât și pe baza măsurătorii sintetice. Datele sunt prezentate mai întâi pentru toate persoanele de 45 de ani și peste și apoi pentru fiecare dintre cele trei grupuri identificate mai sus: persoanele de 45-59 de ani, 60-74 de ani și 75 de ani și peste; datele arată locul României printre cele 28 de țări membre ale UE. Dat fiind felul cum au fost prezentate aceste date, cu cât este mai mare numărul asociat României, cu atât este „mai joasă” poziția sa. Astfel, conform figurii 12, persoanele de 75 de ani și peste sunt pe locul al 27-lea la activități cu participare voluntară, comparativ cu persoanele de aceeași vârstă din celelalte țări ale UE28 (numai Ungaria are un nivel mai mic). Prin contrast, românii cu vârste de 45-59 de ani sunt pe locul al 8-lea – adică destul de sus – la conectarea socială, comparativ cu persoanele din același grup din celelalte țări membre ale UE28.

---

<sup>6</sup> Studii anterioare privind rezultatele legate de bunăstare s-au bazat de obicei pe eșantioane transversale, făcând imposibil de separat efectele selecției de efectele cauzalității. Disponibilitatea în creștere a datelor longitudinale împreună cu rezultatele studiilor transversale (de ex. Morrow-Howell, Hong și Tang, 2009), au creat acum un tablou coerent al efectelor salutare ale participării sociale. Cu alte cuvinte, este adevărat că starea bună a sănătății mărește participarea socială în rândul vârstnicilor, dar cercetările longitudinale atent elaborate indică, de asemenea, legături cauzale clare care sugerează că participarea socială încurajează și susține starea bună a sănătății.

<sup>7</sup> Indicele privind îmbătrânirea activă (IIA) este rezultatul unui proiect comun desfășurat în 2012 de Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune a Comisiei Europene, împreună cu Unitatea Populație din cadrul CEE-ONU și Centrul european pentru politici de bunăstare socială și cercetare din Viena.

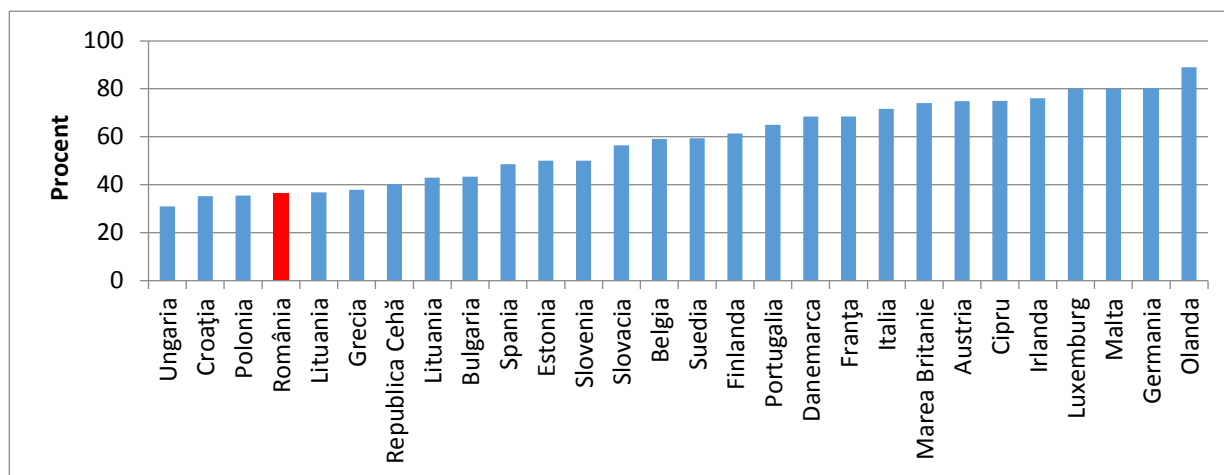
Figura 12. Locul României în ceea ce privește participarea socială în rândul țărilor din UE28



Sursa: EQLS 2011-2012

În anul 2014, a intrat în vigoare *Legea nr. 78/2014 privind reglementarea activității de voluntariat în România* prin care voluntariatul este recunoscut ca “un factor important în crearea unei piețe europene competitive a muncii și, totodată, în dezvoltarea educației și formării profesionale, precum și pentru creșterea solidarității sociale.” Totuși, România se clasează printre ultimele state ale UE28 în ceea ce privește orele de voluntariat prestate de populația vârstnică, însă, în același timp, pot fi observate semnale încurajatoare privind percepțiile asupra voluntariatului - figura 13. Nivelul de participare a vârstnicilor la politica socială din România, se situează în treimea inferioară comparativ cu cea a statelor UE28. În privința nivelului general de conectare socială, România se află mai aproape de media UE.

Figura 13. Procentul de populație cu vârsta de 60+ care consideră că persoanele cu vârsta de 55+ au o contribuție semnificativă ca voluntari în (țara)

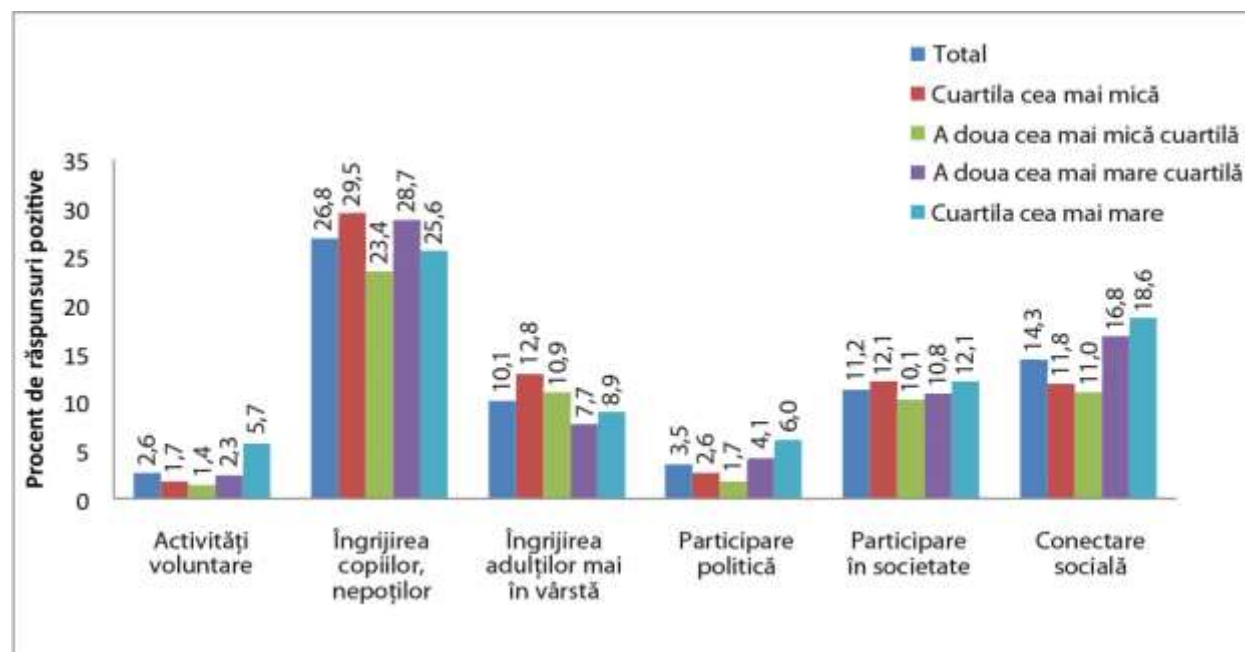


SursaSur

Sursa: Eurobarometru 76.2 (2011): Ocuparea forței de muncă și politica socială, securitatea locului de muncă și îmbătrânirea activă.

Dificultățile financiare, starea de sănătate precară, nivelul scăzut al educației, precum și rezidența în zonele rurale reprezintă impedimente esențiale în ceea ce privește participarea socială în rândul adulților în vârstă - figura 14.

Figura 14. Relațiile dintre venit și măsurile privind participarea socială: România 2011



Sursa: EQLS, 2011-2012

Cu toate acestea, există un suport legislativ în dezvoltare și un semnal încurajator al instituțiilor statului în favoarea voluntariatului. De altfel, existența Consiliului Național pentru Persoane Vârstnice/Consiliului Județean pentru Persoane Vârstnice, comitetelor de dialog civic ale persoanelor vârstnice, Caselor de ajutor reciproc ale pensionarilor, în cadrul cărora sunt activi aproximativ 35% din pensionari, a diferitelor consilii consultative ale pensionarilor, precum și activitatea în cadrul asociațiilor și fundațiilor, promovează pe de o parte participarea socială a persoanelor vârstnice, iar pe de altă parte susține implementarea măsurilor de protecție a persoanelor vârstnice.

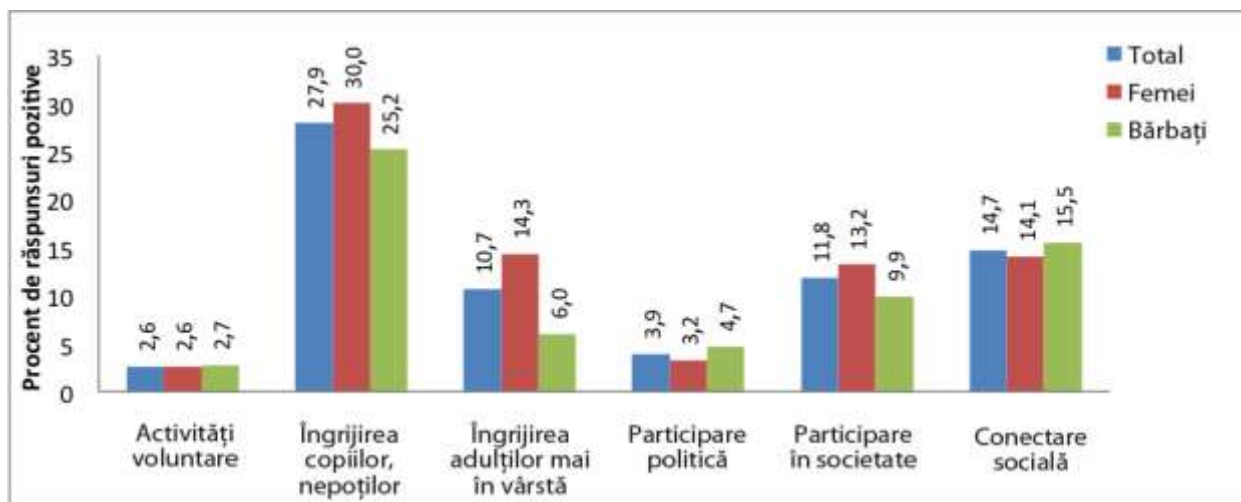
Diferențele în funcție de gen dezvăluie o varietate de modele, după cum se arată în figura 15, deși numai în cazul a două dintre măsurători, aceste tipuri de diferențe sunt semnificative din punct de vedere statistic: îngrijirea adulților în vârstă și parametrul compus al participării sociale. Pentru românii cu vârsta de 45 de ani sau peste, diferența în funcție de gen în ceea ce privește realizarea de activități voluntare este mică și nesemnificativă. Astfel, este mult mai probabil ca femeile să participe considerabil la activitățile de îngrijire a copiilor și vârstnicilor iar bărbații să participe la activități politice și să fie mult mai conectați social (de ex. Brody, 2006)<sup>8</sup>, acest aspect putând să reprezinte inclusiv factorul care contribuie major la diferența totală semnificativă în funcție de gen privind participarea socială.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Această diferență în funcție de gen este reflectarea atât a normelor culturale privind rolul sexelor în acordarea de îngrijire, cât și a normelor tradiționale care guvernează diferențele de vârstă dintre soți, care au ca rezultat diferențele pe sexe în ceea ce privește morbiditatea și speranța de viață.

<sup>9</sup> Pe vârste, diferențele în funcție de gen sunt semnificative numai în grupul cel mai tânăr. Este semnificativ mai probabil ca femeile să îngrijească copiii și nepoții și rudele mai în vârstă sau vulnerabile. Aceste diferențe semnificative explică probabil de ce femeile din grupul cel mai tânăr au punctaje semnificativ mai mari decât bărbații la măsurarea generală a nivelului de participare.

Figura 15. Relațiile dintre sexe și măsurile privind participarea socială: România 2011



Sursa: EQLS 2011-2012

Românii de toate vârstele ar avea de câștigat de pe urma introducerii unui organism guvernamental, responsabil cu creșterea vizibilității, și atractivității voluntariatului. Canalele de comunicare dintre Guvern și populația vârstnică ar putea fi îmbunătățite printr-o mai bună reprezentare și mai multe subiecte de discuție. Mass media și modelele de comunicare ar putea fi utilizate eficient pentru a promova în mod creativ ideea de îmbătrânire activă. Companiile trebuie încurajate să fie mai proactive în sprijinirea participării angajaților în activități de voluntariat. Mai multe opțiuni de îngrijire formală acordată copiilor și vârstnicilor ar permite, de asemenea, populației în vârstă să ia în considerare o gamă mai largă de opțiuni de a lua parte la viața socială. Reducerea barierelor legate de venit, starea de sănătate și accesul la infrastructură conduce fără îndoială la creșterea nivelului voluntariatului.

Pentru a stabili dacă se înregistrează progrese, este necesar să existe un sistem de date pentru monitorizarea aspectelor sociale ale îmbătrânirii. De asemenea, pot fi elaborate și desfășurate anchete și analize pentru a analiza dacă starea de sănătate, situația economică și socială a persoanelor vârstnice aparținând minorităților etnice diferă de cele ale membrilor grupurilor vârstnice majoritare din România.

În ceea ce privește mecanismul financiar pentru perioada 2014-2020, România va putea să suplimenteze finanțarea internă cu alocări suplimentare, din Fonduri structurale și de investiții europene (FSIE) la toate obiectivele tematice, inclusiv obiectivele incluse la capitolul *Provocări în calea dezvoltării oamenilor și societății*, cele mai relevante pentru agenda privind Îmbătrânirea activă. Fondul Social

European (FSE) reprezintă unul dintre principalele instrumente de finanțare în domeniul *Îmbătrânirii active*, sprijinind următoarele domenii prioritare: ocuparea forței de muncă, cu un accent special pe angajarea grupurilor dezavantajate și învățarea pe tot parcursul vieții, reforme ale pieței muncii pentru promovarea angajării la vârste mai înaintate și promovarea incluziunii sociale, conform criteriilor prevăzute în cadrul acestor programe.

În concluzie, prin elaborarea documentului de strategie, Guvernul își propune să își concentreze atenția asupra diminuării disparităților regionale, astfel încât să îmbunătățească situația persoanelor vârstnice care necesită sprijin atât în zonele rurale, cât și în zonele urbane mici, reducând astfel zonele cu o concentrare mare a sărăciei, rata scăzută de ocupare a forței de muncă precum și condițiile de locuire inadecvate din comunitățile marginalizate care au un ridicat procent de persoane vârstnice ce necesită îngrijire de lungă durată.

## **1.5. Independență sporită în îngrijirea de lungă durată**

Populația în curs de îmbătrânire cu speranță de viață mai mare și rate de fertilitate în scădere necesită regândirea actualelor politici privind îmbătrânirea și dezvoltarea unei strategii.

Sistemul de îngrijire de lungă durată (ÎLD) din România, atât în ceea ce privește furnizarea de servicii sociale în regim public, cât și privat este în proces de dezvoltare și poate suporta îmbunătățiri substanțiale de formă și de fond. Preocupările Guvernului, ca și principal inițiator al politicilor sociale și promotor al drepturilor sociale, au vizat schimbări de mentalitate și de abordare a sistemului.

Conform prevederilor *Legii asistenței sociale nr.292/2011*, îngrijirea<sup>10</sup> de lungă durată (peste 60 de zile) se asigură la domiciliu, în centre rezidențiale, în centre de zi, la domiciliul persoanei care acordă

---

<sup>10</sup>Serviciile de îngrijire personală se adresează persoanelor dependente care, ca urmare a pierderii autonomiei funcționale din cauze fizice, psihice sau mintale, necesită ajutor semnificativ pentru a realiza activitățile uzuale ale vieții de zi cu zi. Ajutorul acordat pentru îndeplinirea activităților uzuale ale vieții zilnice privește două categorii de activități: a) activități de bază ale vieții zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare și dezbrăcare, hrănire și hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare; b) activități instrumentale ale vieții zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare. Situația de dependență este o consecință a bolii, traumei și dizabilității și poate fi exacerbată de absența relațiilor sociale și a resurselor economice adecvate.



serviciul și în comunitate. Autoritățile administrației publice locale trebuie să identifice, în primul rând, soluții de asigurare a serviciilor de îngrijire la domiciliu.

Potrivit prevederilor *Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice*, accesul în căminele pentru persoane vârstnice se realizează pentru persoana care *nu are familie sau nu se află în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare, nu are locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii, nu realizează venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare, nu se poate gospodări singură sau necesită îngrijire specializată, se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale.*

Prin urmare, îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice dependente este prima măsură de sprijin acordată acestora. Principiul menținerii persoanei vârstnice în mediul său de viață, presupune faptul că centrul rezidențial este alternativă la îngrijire la domiciliu și nu invers. Admiterea în centrul rezidențial ar trebui să fie o măsură cu titlu de excepție.

Căminele pentru persoane vârstnice pot asigura și unele servicii de îngrijire la domiciliu. Potrivit prevederilor art.15 din *Legea nr.17/2000*, la solicitarea organizațiilor neguvernamentale, a organizațiilor de pensionari sau a unităților de cult recunoscute în România, căminele pot asigura unele servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice: ajutor pentru menaj; consiliere juridică și administrativă; prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă; ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale; asigurarea unor programe de ergoterapie; sprijin pentru realizarea igienei corporale; consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată; servicii de îngrijire-infirmerie; asigurarea medicamentelor; asigurarea cu dispozitive medicale; consultații și îngrijiri stomatologice. În plus față de aceste măsuri, poate fi reanalizat, în vederea îmbunătățirii, sistemul de acordare a dispozitivelor asistive (cadre de mers, fotolii rulante, cârje, etc.) necesare pentru creșterea independenței personale.

Datorită dinamicii din domeniul protecției persoanelor vârstnice, nivelul de furnizare formală de servicii de ÎLD necesită o atenție mai sporită, în special din partea sistemului public, îndeosebi și datorită faptului că este fragmentat în diviziuni de servicii de sănătate și sociale, servicii destinate îngrijirii

persoanelor cu dizabilități și servicii de îngrijire destinate persoanelor vârstnice, în funcție de împărțirea administrativă, accesul la servicii fiind inegal. Prin urmare, responsabilitatea pentru furnizarea serviciilor de îngrijire acordate persoanelor vârstnice revine membrilor familiei, fără să existe o structură majoră formală de sprijin pentru aceștia. Situația existentă cu privire la furnizarea serviciilor de îngrijire de către membrii familiei a fost afectată în perioada recentă de fluxurile puternice de migrație pe piața forței de muncă în străinătate. Prin urmare, implicarea comunitară în domeniul ÎLD, prin furnizarea de servicii de către asociații/fundații acreditate ca furnizori de servicii sociale și autorizate ca furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, poate sta la baza elaborării unui model de intervenție integrată a acestor servicii.

Este necesară o coordonare mai bună în ceea ce privește furnizarea de servicii de îngrijire de lungă durată între Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, Consiliile județene și locale, furnizorii privați de servicii medicale și sociale, spitale, medici generalişti, farmacişti, îngrijitori informali, asistente medicale, îngrijitori la domiciliu, tehnicieni în asistență socială și persoane care au nevoie de îngrijire. Exemple de succes din alte țări oferă modalități pentru creșterea cooperării la nivelul comunității locale, pentru structurarea integrării formale a serviciilor de sănătate și a serviciilor sociale și pentru a oferi stimulente pentru plasarea rapidă a persoanelor care au nevoie de îngrijire în locurile cele mai potrivite<sup>11</sup>.

Infrastructura actuală pentru furnizarea formală de îngrijire de lungă durată constă din centre de îngrijire și asistență/centre rezidențiale pentru vârstnici, centre de zi, precum și servicii formale de îngrijire la domiciliu. În timp ce această infrastructură este adesea descrisă ca fiind insuficientă, centrele de îngrijire și asistență și centrele rezidențiale pentru vârstnici sunt caracterizate atât de capacitatea scăzută de utilizare, cât și de liste lungi de așteptare. Serviciile de îngrijire la domiciliu prestate de îngrijitori profesioniști sunt foarte căutate, însă nu beneficiază de finanțare suficientă și nu dispun de personalul necesar.

---

<sup>11</sup> Potrivit legislației din România, asistenții sociali angajați ai unităților medico-sociale au responsabilitatea, potrivit prevederilor art.8 din instrucțiunile menționate, să elaboreze proiectele de intervenție în scopul prevenirii și combaterii instituționalizării pentru fiecare persoană internată, să întocmească documentația necesară pentru internare în cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și altele asemenea în cazul persoanelor care se transferă în aceste unități, să realizeze investigațiile necesare în cazuri de abandon pentru identificarea aparținătorilor persoanelor abandonate și pregătirea reintegrării acestora în propria familie sau admiterea în cămine pentru persoane vârstnice, centre de îngrijire și asistență și altele asemenea.

Integrarea în cadrul comunității a persoanelor care au nevoie de îngrijire și crearea unui mediu propice care să le permită să trăiască în propria locuință pe termen lung, rămâne principala provocare și principalul scop al sistemului de îngrijire de lungă durată.

În prezent, nevoile de îngrijire în România sunt stabilite în baza unei „Grile naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice”<sup>12</sup>, conform căreia este atribuită eligibilitatea pentru trei niveluri diferite de îngrijire. Evaluarea se îndreaptă către încadrarea persoanelor vârstnice în grade de dependență. Corelarea dintre îngrijirea instituționalizată și îngrijirea la domiciliu necesită substanțiale îmbunătățiri.

De asemenea, România, ca și alte state membre UE, se confruntă și cu o provocare majoră în recrutarea, instruirea și păstrarea numărului necesar de personal cu abilități și calificări relevante cu scopul furnizării de servicii adecvate în domeniul protecției persoanelor vârstnice.

Recent, multe ONG-uri au avut un rol esențial în furnizarea de formare profesională pentru îngrijitori, însă sistemul se confruntă cu transferuri semnificative de absolvenți către alte țări membre ale UE în care există o cerere mare de servicii de îngrijire, la salarii mult mai bine remunerate. În prezent, numărul de asistente medicale din România reprezintă doar jumătate din numărul mediu de asistente medicale la 100.000 de locuitori în UE. Exemple de condiții de muncă mai satisfăcătoare în mici echipe de îngrijire, la nivel de cartier, utilizarea autoevaluării în procesele de management al calității, precum și opțiuni mai convenabile de învățare și certificare, reprezintă modalități utile implementate în alte țări care ar putea fi de ajutor pentru a face față acestor provocări.

Cheltuielile publice totale ale României pentru îngrijirea de lungă durată s-au situat la 0,69% din PIB în 2011. Centrele rezidențiale sunt finanțate din bugetele locale și din fonduri private (inclusiv din contribuția persoanelor beneficiare), precum și din fonduri de la bugetul de stat pentru programe de dezvoltare a serviciilor sociale. Pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu este finanțat complet din Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate pentru cel mult 90 de zile, în ultimele 11 luni în mai multe etape (în episoade de îngrijire, un episod de îngrijire fiind de maxim 30 de zile de îngrijiri).<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Aprobata prin Hotărârea Guvernului nr.886/2000;

<sup>13</sup> Potrivit Anexei nr. 30 și 31 la *Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360 din 30 mai 2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.*

Serviciile sociale de îngrijire la domiciliu, respectiv: ajutorul acordat pentru îndeplinirea activităților uzuale ale vieții zilnice privește două categorii de activități: a). activități de bază ale vieții zilnice, în principal: asigurarea igienei corporale, îmbrăcare și dezbrăcare, hrănire și hidratare, asigurarea igienei eliminărilor, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare; b) activități instrumentale ale vieții zilnice, în principal: prepararea hranei, efectuarea de cumpărături, activități de menaj și spălătorie, facilitarea deplasării în exterior și însoțire, activități de administrare și gestionare a bunurilor, acompaniere și socializare sunt prestate de furnizori publici și privați de servicii sociale sunt finanțate din fonduri publice, inclusiv subvenții publice pentru asociații și fundații, precum și din fonduri private, inclusiv contribuții ale persoanelor beneficiare.

## **1.6. Concluzii ale analizei generale**

Analiza documentară realizată conduce la următoarele concluzii:

- Asigurarea unei vieți mai sănătoase, mai productive, participative și independente este de o importanță esențială atât pentru persoanele vârstnice, cât și pentru tineri. Aceste aspecte vor avea, de asemenea, o influență puternică asupra dezvoltării macroeconomice viitoare a țării.
- Îmbătrânirea sănătoasă reprezintă o premisă pentru o viață lungă și activă și implică o atenție specială acordată măsurilor preventive, diagnosticării timpurii și tratamentului bolilor cronice, precum și, în situația în care se impune, susținerea prin furnizarea de dispozitive asistive (cadre de mers, fotolii rulante, cîrje etc) care sunt extrem de necesare atât pentru reducerea dependenței cât și pentru facilitarea deplasării.
- Promovarea unui stil de viață sănătos este foarte importantă, la fel cum este și concentrarea sporită a sistemului de sănătate către îngrijirea geriatrică și de familie în secții de ambulatoriu.
- Pentru a atinge ținta României privind ocuparea forței de muncă în 2020 este nevoie de creșterea semnificativă a ratei de ocupare a forței de muncă în rândul populației vârstnice, mai ales în zonele urbane. Oportunitățile de angajare și programele sociale suplimentare pentru vârstele înaintate devin de asemenea, din ce în ce mai necesare complementar cu măsurile ce au în vedere sustenabilitatea sistemului public de pensii. Pentru a face progrese, condițiile de pensionare

trebuie adaptate provocărilor demografice și economice, procedurile de evaluare a capacității de muncă trebuie îmbunătățite și riguros realizate, reglementările legislative care condiționează acordarea pensiei de invaliditate de capacitatea de muncă trebuie revizuite și trebuie promovată învățarea pe tot parcursul vieții. Angajatorii, inclusiv cei din sectorul public, trebuie să asigure condiții de muncă mai sănătoase și să-și revizuiască politicile de resurse umane. Cea mai importantă este necesitatea dialogului social deschis despre modul în care vor fi furnizate pe viitor veniturile la vârste înaintate pentru a susține și îmbunătăți sustenabilitatea socială a reformelor din sistemul pensiilor.

- Participarea socială prezintă beneficii atât pentru furnizori, cât și pentru beneficiarii activităților de voluntariat. Este important să se asigure dezvoltarea sistemului de îngrijire de lungă durată în direcția integrării în comunitate a persoanelor care au nevoie de îngrijire și a creării unui mediu propice care să le permită menținerea în propria locuință pe termen lung. Prevenirea și reabilitarea trebuie să devină scopuri importante ale sistemului de îngrijire de lungă durată.
- Politicile din domeniul îmbătrânirii active pot avea succes doar dacă sunt implementate printr-o abordare sistemică intersectorială: investițiile necesare din domeniul sănătății ar putea fi costisitoare, dacă anii de viață sănătoasă nu sunt transformați în ani productivi; regândirea condițiilor de pensionare poate fi neproductivă, dacă persistă discriminarea pe motive de vârstă pe piața muncii; dezvoltarea competențelor în mediul rural nu va funcționa în lipsa unei bune infrastructuri de transport și a creșterii nivelului de productivitate în agricultură; va fi greu de atins o rată crescută de participare socială și un trai independent fără creșterea gradului de accesibilitate al spațiului public și fără acordarea eficientă de tehnologii și dispozitive asistive; garantarea unei îngrijiri corespunzătoare de lungă durată poate necesita o regândire a sistemului de finanțare; iar dacă sistemul de educație nu este îmbunătățit, baza de impozitare s-ar putea micșora, iar programele sociale necesare unei societăți tot mai îmbătrânite vor fi mai puțin accesibile. Având în vedere că toate aceste sectoare interconectate necesită investiții importante, vor fi necesare decizii atente și o viziune pe termen lung, care să preceadă anul 2020, pentru a stabili prioritățile investiționale pentru intervalul 2015-2020, în contextul unor resurse fiscale restrictive.
- Guvernul își propune să își concentreze atenția asupra diminuării disparităților regionale, astfel încât să îmbunătățească situația persoanelor vârstnice care necesită sprijin atât în localitățile rurale

cât și în localitățile urbane mici, reducând astfel zonele cu o concentrare mai mare a sărăciei, rata scăzută de ocupare a forței de muncă precum și condițiile de locuire inadecvate din comunitățile marginalizate care au un ridicat procent de persoane vârstnice ce necesită îngrijire de lungă durată.

## 2. Scopul strategiei

Conceptul de “îmbătrânire activă” proiectează o societate în care persoanele vârstnice sunt încurajate și au posibilitatea de a duce o viață pe cât posibil sănătoasă, productivă, participativă și independentă.

În această idee, prin politicile elaborate, **scopul** prezentei strategii este de a reduce îmbătrânirea fizică prematură, și, acolo unde este posibil de a încuraja populația vârstnică să lucreze mai mult timp, de a continua să-și aducă contribuția la societate prin activități civice și politice mult timp după pensionare și să aibă o viață independentă chiar și la vârste mai înaintate. Îmbătrânirea activă poate reduce cheltuielile publice aferente vârstei înaintate, poate produce venituri actuale și viitoare mai mari pentru populația vârstnică, poate conduce la o creștere economică mai mare și poate dezvolta o societate mai cuprinzătoare în care toate persoanele, de toate vârstele, să joace un rol activ și să aibă posibilitatea de a contribui din punct de vedere economic și social, astfel încât toate acestea să participe la îmbunătățirea calității vieții acestui grup de persoane.

### 2.1. Motivarea strategiei

Îmbătrânirea populației este una dintre provocările esențiale cu care se confruntă România. Efectele preconizate ale fertilității reduse, ale ratei mari a migrației și ale creșterii speranței de viață în următoarele câteva decenii vor influența profund economia României și societatea în general. Chiar dacă au fost legiferate și implementate diferite politici ca răspuns la procesul actual și preconizat de îmbătrânire a populației, până acum aceste demersuri au fost de obicei limitate la anumite domenii de politică. De-a lungul timpului, a devenit din ce în ce mai clar că este nevoie de o abordare strategică, unitară pentru această mare provocare ce necesită un efort bine planificat și susținut.

UE consideră, de asemenea, conceptul de îmbătrânire activă, ca fiind esențial pentru atingerea obiectivelor Strategiei Europa 2020. Pentru creșterea consecvenței dintre angajamentele de politici făcute în contextul Strategiei Europa 2020 și investițiile din statele membre, CE a adoptat Cadrul Strategic Comun pentru Politica de Coeziune pentru perioada 2014-2020, care, printre alte măsuri, abordează adoptarea unei Strategii privind îmbătrânirea activă drept unul dintre cele mai importante instrumente pentru o mai bună concentrare a sprijinului financiar furnizat României din Fondurile Europene Structurale și de Investiții.

În acest context, România a elaborat proiectul de strategie pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice, printr-un proces minuțios și incluziv care a presupus:

- o analiză intersectorială extinsă a situației actuale și a problemelor preconizate în ceea ce privește agenda îmbătrânirii active, realizată în cooperare cu Banca Mondială;
- un proces larg de consultare privind obiectivele strategice naționale și drumul care trebuie parcurs în vederea atingerii acestora;
- crearea unui plan strategic de acțiuni 2015-2020.

## **2.2. Principii de funcționare**

Strategia de îmbătrânire activă a României se bazează pe principiile generale acceptate de Organizația Națiunilor Unite și de Comisia Europeană, care includ autoîmplinirea, participarea, independența, îngrijirea și demnitatea.

Comisia Europeană definește îmbătrânirea activă drept *„ajutorul acordat oamenilor pentru ca aceștia să rămână responsabili pentru propria viață cât mai mult timp posibil pe măsură ce îmbătrânesc și, dacă este posibil, să-și aducă contribuțiile în economie și în societate”*, (Comisia Europeană, 2014) în timp ce Organizația Mondială a Sănătății o descrie drept *„un proces de optimizare a oportunităților de sănătate, participare și securitate pentru a crește calitatea vieții pe măsură ce oamenii îmbătrânesc”*. (Organizația Mondială a Sănătății, 2002) Aceste principii au fost subliniate și în Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea Activă de la Madrid al Națiunilor Unite (2008) și în Declarația Consiliului cu privire la Anul European al Îmbătrânirii Active și al Solidarității între Generații (2012).

Strategia națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005 – 2008, aprobată prin HG nr. 541/2005, a avut ca obiectiv promovarea unui sistem coerent, coordonat și integrat de asistență socială, combaterea riscului de excluziune socială și îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice, precum și promovarea participării acestora la viața societății prin îndeplinirea următoarelor obiective operaționale: întărirea cadrului administrativ și instituțional, la nivel central și local, îmbunătățirea cadrului legislativ, formarea de personal, dezvoltarea și diversificarea beneficiilor și serviciilor sociale, prevenirea și combaterea abuzului și neglijării persoanei vârstnice, dezvoltarea și împlinirea personală și implicarea activă a persoanelor vârstnice în toate aspectele sociale, economice, politice și culturale ale societății. Măsurile de implementare a strategiei au avut în vedere dezvoltarea rețelei de servicii de îngrijire la domiciliu, încurajarea voluntariatului, campanii de informare și sensibilizare a comunității, elaborarea de studii despre îmbătrânirea populației, consilierea pre-pensionare, formarea îngrijitorilor formali și informali, stimularea financiară, etc., inclusiv modificarea și completarea Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice.

În baza acestei strategii au fost elaborate, în anul 2006, standardele minime de calitate pentru serviciile de îngrijire de lungă durată acordate în cadrul centrelor rezidențiale și unităților de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice. Aceste standarde au fost revizuite în cursul anului 2014.<sup>14</sup>

În ceea ce privește îmbunătățirea legii privind asistența socială a persoanelor vârstnice - primul act normativ care a reglementat serviciile sociale destinate unei anumite categorii de populație, în speță vârstnicii, și a creat premisele dezvoltării infrastructurii necesare susținerii sistemului de îngrijire a persoanelor vârstnice dependente la domiciliu și în regim instituționalizat, în anul 2006 a fost inițiat un proiect de lege privind protecția drepturilor persoanelor vârstnice, fundamentat pe faptul că, după 5 ani de la implementarea Legii nr.17/2000, au fost constatate o serie de puncte slabe referitoare la incapacitatea sistemului de a asigura accesul tuturor persoanelor vârstnice care întrunesc condițiile de eligibilitate la serviciile de îngrijire necesare, precum și la o serie de măsuri de suport ce ar fi putut conduce la diminuarea numărului de solicitări pentru admiterea în sistemul rezidențial de protecție. Totodată, resursele financiare, materiale și umane insuficiente au determinat întârzieri majore în ce privește dezvoltarea structurilor publice de la nivelul autorităților locale cu responsabilități în administrarea și coordonarea măsurilor de protecție socială destinate persoanelor vârstnice, precum și o

---

<sup>14</sup> Aprobate prin Ordinul ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice nr. 2126/2014.



repartiție inechitabilă a serviciilor de îngrijire între mediul urban și rural, între localitățile prospere și cele mai puțin dezvoltate economic.

Proiectul de lege inițiat de MMFPSPV, care propunea instituirea asigurării obligatorii pentru îngrijirea de lungă durată pentru finanțarea prestației de dependență, instituirea contractelor de creditare a serviciilor sociale acordate persoanelor vârstnice, măsuri în vederea asigurării protecției juridice a persoanei vârstnice materializate în servicii juridice de consiliere, asistență și reprezentare, precum și dispoziții referitoare la încheierea actelor juridice pentru clauze care privesc întreținerea sau îngrijirea persoanei vârstnice, precum și alte măsuri pentru asigurarea accesului la servicii de sănătate și îngrijiri de lungă durată de calitate care să favorizeze un mod de viață activ și sănătos, prin utilizarea rațională a resurselor, creșterea calității personalului și coordonarea dintre sistemele și instituțiile de îngrijire<sup>15</sup>, etc, nu a fost adoptat.

De asemenea, chiar dacă MMFPSPV a sprijinit dezvoltarea rețelei de îngrijire la domiciliu sau a centrelor rezidențiale și de zi pentru persoane vârstnice prin programe de interes național (PIN), programul de investiții în infrastructura serviciilor sociale, sau prin programul de subvenționare a unităților de asistență socială înființate și administrate de asociații și fundații<sup>16</sup>, asigurarea finanțării serviciilor sociale pentru persoane vârstnice, care se află, în primul rând, în sarcina autorităților administrației publice locale, este neacoperitoare, având în vedere numărul cererilor în așteptare înregistrate la căminele pentru persoane vârstnice.

Abordarea utilizată pentru pregătirea Strategiei corespunde, de asemenea, conceptului de includere a îmbătrânirii ca dimensiune transversală în toate domeniile de politică socială. Acest concept, dezvoltat de ONU, se referă la îmbătrânire ca punct central „... o strategie, un proces și un efort multidimensional pentru integrarea problemelor legate de îmbătrânire în toate domeniile de politică și la toate nivelurile de politică”. Obiectivul final este de a obține o dezvoltare echitabilă în cadrul societății, de care vor beneficia toate grupurile sociale. Includerea cu succes a îmbătrânirii ca element central în procesul decizional înseamnă includerea în acest proces a tuturor părților interesate relevante pentru a asigura faptul că sunt satisfăcute necesitățile tuturor grupelor de vârstă, în toate domeniile de politică. Îmbătrânirea ca element central poate fi privită ca un instrument important pentru a realiza o societate

---

<sup>15</sup> Prevăzute în pilonul III (care privește sănătatea și îngrijirea de lungă durată) din cadrul Metodei Deschise de Coordonare

<sup>16</sup> Persoanele vârstnice constituind categoria cea mai reprezentativă în diversitatea tipurilor de servicii/beneficiari ai unităților de asistență socială pentru care asociațiile și fundațiile au fost subvenționate, începând din anul 1998;

pentru toate vârstele.” (Comisia Economică pentru Europa din cadrul Organizației Națiunilor Unite, 2009).

De asemenea, s-a încercat să se asigure faptul că Strategia națională privind promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice 2015 – 2020 include întreaga durată de viață a persoanei, și nu numai vârstele mai înaintate: investițiile în sănătate, sport și în educație care conduc la faptul că măsurile ce vizează îmbătrânirea activă trebuie să înceapă din copilărie<sup>17</sup> și să continue pe parcursul întregii vieți a persoanelor, cu asigurarea faptului că persoanele adulte tinere pot să participe pe deplin la viața economică, că sunt capabile să facă planuri pentru ajungerea la o vârstă înaintată. O societate incluzivă permite crearea unui mediu prietenos și oferă resursele necesare pentru politicile de îmbătrânire activă orientate către susținerea populației vârstnice.

### **2.3. Procesul elaborării strategiei**

Având în vedere importanța subiectului îmbătrânirii populației pentru societatea românească și gama largă de probleme pe care o acoperă, a fost crucială abordarea minuțioasă, inclusivă, transparentă în procesul pregătirii strategiei. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice a elaborat Strategia în strânsă colaborare cu experții Băncii Mondiale, cu entități publice și private, inclusiv cu Ministerele Sănătății, Finanțelor Publice, Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, Transporturilor și Economiei etc.

Perioada de implementare a Strategiei este 2015-2020. Obiectivele naționale, obiectivele transversale și măsurile prioritare, subliniate în Strategie au la bază o viziune pe termen lung, având în vedere faptul că îmbătrânirea societății românești va continua în următoarele câteva decenii. Această abordare permite, de asemenea, alegerea unor investiții mai bine concentrate și mai profitabile pentru perioada de referință, într-un mediu cu resurse fiscale restrânse.

---

<sup>17</sup> De remarcat faptul că inclusiv educația timpurie este inclusă, potrivit Legii educației nr.1/2011, art.13 în conceptul ”învățarea pe tot parcursul vieții” - totalitatea activităților de învățare realizate de fiecare persoană, începând cu educația timpurie, în scopul dobândirii de cunoștințe, formării de deprinderi/abilități și dezvoltării de aptitudini semnificative din perspectivă personală, civică, socială și/sau ocupațională.

Analiza include:

- (1) cercetarea situației actuale,
- (2) descrierea cadrului juridic existent;
- (3) prezentarea generală a inițiativelor strategice europene în domeniul îmbătrânirii active,
- (4) prezentarea tendințelor și așteptărilor majore în acest domeniu de politică în România,
- (5) identificarea celor mai bune practici internaționale în domeniu,
- (6) analiza SWOT (puncte tari, puncte slabe, oportunități și amenințări),
- (7) o gamă largă de opțiuni privind direcțiile strategice pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice.

Pregătirea strategiei a beneficiat de mai multe consultări în cadrul unor seminarii:

- un seminar de patru zile privind îmbătrânirea activă cu participarea MMFPSPV, a Casei Naționale de Pensii Publice și a Băncii Mondiale s-a desfășurat în perioada 3-7 noiembrie 2013, pentru a analiza sfera de extindere a analizei de context. Formatul seminarului consultativ a permis discutarea în detaliu între experții tehnici a fiecăreia dintre cele patru subteme ale îmbătrânirii active, și anume sănătatea, ocuparea forței de muncă, participarea socială și politică și viața independentă a populației vârstnice.
- seminarul de modelare a pensiilor, la care au participat 15 angajați ai Ministerului Finanțelor Publice, ai Casei Naționale de Pensii Publice și ai Comisiei Naționale de Prognoză Economică, a fost organizat în perioada 17 – 21 martie 2014. Proiectele unor proiecții privind ratele de acoperire a sistemului de pensii publice din România, nivelurile beneficiilor și deficitele fiscale au fost rezultate importante ale seminarului.
- în perioada 24-28 martie 2014 patru seminarii consultative au fost organizate privind principalele subteme ale îmbătrânirii active, și anume sănătatea, ocuparea forței de muncă, participarea socială și politică și viața independentă a populației vârstnice. Pregătirea raportului de context s-a bazat pe:
  - (i) analizele efectuate de MMFPSPV;

- (ii) strategiile și politicile naționale privind îmbătrânirea activă ale altor țări;
- (iii) strategiile privind teme conexe, unele încă în curs de pregătire, în domeniile de politică privind protecția persoanelor cu dizabilități, sănătatea, ocuparea forței de muncă și educația pe tot parcursul vieții.

Un proces comprehensiv de consultare a fost lansat pe 25 iunie 2014, cu prezentarea primului proiect al raportului de context „Viață lungă, activă și în condiții bune de sănătate: Promovarea îmbătrânirii active în România” și cu discuțiile care au urmat privind principalele obiective ale Strategiei. Ca parte a procesului de consultare, proiectul de raport a fost de asemenea comunicat unei game și mai largi de părți interesate relevante și a primit răspuns suplimentar în scris, inclusiv comentarii și priorități sugerate.

Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice va continua să coordoneze eforturile pentru dezvoltarea, implementarea și monitorizarea Planului strategic de acțiuni 2015-2020, cu excepția acțiunilor prioritare enumerate în cadrul obiectivelor generale pentru obținerea unei calități a vieții mai lungi și mai sănătoase, care vor fi sincronizate împreună cu Ministerul Sănătății. Se preconizează continuarea și consolidarea cooperării dintre MMFPSPV și structurile aflate în coordonare și/sau subordine, dar și cu instituții precum Ministerul Sănătății, Ministerul Educației și Cercetării Științifice, Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, Ministerul Finanțelor Publice, Ministerul Transporturilor, Ministerul Economiei și alte agenții, deja stabilită în procesul de elaborare a prezentei strategii.

Mai mult decât atât, pentru buna îndeplinire a obiectivelor propuse, MMFPSPV are în vedere înființarea a două unități/departamente care să fie responsabile de coordonarea monitorizării și implementării Planului strategic de acțiuni 2015-2020 pentru obiectivele strategice (precum și a Planurilor operaționale de măsuri aferente perioadei 2015-2018, respectiv 2018-2020 care vor fi realizate odată ce documentul strategiei va fi adoptat). Este necesară o dezvoltare instituțională și o consolidare a capacității pentru implementarea celorlalte două obiective transversale.

### **3. Obiective ale Strategiei pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice**

Pe baza principiilor de funcționare, a analizei de context și a procesului de consultare extensivă au fost stabilite **trei obiective strategice în domeniul îmbătrânirii active:**

1. prelungirea și îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice.
2. promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice.
3. obținerea unui grad mai ridicat de independență și siguranță pentru persoanele cu nevoi de îngrijire de lungă durată.

În plus, două obiective transversale, și anume **întârzierea îmbătrânirii fizice și a apariției bolilor cronice și pregătirea sistemului medical pentru a deservi populația vârstnică**, au fost identificate ca fiind esențiale pentru atingerea celor trei **obiective strategice**.

#### **3.1. Prelungirea și îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice**

Pentru a atinge obiectivul național de 70 de procente - rată de ocupare a forței de muncă pentru populația cu vârsta între 20 și 64 de ani până în anul 2020, România trebuie să crească semnificativ rata de angajare a populației active. Pe viitor, se preconizează, de asemenea, că venitul suplimentar din muncă va deveni mai important pentru populația în vârstă, deoarece se estimează că rolul sistemului de pensii de a furniza venituri populației vârstnice din România va scădea, atât în ceea ce privește acoperirea populației, cât și nivelul pensiilor. Munca la vârste înaintate trebuie deci să fie încurajată, deoarece rezultatele pot fi pozitive, atât pentru cei în cauză, respectiv pentru creșterea economică a României. În timp ce necesitatea unei vieți active mai lungi nu este încă universal acceptată de societatea românească, unele segmente ale populației au o atitudine pozitivă față de această idee, inclusiv femeile, persoanele cu un grad mai ridicat de educație și persoanele care au dificultăți financiare. Întrucât în perioada de eșalonare a vârstelor standard de pensionare, în cazul femeilor cu vârsta de pensionare este mai mică decât cea a bărbaților pentru reglementarea posibilității continuării activității sunt necesare modificări legislative care să acorde femeilor dreptul de a-și continua activitatea până la împlinirea vârstei standard

de pensionare prevăzute de lege pentru bărbați, respectiv până la vârsta de 65 de ani, urmând ca după această vârstă continuarea activității să se realizeze la cerere, pe baza unei cereri scrise, cu acordul angajatorului pentru ambele sexe, în felul acesta eliminându-se diferența de gen sub aspectul dreptului la muncă.

Rata relativ redusă de ocupare a populației vârstnice din România poate fi atribuită unei multitudini de factori care privesc atât politicile naționale, cât și percepțiile sociale față de acest segment de populație. Promovarea unui grad mai mare de ocupare în rândul populației în vârstă va necesita, prin urmare, o schimbare a atitudinilor sociale, revizuirea actualelor legi și reglementări, modificări în politicile de resurse umane ale angajatorilor, schimbări ale mediului fizic și organizațional la locul de muncă și adoptarea politicilor de învățare pe tot parcursul vieții.

### **3.1.1. Consolidarea reformei sistemului public de pensii**

Obținerea unor vârste de pensionare mai mari pot fi realizate prin revizuirea condițiilor de eligibilitate pentru pensionare pentru a reflecta progresul în ceea ce privește speranța de viață și starea de sănătate. Eliminarea tratamentului inegal în funcție de gen al cetățenilor români și eliminarea costurilor implicite asociate cu pensionarea anticipată pot, de asemenea, contribui la o viață activă mai lungă. De asemenea, ideea „evoluării line” către pensionare, față de ieșirea bruscă din piața muncii la atingerea vârstei limită pentru pensionare, poate ajuta la prelungirea și mai mult a vieții active. Avantajele rezultate din amânarea pensionării și munca după pensionare trebuie să reflecte nu numai câștigurile rezultate la bugetul asigurărilor sociale, ci trebuie să ia în calcul și impactul pozitiv al acestor decizii individuale asupra creșterii economiei și a bazei de impozitare. În final, aceste decizii au valoare demonstrativă, deoarece ajută la ajustarea normelor sociale privind populația vârstnică, productivitatea și rolul acesteia în societate. Astfel, orice obstacole legale în calea ocupării forței de muncă bazate pe vârstă, pe eligibilitatea pentru pensionare sau pe sursa sau nivelul venitului trebuie regândite. Faptul că o proporție a populației vârstnice care nu este eligibilă pentru pensionare nu va putea să se bazeze numai pe venitul din muncă trebuie, de asemenea, recunoscut și trebuie înființate programe sociale suplimentare pentru a oferi siguranță acestui grup de persoane, dar nu numai..

### **Măsuri prioritare:**

- Asigurarea unui nivel al indemnizației sociale pentru pensionari, care să permită beneficiarilor acestui drept satisfacerea nevoilor zilnice de viață.
- Egalizarea vârstei standard de pensionare la 65 ani pentru femei și bărbați până în anul 2035 prin creșterea eșalonată a vârstei standard de pensionare.
- Revizuirea condițiilor și procedurilor privind acordarea unor categorii de pensii (pensia de invaliditate, pensia anticipată, pensia anticipată parțială).
- Instituirea unui program de sprijin pentru populația vârstnică, în special din mediul rural, care nu este acoperită de sistemele de asigurări sociale.

### **3.1.2. Modificări ale politicilor de resurse umane pentru o mai bună integrare a lucrătorilor vârstnici**

O viață activă mai lungă ar fi, de asemenea, obținută prin îmbunătățirea politicilor de resurse umane și prin consilierea psihologică preventivă a lucrătorilor cu intenția de pensionare anticipată și pensionare anticipată parțială, respectiv a celor care urmează să se pensioneze de drept. Practicile discriminatorii la locul de muncă bazate pe vârstă trebuie eliminate.

De asemenea, o legislație mai flexibilă care să stimuleze angajatorii pentru a menține în activitate persoanele în vârstă, în special după îndeplinirea condițiilor pentru pensionare, în vederea valorificării atât a experienței acumulate cât și a potențialului productiv al acestora, situație ce poate fi abordată similar și în cazul funcției publice.

Angajații vârstnici, cu experiență vastă și cu rezultate bune în domeniul de activitate, reprezintă o resursă deosebit de valoroasă pentru transferurile de cunoștințe atât către angajatori cât și către angajații mai tineri.

### **Măsuri prioritare:**

- Extinderea informațiilor cuprinse în baza de date a contribuabililor la asigurările sociale privind persoanele care datorează și plătesc contribuțiile sociale obligatorii, incluzând caracteristicile individuale, precum și istoricul contribuțiilor acestora, în parteneriat cu Autoritatea Națională de

Administrație Fiscală și Ministerul Sănătății pentru a permite identificarea persoanelor cu risc de a apela la o formă de pensionare înainte de împlinirea vârstei limită de pensionare sau a stagiului complet de cotizare.

- Flexibilizarea prevederilor din legislația muncii cu privire la încetarea de drept a contractului de muncă/raportului de serviciu, astfel încât să fie permisă continuarea activității până la împlinirea vârstei de 65 de ani pentru ambele sexe iar ulterior la cererea persoanei și cu acceptul angajatorului până la data la care persoanele vor opta pentru pensionare.
- Introducerea consilierii înainte de pensionare pentru grupurile de angajați care își manifestă intenția de pensionare anticipată și pensionare anticipată parțială, respectiv a celor care urmează să se pensioneze de drept.
- Instituirea obligativității ca lucrătorii în vârstă să nu fie discriminați la concedierile colective în întreprinderi.
- Introducerea monitorizării și planificării centralizate a forței de muncă din serviciile din sistemul public pe baza unor caracteristici relevante, inclusiv vârsta;
- Integrarea programelor de voluntariat în politicile de resurse umane din instituțiile publice de tipul bibliotecii, muzee, centre de informare, centre de reabilitare și îngrijire de lungă durată, evenimente culturale și programe de conștientizare publică.

### **3.1.3. Crearea și menținerea locurilor de muncă favorabile vârstnicilor**

O viață activă mai lungă poate fi obținută numai dacă sănătatea și bunăstarea populației vârstnice îi permite să aleagă munca în detrimentul pensionării. Promovarea unor medii de lucru sănătoase, unde oamenii își petrec de obicei o proporție substanțială a vieții lor, poate contribui la îndeplinirea acestui obiectiv prin prelungirea vieții sănătoase a lucrătorilor. Necesitățile în schimbare ale lucrătorilor pe măsură ce aceștia îmbătrânesc și încep să se confrunte cu afecțiuni legate de vârstă trebuie, de asemenea, abordate corespunzător la locul de muncă. Pe măsură ce vârsta medie a lucrătorilor crește, se accentuează și posibilitatea de creștere a ratelor de invaliditate și dizabilități. În consecință, monitorizarea sănătății angajaților, intervenția timpurie și oferirea de servicii moderne care să răspundă mai bine nevoilor în schimbare ale unei forțe de muncă vârstnice și care să ajute la prevenirea și/sau la gestionarea adecvată a pierderii capacității de muncă din motive de sănătate.



### **Măsuri prioritare:**

- Revizuirea procedurilor de evaluare a capacității de muncă în vederea încadrării într-un grad de invaliditate, precum și a gradului dizabilității în vederea identificării potențialului de muncă a persoanei evaluate, în funcție de elementele recomandate.
- Îmbunătățirea bazei de date a cererilor de pensii și a beneficiilor de invaliditate și a prestațiilor sociale pentru persoanele cu handicap (indemnizație și buget personal complementar), care ar permite monitorizarea mai bună a caracteristicilor individuale ale solicitanților, a antecedentelor de sănătate și de muncă ale acestora, a ratelor de respingere a cererilor.
- Derularea împreună cu organizațiile sindicale a unor măsuri de creștere a gradului de conștientizare în rândul angajatorilor privind beneficiile adaptării rezonabile a locurilor de muncă și atribuirii de tehnologii asistive, gratuit sau la un cost rezonabil.
- Introducerea unor modele inovatoare de organizare a muncii în întreprinderi care să asigure sănătatea și securitatea la locul de muncă în conformitate cu cerințele lucrătorilor vârstnici.
- Furnizarea de servicii personalizate de consiliere și orientare în carieră sau de plasare pe piața muncii pentru lucrătorii/șomerii vârstnici aflați în căutarea unui loc de muncă, crearea unei baze de date privind oferta de locuri de muncă pentru lucrătorii vârstnici.
- Subvenționarea angajatorilor pentru angajarea șomeri vârstnici, care în termen de cinci ani de la data angajării îndeplinesc condițiile pentru a solicita pensia anticipată parțială sau de acordare a pensiei pentru limită de vârstă.

### **3.1.4. Îmbunătățirea abilităților, a capacității de angajare și a independenței populației vârstnice**

Menținerea abilităților, productivității și competitivității lucrătorilor, pe măsura îmbătrânirii acestora este un obiectiv intermediar important pentru obținerea unei vieți active lungi. Acest lucru necesită o abordare ce implică educația pe tot parcursul vieții pentru a asigura faptul că oamenii de toate vârstele au acces și participă la programe de educație, formare și dezvoltare a capacităților. Schimbările privind organizarea muncii pot integra avantajele competitive ale lucrătorilor vârstnici, inclusiv experiența acestora. În final, educația pe tot parcursul vieții trebuie să includă și dezvoltarea abilităților necesare ulterior ieșirii de pe piața muncii pentru o viață independentă și participativă.

### **Măsuri prioritare:**

- Consolidarea și extinderea programelor de îmbunătățire a abilităților, cu un puternic cadru de monitorizare a rezultatelor pentru populația vârstnică;
- Valorificarea cunoștințelor și a abilităților lucrătorilor vârstnici prin programe de mentorat, transfer de cunoștințe, recunoașterea competențelor dobândite în context informal și non-formal, ca modalitate de creștere a șanselor de ocupare a lucrătorilor vârstnici;
- Furnizarea de oportunități de învățare pentru persoanele vârstnice, în principal pe teme cum ar fi tehnologia informației și comunicațiilor (TIC), competențe transversale și specifice, dezvoltarea culturii antreprenoriale, cunoștințe în domeniul sănătății și privind gestionarea veniturilor proprii, oferindu-le capacitatea de a participa activ în cadrul societății și a-și gestiona propria viață.
- Asigurarea premiselor unei dezvoltări durabile a societății românești prin valorificarea la maximum a potențialului persoanelor vârstnice de a genera plus valoare.

### **3. 2. Promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice**

În ciuda tuturor provocărilor, îmbătrânirea populației oferă, de asemenea, o oportunitate de dezvoltare societății românești. Implicarea civică, atât prin rețele sociale formale, cât și informale, a determinat îmbunătățiri ale mai multor indicatori ai bunăstării, inclusiv în ceea ce privește nivelul de fericire, satisfacția privind calitatea vieții, stima de sine, sentimentul de control, sănătatea fizică și mentală, precum și longevitatea. Participarea socială sub formă de implicare civică și voluntariat contribuie și la bunăstarea destinatarilor acestor eforturi și furnizează un beneficiu economic enorm comunităților cu necesități sociale în creștere care funcționează cu resurse umane, financiare reduse. Prin urmare, participarea socială poate fi considerată cu adevărat o propunere avantajoasă, subliniind importanța adoptării unor reforme care să promoveze mai multe oportunități de participare socială în rândul adulților în vârstă, astfel încât de acestea să poată beneficia persoane de toate vârstele.

Totuși, în prezent, nivelul de participare socială este foarte scăzut în România. Schimbarea mentalităților și a percepției privind persoanele vârstnice reprezintă aspecte deosebit de importante în vederea promovării active a participării sociale a acestora prin reducerea obstacolelor fizice și cognitive către o viață independentă și participativă și prevenirea abuzului asupra vârstnicilor.

### **3.2.1. Accentuarea imaginii sociale a populației vârstnice și promovarea participării și a incluziunii sociale**

Capacitatea și dorința vârstnicilor de a participa la viața socială este strâns legată de valoarea pe care societatea o acordă acestei participări, precum și de respectul și recunoștința pe care le oferă acestor persoane. Discriminarea pe motiv de vârstă restricționează accesul persoanelor vârstnice la angajare, educație, îngrijire medicală și servicii și limitează capacitatea acestora de a beneficia de venituri mai mari, relații sociale și o viață incluzivă și participativă. Existența stereotipurilor și a discriminării pe motiv de vârstă conduce la dezvoltarea unor atitudini și comportamente auto-excluzive. Deși există mai mulți factori care contribuie la discriminarea pe motiv de vârstă, stereotipurile culturale și prezumțiile false joacă un rol cheie. Schimbarea acestor atitudini va necesita campanii publice susținute și eforturi țintite pentru ca vârstnicii să își recapete locul bine - meritat în societate.

#### **Măsuri prioritare:**

- Înființarea unui departament special de sprijinire a promovării conceptului de îmbătrânire activă în cadrul MMFPSPV.
- Elaborarea unui curriculum pentru consilierea individuală și/sau în grup a populației vârstnice și a unui plan pentru identificarea grupurilor de vârstnici care se confruntă cu cel mai mare risc de singurătate, excluziune socială și depresie.
- Promovarea participării persoanelor vârstnice la activități sociale, culturale, de recreere și sportive prin evenimente dedicate.
- Promovarea voluntariatului și încurajarea includerii persoanelor vârstnice în activitățile de voluntariat.
- Colaborarea cu mass media pentru a îmbunătăți atitudinile față de persoanele vârstnice și rolul acestora în societate.
- Realizarea de campanii de informare publică pentru facilitarea la un acces mai bun al populației vârstnice la programele de sănătate publică și la îngrijirea sănătății;
- Realizarea unor studii periodice pentru a monitoriza aspectele sociale, comportamentale și biomedicale ale îmbătrânirii, de exemplu, prin participarea la Studiul internațional privind sănătatea, îmbătrânirea și pensionarea în Europa (SHARE).

### **3.2.2 Îmbunătățirea accesibilizării infrastructurii spațiilor publice**

Obstacolele fizice, cognitive și informaționale în calea mobilității și independenței restrâng, de asemenea, capacitatea populației vârstnice de a participa activ în cadrul societății și de a duce o viață demnă. Îmbunătățirile necesare la nivelul infrastructurii publice din România și a sistemelor de transport în comun sunt costisitoare și din acest motiv domeniile prioritare sunt concentrate atât pe construcții noi cât și pe dezvoltarea de proiecte de reabilitare a infrastructurii vechi, prin eliminarea obstacolelor fizice și folosirea eficientă a resurselor existente. Important de menționat în acest sens este faptul că prin realizarea acestor accesibilizări se asigură condiții mai facile de acces pentru toate persoanele.

#### **Măsuri prioritare:**

- Revizuirea și consolidarea reglementărilor legale privind accesibilizarea mediului fizic și informațional precum și a spațiului public.
- Realizarea unui studiu pilot privind populația vârstnică pentru un oraș sau municipiu pentru a identifica cele mai importante obstacole ale infrastructurii publice (spații exterioare, clădiri, căi de acces, rețele de transport) pentru mobilitatea și independența acestora.
- Dezvoltarea și diversificarea tehnologiilor și dispozitivelor asistive necesare pentru facilitarea mobilității personale.
- Dezvoltarea măsurilor de adaptare rezonabilă atât în domeniul ocupării, cât și în domeniul învățării pe toată durata vieții.
- Verificarea parcurilor auto ale transportului în comun municipal și interurban pentru a identifica numărul de autobuze/vagoane care respectă cerințele universale și proporția rutelor acoperite de astfel de autobuze/vagoane;
- Realocarea parcurilor auto accesibilizate pentru a maximiza numărul de rute acoperite și modificarea programelor afișate prin adăugarea de informații privind accesibilitatea transportului.

### **3.2.3 Prevenirea abuzurilor asupra vârstnicilor și a excluziunii acestora**

Excluziunea socială, prestigiul și stima de sine scăzute, discriminarea pe motiv de vârstă conjugate se adaugă la vulnerabilitățile de ordin economic, fizic, emoțional generate de procesul de îmbătrânire și astfel orice segment vulnerabil al populației este înclinat spre a fi ținta comportamentului abuziv. Ca o

completare la standardele existente în cadrul structurii legislative în vigoare, măsurile necesare pentru a crește gradul de securizare socială includ consolidarea elaborării și aplicării legislației privind abuzurile asupra persoanelor vârstnice și pregătirea profesioniștilor care sunt cel mai frecvent în contact cu persoanele vârstnice pentru ca acestea să recunoască, să împiedice și să raporteze abuzurile.

#### **Măsuri prioritare:**

- Imbunătățirea legislației privind combaterea abuzurilor asupra persoanelor vârstnice.
- Dezvoltarea programelor și a metodologiilor privind prevenirea, detectarea și soluționarea cazurilor de abuzuri asupra persoanelor vârstnice.
- Consolidarea programelor de pregătire formală privind abuzurile asupra persoanelor vârstnice pentru membri ai familiei, profesioniști, personalul auxiliar, studenți, cler și voluntari în domeniile relevante.
- Oferirea suportului pentru furnizorii de servicii sociale, pentru înființarea unei linii telefonice de ajutor în caz de urgențe, cu funcționare 24 de ore din 24, pentru furnizarea de consiliere, îndrumarea beneficiarilor către servicii specializate.
- Derularea unor campanii publice prin mass media în vederea creșterii gradului de conștientizare a populației privind toate formele de abuzuri sau de violență asupra vârstnicilor.

### **3.3. Obținerea unui grad ridicat de independență și siguranță pentru persoanele cu necesități de îngrijire de lungă durată (ÎLD)**

Comparativ cu alte țări membre ale UE, în România necesitățile și cererea de servicii sociale nu sunt acoperite complet, o mare proporție din populație aflându-se în situații de dependență. Din acest motiv, furnizarea de îngrijire de lungă durată revine familiilor și aparținătorilor persoanei cu nevoi de îngrijire, care ar putea beneficia de asistență din partea sistemului formal de îngrijire. Pe viitor, se preconizează că, va crește și mai mult cererea de servicii de ÎLD, ceea ce va necesita alocarea de resurse importante pentru a furniza acestui sector resursele necesare (finanțare, capital uman și infrastructură).

De asemenea, dat fiind faptul că se are în vedere o dezvoltare a sistemului de îngrijire de lungă durată, este important ca, pe măsură ce sistemul de ÎLD se maturizează, acesta să se dezvolte în direcția

integrării persoanelor care au nevoie de îngrijire în comunitate, accentuând prevenirea și reabilitarea în cadrul ÎLD și creând un mediu propice pentru susținerea obiectivelor generale de politică care au rolul de a sprijini persoanele vârstnice pentru a rămâne în familie și/sau la domiciliu cât mai mult timp posibil. Dezvoltarea sistemului trebuie, de asemenea, să se concentreze pe eficiența serviciilor de îngrijire și pe ușurința și accesul echitabil al tuturor cetățenilor României care au nevoie de astfel de servicii. În final, sistemul trebuie să recunoască dificultățile cu care se confruntă cu privire la recrutarea și menținerea personalului și trebuie să-și adapteze corespunzător politicile de resurse umane.

### **3.3.1. Crearea sistemului unificat de îngrijire de lungă durată (ÎLD)**

România oferă un set de beneficii și servicii care au rolul de a deservi necesitățile de îngrijire de lungă durată ale cetățenilor de toate vârstele. Totuși, aceste beneficii și servicii sunt furnizate de o serie de actori și organizații diferite și este adesea insuficient coordonată, inegal aplicată și insuficient implementată. Din acest motiv, integrarea tuturor beneficiilor și serviciilor aferente îngrijirii de lungă durată într-un sistem unificat, cu identitate proprie, politici specifice, management și structuri organizaționale este una din priorități.

#### **Măsuri prioritare:**

- Înființarea unui departament pentru îngrijire de lungă durată responsabil pentru coordonarea, planificarea și soluționarea problemelor legate de ÎLD la toate nivelurile guvernamentale în cadrul MMFPSPV, în colaborare cu Ministerul Sănătății.
- Dezvoltarea unui „Program pentru ÎLD”.
- Revizuirea și îmbunătățirea cadrului legal existent pentru acreditarea și monitorizarea tuturor tipurilor de furnizori, licențierea de servicii, implementarea continuă a standardelor de calitate. Aceasta, conform liniilor directoare ale UE pentru „Serviciile sociale de interes general”, presupune deschiderea pieței, respectiv includerea furnizorilor privați care urmăresc profitul și a celor non-profit și crearea de șanse egale pentru toate tipurile de furnizori, precum și identificarea administrativă și statistică a tuturor serviciilor și unităților care furnizează ÎLD și asistență socială.
- Analiza și îmbunătățirea procedurilor de evaluare multidisciplinară în vederea identificării nevoilor particulare ale persoanelor vârstnice cu sau fără dizabilități și acordării de servicii individualizate.
- Prioritizarea programelor de reabilitare pentru a lucra și trăi în mod independent, în locul atribuirii de beneficii pe termen lung.

- Crearea de puncte de acces „one-stop” împreună cu managementul externărilor la nivelul spitalelor, inclusiv formarea „managerilor de caz” și a profesioniștilor pentru crearea acestor puncte de acces și a proceselor aferente.
- Asigurarea colectării periodice de date, a monitorizării și raportării privind sistemul ÎLD (în cooperare cu o agenție desemnată) făcând prognoze privind cererea de ÎLD și necesitățile de finanțare.

### **3.3.2. Asigurarea de resurse financiare, umane și materiale suficiente pentru sistemul de ÎLD**

Necesitățile existente privind beneficiile și serviciile aferente ÎLD sunt dificil de estimat din cauza datelor insuficiente, dar și din cauza cererii neexprimate care poate, la rândul ei, să fie cauzată de regulile complicate pentru solicitare și eligibilitate, de calitatea slabă a unor servicii, de lipsa de informații și de stigmatul care este uneori asociat cu o cerere pentru astfel de servicii. Totuși, oferta pe această piață este deficitară. Organizațiile și agențiile implicate în furnizarea de servicii privind ÎLD duc lipsă de finanțare, au dificultăți în a angaja și menține personalul și, în unele cazuri, nu au infrastructura necesară. În mod special, în zonele rurale, unde fenomenul îmbătrânirii este mult mai accentuat, furnizarea de servicii este mai dificilă și resursele reduse, oferta fiind insuficientă. Se prognozează că fenomenul îmbătrânirii populației va crește și mai mult cererea de ÎLD. Din acest motiv, acțiunile prioritare se concentrează pe furnizarea de finanțare adecvată, și distribuită echitabil, pe îmbunătățirea infrastructurii fizice, pe elaborarea și implementarea de politici de resurse umane adecvate și pe dezvoltarea mecanismelor pentru susținerea celor care acordă asistență familiilor.

#### **Măsuri prioritare:**

- Instituirea unui mecanism pentru alocarea echitabilă a transferurilor de la bugetul de stat către bugetele/locale pentru implementarea programelor de asistență socială/ÎLD pentru persoanele vârstnice, pe baza numărului de locuitori peste vârsta de 65 de ani dintr-un județ/localitate;
- Îmbunătățirea infrastructurii pentru servicii de îngrijire la domiciliu (cu accent pe zonele rurale și izolate), servicii de îngrijire de zi, cămine de bătrâni și facilități de cazare intermediară;
- Îmbunătățirea recrutării, a pregătirii și a planurilor de menținere a persoanelor care oferă servicii de îngrijire, inclusiv grupuri țintă pentru recrutare, tipuri de contracte oferite (inclusiv contracte cu

normă parțială și de voluntariat), stimulente pentru a-și păstra locul de muncă și asigurarea programelor de pregătire profesională a căror absolvire este atestată prin certificate;

- Înființarea unui program/mai multor programe de pregătire privind managementul social și managementul serviciilor de ÎLD și facilități pentru a pregăti viitorii angajați în calitate de directori, asistenți sociali și manageri de caz care își vor desfășura activitatea în cadrul centrelor ce acordă servicii sociale pentru persoanele vârstnice organizate sub diverse forme conform Nomenclatorului de servicii sociale.
- Dezvoltarea de mecanisme de susținere pentru îngrijitorii informali (familia), inclusiv pregătire, acces preferențial la îngrijirea temporară subvenționată (de exemplu, 10 zile pe an în contextul programului de ședere în stațiuni de tratament) pentru îngrijitori și pentru pacienții îngrijiți pe durată lungă (nu neapărat prin ședere împreună).

#### **4. Obiective transversale pentru o viață mai lungă în condiții bune de sănătate**

În prezent, România succede altor țări membre UE în ceea ce privește speranța medie de viață, dar mai ales în ceea ce privește speranța de viață sănătoasă<sup>18</sup> (date Eurostat 2013: speranța de viață sănătoasă la naștere pentru femei – 57,9 ani față de media UE 28 - 61,5 ani, speranța de viață sănătoasă la naștere pentru bărbați – 58,6 ani față de media UE 28 - 61,4 ani). Această diferență a fost probabil cauzată de o viață de alegeri nesănătoase privind stilul de viață și de accesul redus la programele de sănătate publică și de îngrijire a sănătății de către populația vârstnică a României. Stilul de viață și accesul la sistemele de îngrijire a sănătății nu s-au îmbunătățit mult pentru populația de vârstă mijlocie și tânără, indicând tendințe negative privind starea de sănătate a populației vârstnice pe viitor. Totuși, capacitatea adulților în vârstă de a munci pentru o perioadă mai lungă, de a participa activ în cadrul societății și de a duce o viață independentă depinde în mod deosebit de starea de sănătate a acestora. De aceea, atingerea celor trei strategice în domeniul îmbătrânirii active trebuie să înceapă cu obiectivele intermediare de întârziere a îmbătrânirii fizice și a apariției bolilor cronice și cu modernizarea sistemului de sănătate pentru a-l pregăti pentru provocarea de a deservi populația aflată în proces de îmbătrânire rapidă.

---

<sup>18</sup> Exprimă numărul anilor pe care o persoană cu vârsta 65+ i-ar mai putea trăi fără dizabilități. Indicatorul combină informații asupra prevalenței (proporției) pe vârste a stării de sănătate și de boala (din anchetele asupra sănătății populației), cu date asupra mortalității pe vârste. Speranța de viață sănătoasă se stabilește pe baza autopercepției privind starea de sănătate și posibilitatea de desfășurare a activităților zilnice sau a bolilor cronice de care suferă persoanele respondente.



Pentru a obține o viață sănătoasă mai lungă, se impune investirea în prevenirea, detectarea din timp și tratamentul bolilor cronice, revizuirea politicilor farmaceutice și concentrarea asupra specializărilor în domeniul geriatriei și medicinei de familie, astfel încât medicii cu astfel de specializări să fie bine echipați pentru a gestiona o paletă cât mai vastă de boli cronice și slăbirea funcțiilor cognitive, în principal în secții de ambulatoriu. Investițiile în colectarea de date și în analize care vor face posibilă monitorizarea stării de sănătate a populației, îmbunătățirea eficienței și identificarea segmentelor de populație neacoperite sunt esențiale pentru a obține rezultate scontate.

#### **4.1. Întârzierea îmbătrânirii fizice și a apariției afecțiunilor cronice**

Afecțiunile cronice și îmbătrânirea prematură sunt legate strâns de factori de risc comportamentali, inclusiv consumul de alcool și tutun, diete nesănătoase și lipsa exercițiilor fizice. Slaba capacitate a sistemului de sănătate de a sprijini direct populația vulnerabilă prin programe de sănătate publică, măsuri preventive și diagnosticare timpurie este un alt motiv care conduce la îmbătrânirea fizică și apariția afecțiunilor cronice.

Sistemul de îngrijire a sănătății și programele sociale se concentrează prea frecvent pe diagnosticarea și certificarea dizabilităților, și nu pe prevenire și reabilitare. Măsurile prioritare sunt concepute pentru a rezolva aceste lipsuri, mai ales în rândul celor mai vulnerabile categorii de populație.

##### **Măsuri prioritare:**

- Continuarea creșterii „taxei pe viciu” și regândirea alocării acesteia, astfel încât resursele obținute să fie direcționate către finanțarea programelor de sănătate publică și a programelor de îmbătrânire activă.
- Introducerea în curricula școlară a unei discipline de studio opționale privind importanța și beneficiile unei vieți sănătoase, cu accent deosebit pentru dezvoltarea de activități fizice și respectarea principiilor corecte de nutriție, în vederea educării timpurii a generațiilor viitoare și a scăderii numărului de persoane care să recurgă la dezvoltarea unor deprinderi care ar putea favoriza diferite tipuri de dependențe.
- Consolidarea programelor de sănătate publică pentru a îmbunătăți cunoștințele în domeniul sănătății și pentru a promova comportamentele sănătoase, mai ales în rândul celor mai vulnerabile segmente ale populației.

- Îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate pentru persoanele vârstnice din comunitățile marginalizate, inclusiv cea de etnie romă.

## **Obiectivul 4.2. Pregătirea sistemului de sănătate pentru furnizarea de servicii destinate persoanelor vârstnice**

Sistemul de sănătate din România are nevoie de modernizare cu accent pe serviciile destinate unei populații vârstnice mult mai numeroase, în următorii ani. Investițiile în instrumentele de evaluare și monitorizare sunt necesare pentru a face posibile analize. Trebuie revizuite politicile farmaceutice, cu accent pe medicamentele accesibile ca preț care vor fi din ce în ce mai importante pentru populația în curs de îmbătrânire care se confruntă cu constrângerile financiare proiectate.

### **Măsuri prioritare:**

- Creșterea numărului de absolvenți de facultate (rezidenți) specializați în geriatrie, recrutarea acestora în cadrul forței de muncă din sistemul de sănătate și îmbunătățirea formării altor profesioniști din sistemul medical privind managementul de caz comprehensiv al fragilității, morbidității multiple și monitorizării de la distanță a stării de sănătate;
- Transferarea accentului furnizării serviciilor de sănătate de la secțiile spitalicești către secțiile de ambulatoriu, conform prevederilor Strategiei naționale de sănătate;
- Dezvoltarea, finanțarea și implementarea de servicii comunitare și de îngrijire la domiciliu pentru pacienții cu grad mare de dependență cu afecțiuni cronice (ventilație la domiciliu, pompe de nutriție etc.);
- Investiții în dezvoltarea evaluării comprehensive și a instrumentelor de monitorizare pentru colectarea de date detaliate privind starea actuală a sănătății populației tinere și de vârstă mijlocie din România pentru a face posibile proiecții pe termen mediu și lung ale cererii de servicii sociale și de sănătate, cât și de îngrijire de lungă durată;
- Revizuirea politicilor farmaceutice care vor fi din ce în ce mai importante pentru furnizarea de servicii de sănătate pentru populația aflată în proces accelerat de îmbătrânire.

## **5. Implementare, monitorizare și evaluare**

În îndeplinirea obiectivelor asumate în cadrul Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015- 2020, Guvernul României, prin Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice a elaborat un plan strategic de acțiuni aferente perioadei 2015-2020. Acest plan strategic va fi completat de planuri de acțiuni operaționale pentru perioada 2015-2018, respectiv 2018-2020. Alături de evidențierea direcțiilor de acțiune, a rezultatelor acțiunilor, precum și a liniilor bugetare, acest mecanism de implementare și evaluare integrată își propune să dezvolte inclusiv un set de indicatori specifici relevanți, pentru a se putea urmări progresul către îndeplinirea obiectivelor din strategie. Evaluarea cât mai exactă a situației, inclusiv dezvoltarea unor programe de cercetare care se vor adresa măsurilor prevăzute, va sta la baza implementării unor reforme ale politicilor în domeniul protecției persoanelor vârstnice, inclusiv cele cu dizabilități, cât mai apropiate de nevoile reale ale acestei categorii de persoane. De asemenea, în cadrul acestui mecanism de evaluare va fi avut în vedere și o secțiune care să permită posibilitatea regândirii unor măsuri în situația în care realitățile socio-economice impun acest aspect. În cadrul acestor planuri operaționale de acțiune vor fi evidențiate instituțiile care vor fi implicate precum și perioada de monitorizare a acțiunilor propuse, sub directa coordonare a instituției care va monitoriza implementarea strategiei.

Dat fiind faptul că procesul de monitorizare este un proces complex, evaluarea măsurilor asumate presupune și un proces de construcție a MMFPSPV și anume, înființarea a două departamente care să fie responsabile pentru coordonarea monitorizării și implementării Planului strategic de acțiuni 2015-2020 și pentru îndeplinirea obiectivelor strategice: promovarea participării sociale active și demne și obținerea unui grad mai ridicat de independență și siguranță pentru persoanele cu necesități de îngrijire de lungă durată, cu suplimentarea aferentă a resurselor umane, financiare și materiale necesare funcționării acestor departamente.