



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013

Proiect cofinanțat din Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

VIAȚĂ LUNGĂ, ACTIVĂ ȘI ÎN FORȚĂ

Promovarea îmbătrânirii active în România

Rețeaua pentru dezvoltare umană

Regiunea Europa și Asia Centrală

Iunie 2014

Document al Băncii Mondiale



Mulțumiri

Prezentul raport a fost redactat în baza Acordului pentru servicii de consultanță privind întocmirea unui Proiect de strategie națională cu privire la persoanele vârstnice și îmbătrânirea activă, încheiat între Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare.

Echipa operativă a fost condusă de Asta Zviniene (Expert principal pe protecție socială, ECSH3). Introducerea a fost redactată de Miglena Abels (Consultant, ECSH3) cu contribuții din partea dnei Asta Zviniene și a dlui Janssen E. N. Teixeira (Expert principal în educație, ECSH2). Capitolul 2 a fost elaborat de Asta Zviniene, Miglena Abels, Claudia Rokx (Expert coordonator în domeniul sănătății, ECSH1) și Richard Florescu (Funcționar principal de operațiuni, ECSH3) cu contribuții din partea dlui Gabriel I. Prada (Consultant, ECSH3), a dnei Cristina Petcu (Consultant, ECSH1), a dnei Irina Boeru (Consultant, ECSH3) și a dlui Sandu C. Moldovan (Consultant, ECSH3). Co-autorii Capitolului 3 sunt Asta Zviniene și Miglena Abels, cu contribuții din partea dlui Janssen E. N. Teixeira, Irina Boeru, Norbert Petrovici (Consultant, ECSH3), Vlad A. Grigoras (Consultant, ECSH3), Tatyana Bogomolova (Expert principal pe protecție socială, HDNSP), Eugenia Naghi (Consultant, ECSH3) și Stephen J. Cutler (Consultant, ECSH3). Capitolul 4 a fost elaborat de Stephen J. Cutler cu contribuții din partea lui Norbert Petrovici. În fine, co-autorii Capitolului 5 sunt Kai-Uwe E. Leichsenring și Claudia Rokx. Sprijinul administrativ și logistic a fost oferit cu competență de Carmen F. Laurente (Asistent principal de program, ECSHD) și Camelia I. Gulescu (Asistent de program, ECCRO) și a fost apreciat foarte mult.

Raportul a fost elaborat sub coordonarea și îndrumarea generale din partea dlui Andrew D. Mason (Director de sector, ECSH3). De asemenea, echipa a beneficiat foarte mult de sprijinul și îndrumarea dnei Mamta Murthi (Manager de țară, ECCU5) și a dnei Elisabetta Capannelli (Manager de țară, ECCRO). Echipa dorește să mulțumească personalului de la Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, în special dnei Carmen Manu, dnei Rodica Carausu și dnei Alina Petric, precum și colaboratorilor de la Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor, Ministerul Transporturilor, Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, Ministerul Economiei, Casa Națională de Pensii, Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială, Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, Agenția Națională pentru Ocuparea forței de muncă, Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice și Consiliul Local București, Sector 1 și diferiților Parteneri Sociali pentru colaborarea excelentă și feedback-ul valoros pe durata elaborării prezentului raport, oferite în mare parte în cadrul a două seminarii din noiembrie 2013 și martie 2014. De asemenea, echipa a beneficiat de comentarii utile din partea dlui Cristian Bodewig (Coordonator de sector, ECSHD), a dnei Maria I. Fraile-Ordonez (Șef operațiuni, ECCRO), a dnei Corina M. Grigore (Analist operațiuni, ECCRO) și a evaluatorilor inter pares, Phillip B. O’Keefe (Economist șef, EASHD), Johannes Koettl-Brodmann (Economist superior, ECSH4), Carlos M. Bortman (Expert principal pe sănătate publică, ECSH1) și Rafael P. Rofman (Expert coordonator pe protecție socială, LCSHS), precum și a reprezentanților Comisiei Europene Enrica Chiozza (DG REGIO), Fritz von Nordheim Nielsen (DG EMPL), Dana Verbal (DG EMPL) și Ettore Marchetti.

Cuprins

Mulțumiri	1
Lista figurilor	4
Lista tabelelor.....	5
REZUMAT EXECUTIV	6
CAPITOL 1 INTRODUCERE.....	20
A. Contextul demografic și macroeconomic în România.....	20
B. Agenda referitoare la îmbătrânirea activă și cooperarea UE	22
C. Instrumente statistice și cadrul de politici la nivelul UE	25
D. Elaborarea Strategiei pentru protecția persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii active	31
Capitolul 1 Bibliografie	32
CAPITOL 2 O VIAȚĂ MAI SĂNĂTOASĂ ÎNTR-O SOCIETATE ÎN CURS DE ÎMBĂTRÂNIRE.....	34
A. Îmbătrânirea populației României.....	34
B. Modele geografice ale îmbătrânirii.....	40
C. Starea de sănătate a populației vârstnice a României	46
D. Implicațiile îmbătrânirii asupra cheltuielilor de sănătate și a sistemului de sănătate	51
Capitolul 2 Bibliografie	59
CAPITOL 3 MUNCA LA VÂRSTE MAI ÎNAINȚATE.....	61
A. Populația vârstnică - o resursă slab folosită a economiei României.....	61
B. Veniturile populației mai în vârstă vor avea nevoie de o creștere prin mărirea gradului de ocupare	67
C. Îndepărtarea barierelor în calea angajării populației mai în vârstă	76
Capitolul 3 Bibliografie	95
CAPITOL 4 PARTICIPARE SOCIALĂ.....	97
A. Participarea socială, tipurile și beneficiile sale	97
B. Comparații cu alte țări ale UE.....	101
C. Bariere și impedimente în calea participării sociale	104

D. Opțiuni pentru încurajarea creșterii participării sociale.....	113
Capitolul 4 Bibliografie	123
CAPITOL 5 CĂTRE O INDEPENDENȚĂ MAI MARE ÎN ÎNGRIJIREA DE LUNGĂ DURATĂ.....	127
A. Elaborarea unei identități a sistemului de îngrijire de lungă durată (ÎLD) din România ...	131
B. Politică și guvernare.....	134
C. Structuri organizaționale.....	138
D. Rute și procese	145
E. Resurse umane	149
F. Finanțare	153
Capitolul 5 Bibliografie	163

Lista figurilor

Figura 2.1 Evoluția speranței de viață în România	35
Figura 2.2 Evoluția ratei totale de fertilitate în România.....	35
Figura 2.3 Reducerea dimensiunii coortei între 2002 și 2012	36
Figura 2.4 Numărul de persoane din diferite segmente de vârstă din 1960 până în 2060.....	36
Figura 2.5 Piramide contrastante privind populația: romii și populația generală a României.....	38
Figura 2.6 Tendințele raportului de dependență demografică și ponderea persoanelor în vârstă de 65+ ani în populație.....	42
Figura 2.7 Ponderea populației în vârstă de 65 de ani și peste în totalul populației.....	43
Figura 2.8 Ponderea pensionarilor în totalul populației.....	44
Figura 2.9 Proporția populației vârstnice în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație.....	45
Figura 2.10 Acoperirea asigurării sociale pentru populația vârstnică în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație.....	46
Figura 2.11 Raportul de dependență în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație.....	47
Figura 2.12 Proporția de populație în vârstă de peste 75 de ani și care trăiește singură în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație.....	47
Figura 2.13 Speranța de viață (SV) și Speranța de viață sănătoasă (SVS) la vârsta de 50 de ani.....	49
Figura 2.14 Proporția populației în vârstă de peste 65 de ani cu limitări stricte ale activităților din cauza problemelor de sănătate cel puțin în ultimele 6 luni (2008).....	52
Figura 3.1 Ratele de ocupare a forței de muncă în rândul grupului de persoane în floarea vârstei și al grupului de persoane mai în vârstă, 2013	62
Figura 3.2 Structura socio-economică a populației cu vârste între 50 și 64 de ani	63
Figura 3.3 Situația ocupării forței de muncă a populației din grupa de vârstă 18-64 de ani necuprinse în sistemul de educație sau pregătire, în funcție de gradul de urbanizare	65
Figura 3.4 Segmentele populației cu vârste între 18 și 64 de ani necuprinse în sistemul de educație și fără contract de muncă, ca proporție din totalul populației între 18 și 64 de ani	66
Figura 3.5 Ratele sărăciei pentru diferite segmente de populație în 2011	69
Figura 3.6 Pensia medie (pensionari din sistemul de asigurări sociale, exclusiv agricultori) ca procent din salariul mediu brut.....	71
Figura 3.7 Sistemul proiectat și ratele de dependență a vârstei înaintate	71
Figura 3.8 Se preconizează că acoperirea și generozitatea sistemului de tip redistributiv (PAYG) vor scădea. A (stânga) și B (dreapta).....	72
Figura 3.9 Sistemul public de pensii este proiectat să rămână în deficit	73
Figura 3.10 Opinii: Oamenii ar trebui să poată continua să muncească	74
Figura 3.11 Opinii privind pensionarea	75
Figura 3.12 Evoluția vârstelor de pensionare în România	79
Figura 3.13 Pensionarii de invaliditate pe categorii, ca procent din toți pensionarii pentru limită de vârstă și invaliditate	83
Figura 3.14 Principalele cauze de invaliditate în 2013	84
Figura 3.15 Valoarea pensiei medii lunare în funcție de program, % din salariul mediu brut.....	88
Figura 3.16 Defalcarea forței de muncă a României în funcție de nivelul educației formale	90
Figura 3.17 Dovezi din Letonia: Evidențele legate de Programul PAPM indică faptul că pregătirea foarte concentrată poate da rezultate de succes.....	93
Figura 4.1 Locul României în ceea ce privește participarea socială în rândul țărilor din UE28	102

Figura 4.2 Relațiile dintre vârstă și nivelul de participare socială România 2011.....	107
Figura 4.3 Relațiile dintre venit și nivelul de participare socială: România 2011.	108
Figura 4.4 Relațiile dintre educație și nivelul de participare socială România 2011.	109
Figura 4.5 Relațiile dintre sex și nivelul de participare socială: România 2011.	110
Figura 4.6 Relațiile dintre rezidență și nivelul de participare socială: România 2011.....	111
Figura 4.7 Relațiile dintre sănătate și nivelul de participare socială: România 2011.....	113
Figura 4.8 Procentul populației de +60 de ani care crede că persoanele de +55 de ani au o mare contribuție pe bază de voluntariat în (țara)	114
Figura 4.9 Percepția persoanelor de +55 de ani în țară: În rândul populației de +60 de ani.....	119
Figura 4.10 Opinii: Tensiunile dintre vârstnici și tineri în această țară punctaje medii pentru toate persoanele de +60 de ani (0=inexistente, 1=oarecum existente, 2=mari).....	119
Figura 4.11 Procentul populației de +60 de ani care a fost afectată de acte de discriminare pe motiv de vârstă sau a fost martoră la astfel de acte	120
Figura 5.1 Obiectivul unui sistem integrat de îngrijire de lungă durată	129

Lista tabelelor

Tabelul 2.1 Elementele componente ale Indicelui privind îmbătrânirea activă	26
Tabelul 3.1 Cheltuieli de protecție socială pe categorii și funcții	69
Tabelul 3.2 Ratele de incidență a bolilor profesionale în funcție de tipul afecțiunii	86
Tabelul 3.3 Afecțiunile musculo-scheletice și prevenirea lor la locul de muncă.....	88
Tabelul 4.1 Punctaje medii în ceea ce privește participarea la activități voluntare, în funcție de vârstă România	105
Tabelul 5.1 Indicatori cheie ai cererii și ofertei de ÎLD din România	129
Tabelul 5.2 Indicatorii individuali ai Indicelui privind îmbătrânirea activă selectați pentru România	130
Tabelul 5.3 Numărul de facilități de îngrijire rezidențială în funcție de regiune și de tipul de furnizor (2012)	139
Tabelul 5.4 Numărul de facilități de îngrijire de zi în funcție de regiune și tipul de furnizor (2012)	140
Tabelul 5.5 Numărul de facilități de îngrijire la domiciliu în funcție de regiune și de tipul de furnizor (2012)	142
Tabelul 5.6 Surse de finanțare a facilităților de îngrijire rezidențială, 2012	154
Tabelul 5.7 Structura de finanțare a anumitor furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu	155
Tabelul 5.8 Surse de finanțare a serviciilor de îngrijire la domiciliu (2012)	156
Tabelul 5.9 Cheltuielile publice pentru prestațiile în numerar, 2011	157

REZUMAT EXECUTIV

România se confruntă cu o transformare socio-economică profundă datorată schimbărilor demografice fără precedent. Pe de o parte, este de așteptat ca ponderea populației de 65 de ani și peste să se dubleze de la 15 procente la 30 de procente 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 între 20 și 64 de ani, urmând o scădere de 30 de procente până în anul 2060, aceasta fiind una dintre cele mai accentuate scăderi din UE. O presiune suplimentară este exercitată de excluziunea romilor de pe piața muncii, unul dintre grupurile minoritare cele mai mari, mai tinere și cu creșterea cea mai dinamică, precum și de emigrația netă accentuată, care, în ultimul deceniu, a redus cohorta cu vârste cuprinse în prezent între 25 și 30 de ani cu aproape 20 de procente. Aceste tendințe sunt chiar mai pronunțate în zonele rurale, unde numărul de persoane vârstnice raportat la o persoană 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 cap de locuitor și ar putea tempera perspectivele generale de creștere economică. Această tendință creează de asemenea o provocare în ce privește recrutarea numărului necesar de lucrători în serviciile de sănătate și asistență pentru vârstnici, în special în localitățile mai îndepărtate.

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

Ancorată în procesul de aderare la UE, România continuă să se îndrepte spre același nivel al veniturilor și standard de viață ca în celelalte State Membre UE, deși recenta criză economică a încetinit acest proces. Pentru a reveni pe calea unei creșteri economice mai mari, România și-a propus ca țintă atingerea unui procent de 70 la sută 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 procentul actual de 64 la sută. Un alt obiectiv constă din reducerea numărului de persoane care prezintă risc de sărăcie sau excluziune socială cu 580.000 în aceeași perioadă.

Aceste obiective sunt stabilite în Programul Național de Reformă (PNR) al României și sunt sprijinite de UE, care consideră conceptul de Îmbătrânire activă un element esențial pentru atingerea obiectivelor strategice ale Europei pentru 2020. Pentru creșterea coerenței dintre angajamentele de politici făcute în contextul Strategiei Europa 2020 și investițiile de la fața

locului, CE a adoptat Cadrul Strategic Comun pentru politica de coeziune pentru perioada 2014-2020, care, printre alte măsuri, stabilește adoptarea unei Strategii privind Îmbătrânirea activă drept una dintre condiționalitățile ex-ante pentru a beneficia de sprijin financiar din Fondurile Europene de investiții structurale.

Pentru a sprijini și mai mult agendele naționale în domeniul Îmbătrânirii active, Comisia Europeană oferă de asemenea instrumente statistice utile și un cadru de politică privind îmbătrânirea activă. Indicele privind îmbătrânirea activă (AAI)¹ a fost creat ca o măsură de sinteză a situației actuale în patru domenii aferente îmbătrânirii active în fiecare țară membră UE, respectiv 1) angajarea, 2) participarea socială, 3) o viață independentă, sănătoasă și în siguranță și 4) capacitatea și mediul care să permită îmbătrânirea activă. Ancheta specială Eurobarometru #378 referitoare la Îmbătrânirea activă reprezintă un alt instrument util dezvoltat pentru înțelegerea opiniilor și atitudinilor cetățenilor europeni cu privire la persoanele vârstnice. În stabilirea agendei sale privind Îmbătrânirea activă, România poate beneficia și de liniile directe privind politica referitoare la îmbătrânirea activă agreate de Consiliul Uniunii Europene în 2012.

În acest context, România a început să elaboreze o Strategie pentru protecția persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii active care acoperă patru domenii de politici: 1) prelungirea duratei de viață și îmbătrânirea sănătoasă; 2) promovarea angajării la vârste mai înaintate; 3) creșterea participării sociale și politice a grupurilor de persoane vârstnice și 4) scăderea dependenței persoanelor vârstnice și îmbunătățirea serviciilor de îngrijire de lungă durată. Elaborarea Strategiei pentru protecția persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii active se va baza, printre alte surse de informații, pe analiza socio-economică prezentată în acest document. Rezumatul principalelor constatări și al opțiunilor de politici este prezentat mai jos, urmărind structura raportului.

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

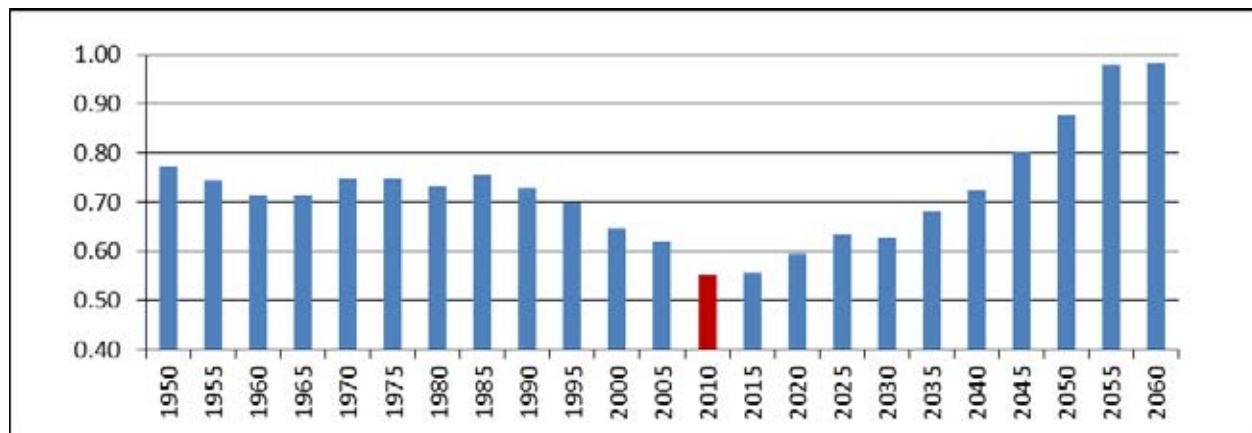
Raportul de dependență demografică, definit ca numărul de persoane în vârstă de 65 de ani și peste la fiecare 100 de persoane cu vârsta cuprinsă între 20 și 64 de ani, a fost relativ stabil și s-a situat la o medie de 75 între 1950 și 1990. Între 1990 și 2010, acest raport a scăzut la 55, datorită cohortelor numeroase născute după anii 1960 care au intrat în rândul populației în vârstă de muncă². Această evoluție a reprezentat un important pas înainte pentru economia României.

¹ Indicele privind îmbătrânirea activă (AAI) este rezultatul unui proiect comun desfășurat în 2012 de Direcția generală pentru ocuparea forței de muncă, afaceri sociale și incluziune a Comisiei Europene, împreună cu Unitatea Populație din cadrul UNECE și Centrul european pentru politici de bunăstare socială și cercetare din Viena.

² Fenomenul „baby boom” a fost cauzat de interzicerea avorturilor și introducerea unui set de politici favorabile natalității în 1966.

Totuș, tendință 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 1 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; fluxuri puternice de emigrare în ultima decadă și o tendință de mai multe decenii de creștere a speranței de viață.

Figura 1. Raportul de dependență demografică în România

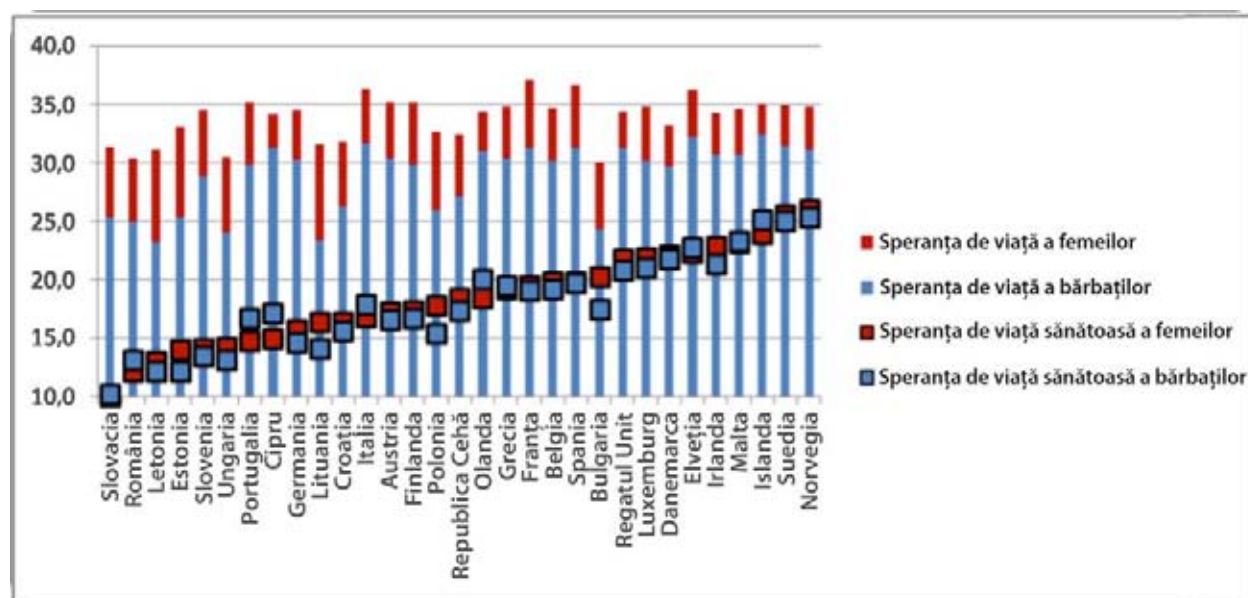


Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația.

Deși se preconizează că în general, populația în vârstă de muncă din România va scădea, procentul reprezentat de minoritatea romă va crește: conform estimărilor pentru populația romă în prezent un procent cuprins între 6% și 20% din tineri sunt de etnie romă. Acest grup minoritar se confruntă cu excludere de pe piața muncii, care, dacă va continua, va contribui la o scădere și mai rapidă a populației cu loc de muncă decât cea sugerată de estimările demografice la nivel național.

Mediile naționale privind fertilitatea, speranța de viață și migrația ascund cel mai probabil alte inegalități considerabile în privința educației și statutului socio-economic. Îmbătrânirea populației are de asemenea o dimensiune regională și urbană-rurală pronunțată în timp ce zonele urbane beneficiază de migrația internă a populației tinere, regiunile rurale rămân să suporte dificultățile crescute ale furnizării de servicii sociale pentru persoanele vârstnice. De asemenea, regiunile rurale se confruntă cu complexitatea și lipsa resurselor umane pentru furnizarea de servicii medicale și sociale care populația vârstnică izolată. Cheltuielile cu pensiile, care se ridică la 7% din PIB, sunt de asemenea favorabile în principal familiilor urbane, care tind să fie mai bine acoperite de sistemul de pensii și care sunt eligibile pentru obținerea unor prestații mai mari, ceea ce stimulează 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 îmbătrânirii ar trebui distribuite într-un mod mai echitabil între comunitățile urbane și rurale.

Figura 2. Sferanță de viață (SV) și Sferanță de viață sănătoasă (SVS) la vârsta de 50 de ani



Sursa: Eurostat, date din 2011

Profilul epidemiologic actual al României, cu excepția populației de etnie romă reflectă în mare parte profilul celorlalte țări UE. Acesta este caracterizat de o prevalență redusă a bolilor infecțioase și de un procent în creștere al bolilor cardiovasculare (boli de inimă și atac cerebral), cancer și a febrilor care apar din cauze externe, inclusiv violență și vătămări. Ca în majoritatea țărilor UE, numărul în creștere de persoane obeze și supraponderale sporește presiunea asupra costurilor aferente serviciilor de sănătate și îngrijire pentru persoanele cu dizabilități asociate, inclusiv diabetul de tip 2, care reprezintă una dintre bolile cronice cu cele mai mari costuri în lumea occidentală. În general, bolile generate de factori de stil de viață care pot fi prevenite 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 mortalitatea totală în România. Slăbirea funcției cognitive reprezintă de asemenea o condiție prevalentă în societatea în curs de îmbătrânire. De fapt, cel puțin jumătate din numărul total de cazuri de demență în rândul persoanelor vârstnice sunt cauzate de maladia Alzheimer.

Cu toate acestea, românii din România, prezintă un profil epidemiologic diferit și suferă din cauza unei stări mai proaste de sănătate decât populația generală. Pe lângă faptul că speranța de viață a acestora este mult mai mică, aceștia se confruntă cu riscuri mai mari de boli infecțioase și de boli cronice. Factorii care stau la baza acestei stări mai proaste de sănătate includ condițiile de trai mai precare, adoptarea unor comportamente ce implică riscuri mari și folosirea ineficăc a serviciilor de îngrijire a sănătății disponibile.

Având în vedere acești factori, probabil că îmbătrânirea populației va contribui la creșterea presiunii asupra cheltuielilor de sănătate în România, care în prezent nu sunt încă foarte ridicate. Pentru ca populația să ajungă la o viață sănătoasă și productivă mai lungă, România ar trebui să investească în prevenirea, detectarea timpurie și tratamentul bolilor cronice, precum și în revizuirea politicilor sale farmaceutice cu privire la prescripția de medicamente de uz general și la stabilirea prețului medicamentelor. O atenție deosebită trebuie acordată reducerii consumului de tutun și alcool și promovării alimentației sănătoase și sportului, inclusiv în rândul persoanelor în vârstă, 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 va trebui de asemenea să se concentreze mai mult asupra medicilor geriatri și de familie, care să fie bine echipați pentru a gestiona mai multe boli cronice și slăbirea funcțiilor cognitive în principal în secții de ambulatoriu.

Munca la vârste mai înaintate

Populația vârstnică reprezintă o resursă slab folosită a economiei României și va fi dificil, dacă nu imposibil, ca țara să își atingă obiectivul de 70 de procente de ocupare a forței de muncă fără să recurgă la această populație. În România, rata de ocupare a populației cu vârsta între 25 și 54 de ani este cu numai 2 procente mai mică decât media din UE, în timp ce aceeași rată pentru populația cu vârsta între 55 și 64 de ani este cu 9 procente mai mică, chiar și cu o creștere artificială semnificativă³. În zonele urbane, aproape jumătate din întreaga populație cu vârsta între 18 și 64 de ani și care nu urmează o formă de învățământ, formare sau fără contract de muncă se încadrează în intervalul de vârstă de la 55 la 64 de ani.

O reducere semnificativă a numărului de persoane angajate oficial începe încă de la vârsta de 50 - 54 de ani. În acest interval, 20 la sută dintre femei și 17 la sută dintre bărbați sunt deja pensionați, majoritatea prin programul de invaliditate, de obicei asumându-și statutul de pensionar permanent. În ciuda reformelor bine-intenționate din 2005, care au înăsprit condițiile de eligibilitate ale pensionării pentru limită de vârstă, pensionarea anticipată prin programul de pensionare pentru limită de vârstă rămâne la un nivel ridicat. Între vârstele de 55 și 59 de ani, cu până la cinci ani înainte de vârsta legală de pensionare, există deja 2,5 femei pensionare pentru fiecare femeie angajată. În mod similar, între vârstele de 60 și 64 de ani, cu până la cinci ani

³ Statisticile privind ocuparea forței de muncă includ proprietarii de teren și familiile lor în categoria de persoane ocupate, clasificând mulți fermieri care desfășoară activități agricole de subzistență și de mică intensitate ca persoane care desfășoară activități independente și lucrători familiali neplătiți. Acest lucru conduce în mod special la creșterea ratelor de ocupare a forței de muncă la vârste mai înaintate, deoarece cea mai mare parte a populației vârstnice a României este din mediul rural. Aceeași creștere artificială determină ca Indicele privind îmbătrânirea activă să situeze România în partea superioară a clasamentului privind măsurarea ocupării forței de muncă la vârste mai înaintate.

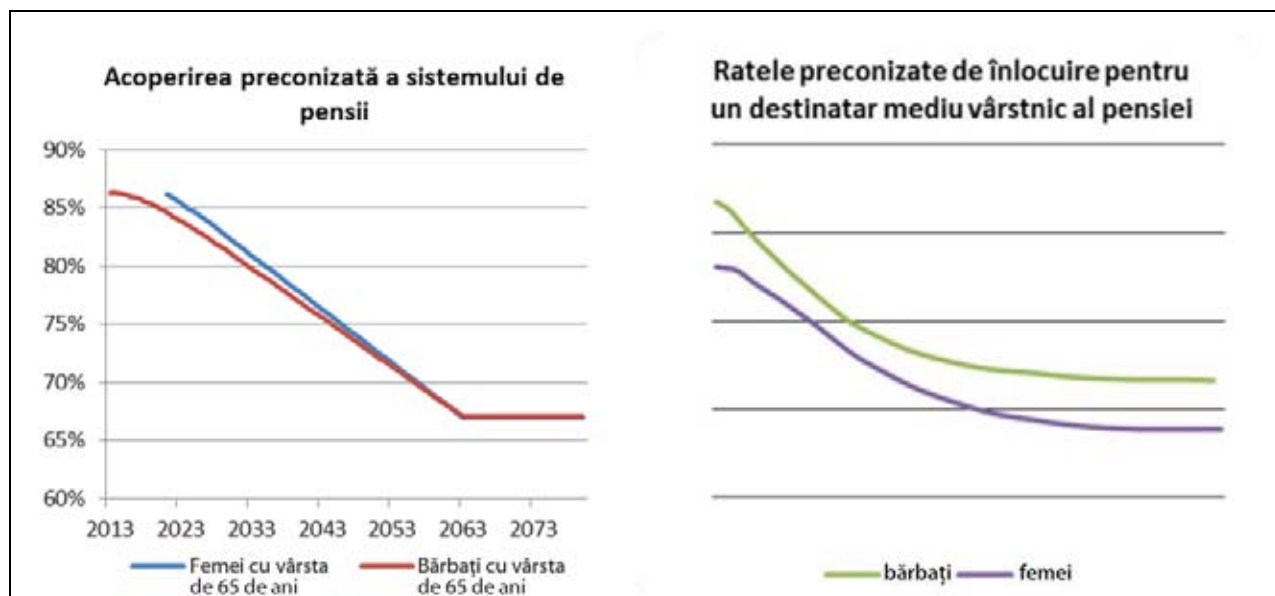
înainte de vârsta legală de pensionare pentru bărbați, există deja 4,5 bărbați pensionari pentru fiecare bărbat angajat. Un aspect important constă în faptul că numărul persoanelor fără pensie sau venit din salarii nu crește chiar înaintea vârstelor legale de pensionare, sugerând că regulile de eligibilitate pentru pensionare anticipată ar putea fi și mai mult înăsprite fără a crea, în mod inechitabil, o povară grea asupra cohortelor cu vârsta apropiată de pensionare.

În plus, tranziția de la angajarea cu normă întreagă la pensia completă în România este foarte abruptă, fără rute semnificative care trec prin pensionare parțială, care ar combina mai puține responsabilități, o muncă mai ușoară, mai puține ore de muncă și munca voluntară cu primele venituri din pensie. Dat fiind că rata sărăciei în România este mai scăzută în rândul populației cu vârsta de 50 de ani și peste, se poate argumenta că oportunitățile de locuri de muncă nu sunt foarte necesare pentru persoanele care sunt eligibile pentru pensie. Totuși, ar trebui încurajată suplimentarea veniturilor din pensie prin muncă, deoarece rezultatele nu pot fi decât 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 un anumit tip de pensie, este de așteptat ca acoperirea sistemului de pensii să scadă în rândul persoanelor care urmează să se pensioneze în curând și, în special, în rândul cohortelor de vârstă mijlocie. Situația este și mai dificilă în zonele rurale, unde din anul 2000 nu mai sunt acordate pensii noilor agricultori. Deși are un nivel mai mare, această acoperire va scădea și în zonele urbane datorită proporției scăzute a populației în vârstă de muncă plătitore de contribuții de asigurări sociale în ultimele două decenii. În plus, din moment ce formula actuală de calculare a pensiei stabilește o legătură strânsă între pensii și contribuții, fără nicio garanție semnificativă privind pensia minimă, în încercarea de a îmbunătăți sustenabilitatea 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 (a se vedea Figura 3).

Evoluția situației din zonele rurale va pune serios în pericol atingerea obiectivelor României pentru anul 2020 privind sărăcia și ridică întrebarea privind modul în care va fi abordat riscul de sărăcie la vârstă înaintată. În zonele urbane, recursul la piața muncii pentru a oferi venituri suplimentare la vârste înaintate va deveni din ce în ce mai important, dat fiind rolul viitor din ce în ce mai mic al sistemului de pensii. Deja poate fi observat un interes sporit în cariere îndelungate din partea femeilor, a persoanelor cu educație ridicată și a persoanelor care au dificultăți în a-și plăti facturile.

Figura 3. Se preconizează că acoperirea și generozitatea sistemului de tip redistributiv (PAYG) vor scădea⁴



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

Până în prezent, s-au făcut progrese semnificative în creșterea vârstelor efective de pensionare în România, însă planurile viitoare pentru continuarea acestui proces nu sunt foarte ambicioase, vârsta legală de pensionare pentru femei ajungând la 63 de ani abia în 2030. Ar putea fi făcute progrese suplimentare prin înăprirea opțiunilor de pensionare anticipată utilizate mai mult de bărbați, și prin creșterea mai rapidă a vârstei legale de pensionare pentru femei pentru egalizarea completă a acestora cu vârsta de pensionare pentru bărbați la 65 de ani. Rezultate mai bune în privința opțiunilor de pensionare anticipată ar putea fi obținute prin înăprirea normelor de eligibilitate pentru pensionare anticipată și prin stabilirea corespunzătoare a costurilor reducerilor de beneficii asociate pensionării anticipate, oferind în același timp o plasă de siguranță mai bună și oportunități de recalificare, precum și creșterea posibilității de suplimentare a pensiei cu venituri din muncă⁵.

În plus, legea privind vârsta obligatorie de pensionare trebuie abrogată și trebuie utilizate politici de resurse umane care să ia în considerare vârsta, inclusiv: monitorizarea distribuției lucrătorilor și a persoanelor concediate în funcție de vârstă; investiții în programe de promovare a sănătății pentru lucrători; oferirea de oportunități pentru actualizarea și dezvoltarea abilităților; asigurarea rotației angajaților pentru a sprijini învățarea și adaptabilitatea acestora; și oferirea mai multor oportunități de lucru cu normă redusă pentru lucrători mai în vârstă. Lucrătorii mai tineri vor

⁴ 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 pentru handicap.

⁵ În prezent, persoanele pensionate anticipate nu pot combina veniturile din salarii cu cele din pensii.

avea de asemenea de câștigat în urma desfășurării activității alături de lucrători cu mai multă experiență. Introducerea consilierii obligatorii înaintea pensionării (inclusiv în grup, pentru creșterea eficienței) ar fi benefică. Guvernul, fiind cel mai mare angajator din țară, ar trebui să conducă această agendă și să consolideze legile împotriva discriminării pe motive de vârstă la locul de muncă și în afara acestuia. De asemenea, ar putea fi garantată reducerea ratelor de asigurări sociale plătite de lucrătorii vârstnici și de angajatorii lor.

Armonizarea procedurilor de certificare a dizabilităților pentru alocația pentru dizabilități și pensia de invaliditate și unificarea cadrului instituțional reprezintă unul dintre obiectivele Guvernului, sprijinite de Banca Mondială. Unificarea sistemului are drept scop reducerea semnificativă a dublării serviciilor, reducerea costurilor administrative, îmbunătățirea eficienței generale și imparțialitatea rezultatelor. Totuși, chiar și cu proceduri, baze de date și monitorizări mai bune, sistemul va continua să întâmpine probleme, având în vedere stimulentele semnificative pentru obținerea certificatelor de invaliditate, în special de către persoanele care nu au vechime suficientă pentru a fi eligibili pentru o pensie la limită de vârstă. În conformitate cu o decizie recentă a Curții Constituționale, pensia de invaliditate poate fi solicitată relativ ușor, deoarece perioada de cotizare necesară⁶ a fost redusă la o singură zi. Trebuie să existe niște rute de parcurs de la invaliditate înapoi în câmpul muncii, inclusiv posibilitatea angajării cu normă redusă pentru persoanele cu dizabilități.

Asigurarea unor medii de lucru sănătoase și adaptate vârstnicilor, 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 forța de muncă din România îmbătrânește. Angajatorii și factorii de decizie trebuie să monitorizeze sănătatea angajaților și să intervină din timp prin consiliere și ajustări necesare, astfel încât sănătatea să poată fi redobândită iar pensionările să fie amânate. De asemenea, este important să se conștientizeze ajustările necesare la locul de muncă pentru angajații vârstnici și cu dizabilități, deoarece aceste ajustări nu sunt doar în beneficiul lucrătorilor, ci cresc și productivitatea firmelor. Majoritatea schimbărilor utile de la locul de muncă nu sunt foarte costisitoare. Unele dintre ele pot fi implementate cu surplusul din Fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

Învățarea pe tot parcursul vieții reprezintă un alt obiectiv esențial necesar pentru a avea o viață profesională mai lungă. În România, populația cu calificare mai scăzută începe să-și piardă ponderea în angajare încă de la vârsta de 50 - 55 de ani. Probabil că acest fenomen nu se va schimba cel puțin încă 15 ani dacă lucrătorii de vârstă mijlocie și cei mai în vârstă și angajatorii lor nu sunt convinși de beneficiile învățării pe tot parcursul vieții. Este necesară construirea unei baze solide pentru învățarea pe tot parcursul vieții pentru tinerii din România, în special pentru cei de etnie romă și pentru cei din mediile rurale, în vederea prelungirii pe viitor a duratei vieții

⁶ Perioada de cotizare se referă la o cerință conform căreia contribuțiile de pensii trebuie plătite o anumită perioadă de timp înainte ca o persoană să fie eligibilă pentru un beneficiu, în acest caz pensia de invaliditate.

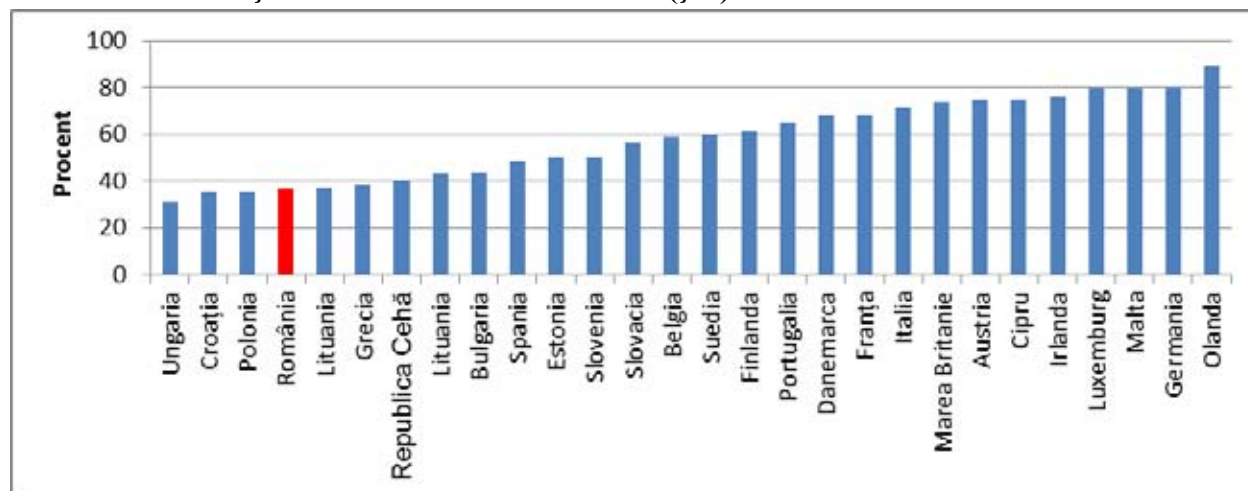
productive a acestora. Strategia Guvernului român privind învățarea pe tot parcursul vieții include investiții masive în centre comunitare de învățare, care se preconizează că vor oferi educație și formare, vor disemina informații și vor ajuta la dezvoltarea personală a populației vârstnice, printre altele. De asemenea, centrele vor oferi locuri de muncă, adesea foarte potrivite pentru persoanele vârstnice. O provocare va fi asigurarea faptului că resursele sunt utilizate eficient, necesitând o monitorizare clară a rezultatelor educației și formării.

Participare socială

În ciuda tuturor provocărilor, îmbătrânirea populației oferă de asemenea o oportunitate societății românești. Îmbunătățirile suplimentare în domeniul sănătății și educației, precum și un număr mai mare de persoane având timp la dispoziție vor oferi României un grup de pensionari capabili să contribuie semnificativ la dezvoltarea societății române prin participarea lor socială. Implicarea civică, atât prin rețele sociale formale și informale, a fost pusă în legătură cu îmbunătățiri 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, a riscului redus de depresie și a longevității. Participarea socială sub formă de implicare civică și voluntariat contribuie și la bunăstarea destinatarilor acestor eforturi; de exemplu, în cadrul activităților educative, copiii beneficiază foarte mult de acest lucru. De asemenea, implicarea civică prin intermediul asistenței sociale neplătite oferă un beneficiu economic enorm comunităților care funcționează cu un buget restrâns și care au nevoi sociale crescute. În România, se estimează că valoarea economică a contribuțiilor civice ale adulților în vârstă, în special în ce privește îngrijirea copiilor și a vârstnicilor, depășește 2 procente din PIB. Prin urmare, participarea socială poate fi considerată cu adevărat o propunere reciproc avantajoasă, subliniind importanța adoptării unor reforme care să promoveze mai multe oportunități de participare socială în rândul adulților mai în vârstă.

Gradul actual de participare socială în rândul populației vârstnice în România, comparativ cu țările UE28, utilizând componentele legate de Participarea socială din Indicele privind îmbătrânirea activă, lasă loc considerabil pentru îmbunătățiri. România se clasează aproape de capătul inferior al UE28 în ce privește orele de voluntariat prestate de populația vârstnică, semnalând percepții negative puternice la nivelul societății referitoare la voluntariat în general (a se vedea Figura 4). Nivelul de participare politică în România o plasează în treimea inferioară a națiunilor UE28. Nivelul de îngrijire acordată adulților vârstnici și copiilor și nepoților plasează România mai sus, aproape de limita inferioară a treimii din mijloc a țărilor, deși, cel mai probabil, motivul principal pentru această clasare superioară este efectul unor sisteme formale de îngrijire slab dezvoltate și nu neapărat un semn de participare socială voluntară. Numai în privința nivelului general de conectare socială, România se află mai aproape de media UE.

Figura 4. Procentul de populație cu vârsta de 60+ care consideră că persoanele cu vârsta de 55+ au o contribuție semnificativă ca voluntari în țara



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

Aceste rezultate pot fi explicate prin bariere semnificative de natură politică, culturală și socio-demografică în calea unei participări sociale mai frecvente și extinse. În prezent, cultura română nu sprijină voluntariatul iar voluntariatul nu este puternic la nivelul comunității deoarece comunitățile nici nu salută implicarea și nici nu oferă posibilități de implicare. În mod încurajator, conotația negativă a voluntariatului pare să dispară în rândul cohortelor mai tinere care nu au trăit în epoca comunistă. În afară de impactul negativ îndelungat al moștenirii comuniste, în ultimii ani a existat un suport legislativ minim în favoarea voluntariatului. Ceea ce face lucrurile încă și mai grele este faptul că născut guvernul român nu pare să promoveze voluntariatul sau să apeleze la talentul și expertiza voluntarilor mai vechi. Dificultățile financiare, nivelul scăzut al educației, precum și rezidența în zonele rurale au fost de asemenea citate ca impedimente esențiale în calea participării sociale în rândul adulților mai în vârstă. Starea de sănătate precară și legile privind dizabilitățile care descurajează recuperarea după boală și care hiar promovează refuzul tratamentului operează de asemenea împotriva participării sociale.

România ar avea de câștigat de pe urma introducerii unui Oficiu de servicii comunitare, responsabil cu creșterea vizibilității, rentabilității 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 ar putea fi folosite mai bine 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. În orice mod posibil, România trebuie să privească cu atenție la imaginea îmbătrânirii, la respectul acordat persoanelor vârstnice și la natura relațiilor dintre generații. Politicile și practicile discriminatorie față de persoanele vârstnice exclusiv în baza vârstei lor trebuie analizate cu atenție și eliminate acolo unde nu sunt necesare. Mai multe oportunități 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 participa în societate. În final, reducerea barierelor în calea participării legate de venituri, de starea de sănătate și de infrastructură ar conduce fără îndoială la creșterea nivelului voluntariatului.

Pentru a stabili dacă se înregistrează progrese, ar trebui să existe un sistem de date pentru monitorizarea aspectelor sociale și de comportament (precum și a celor biomedicale) ale îmbătrânirii. De asemenea, ar trebui elaborate și desfășurate anchete și analize pentru a documenta dacă și modul în care situația sănătății, situația economică și socială a membrilor vârstnici ai minorităților etnice diferă de cele ale membrilor grupurilor vârstnice majoritare de etnici români.

Independență sporită în îngrijirea de lungă durată

Sistemul de îngrijire de lungă durată (ÎLD) din România este destul de tânăr, identitatea acestuia fiind încă puțin dezvoltată, necesitând mai multe dezbateri publice pentru definirea unei viziuni mai clare. În prezent, sistemul este caracterizat de politici și practici relativ puțin dezvoltate, dat fiind nivelul de finanțare, dimensiunea și calitatea facilităților și serviciilor, precum și acoperirea și cadrul de reglementare. Nivelul de furnizare formală de servicii de ÎLD este scăzut, iar sistemul este fragmentat în diviziuni de servicii de sănătate/sociale, distincții între persoane cu dizabilități și persoane vârstnice, precum și în funcție de jurisdicții, accesul la servicii fiind inegal. Prin urmare, o povară grea pentru furnizarea de îngrijire cade pe membrii familiei, fără să existe vreo structură majoră de sprijin. Normele culturale istorice de furnizare de îngrijire de către familie au fost slăbite în perioada recentă de fluxurile puternice de emigrație și de crearea unei imagini negative a persoanei vârstnice caracterizată prin fragilitate și trecutul comunist. Prin urmare, implicarea comunitară inaugurată de ONG-uri în domeniul ÎLD este foarte binevenită.

Este nevoie de o coordonare mai bună în furnizarea de servicii de îngrijire de lungă durată în România între Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, consiliile județene și locale, ONG-uri, furnizorii privați de servicii de îngrijire, spitale, medici generaliști, farmaciști, îngrijitori informali și persoane care au nevoie de îngrijire. Printre alte aspecte, trebuie abordate mecanismele de autorizare și acreditare, inclusiv asigurarea calității, și trebuie pus un accent mai puternic pe prevenire și reabilitare. Exemple de succes din alte țări oferă modalități pentru creșterea cooperării la nivelul comunității locale, pentru structurarea integrării formale a îngrijirii medicale și serviciilor sociale și pentru a oferi stimulente pentru plasarea rapidă a persoanelor care au nevoie de îngrijire în locurile cele mai potrivite.

Infrastructura actuală pentru furnizarea formală de îngrijire de lungă durată constă din centre de îngrijire și cămine de bătrâni, centre de îngrijire 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 căminele de bătrâni sunt caracterizate atât de capacitatea scăzută de utilizare cât și de liste lungi de așteptare, iar centrele de îngrijire de zi par să fie foarte puțin utilizate în multe cazuri. Serviciile îngrijitorilor profesioniști sunt foarte căutate, însă nu beneficiază de finanțare suficientă și nu au personal suficient, în timp ce instituția „asistenților personali“, ca formă de îngrijire formalizată la nivelul familiei, a crescut ca importanță din 2006. Integrarea persoanelor care au nevoie de îngrijire în viața comunității și crearea unui mediu care să le permită să trăiască acasă cât de mult posibil rămâne principala provocare și principalul scop al sistemului de îngrijire de lungă durată. Exemplele din Danemarca și Olanda referitoare la locuințele sociale pentru vârstnici, servicii de reabilitare și prevenire, precum și servicii comunitare integrate de sănătate și sociale oferă opțiuni utile de luat în considerare.

Fluxul de informații și tranziția fără probleme a unei persoane prin diferite rute de îngrijire reprezintă o parte complicată, însă crucială, a unui sistem de îngrijire de lungă durată. În prezent, nevoile de îngrijire în România sunt stabilite în baza unei „Grile naționale integrate de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice“, în baza căreia este atribuită eligibilitatea pentru trei niveluri diferite de îngrijire. Totuși, evaluarea se îndreaptă mai degrabă către atribuirea de îngrijire decât către promovarea auto-îngrijirii și reabilitării. Comunicarea dintre spital și îngrijirea la domiciliu lipsește de asemenea. Exemple bune de la nivel internațional referitoare la practicile integrate de îngrijire la domiciliu și externare din spital, utilizarea tehnologiei pentru comunicarea dintre furnizori și stabilirea unor puncte unice de acces la serviciile integrate pot fi utilizate pentru dezvoltarea acestui domeniu.

De asemenea, România se confruntă și cu o provocare majoră în recrutarea, instruirea și păstrarea numărului necesar de personal cu abilități și calificări relevante. Recent, multe ONG-uri au avut un rol determinant în furnizarea de formare pentru îngrijitori, însă sistemul se confruntă cu „scurgeri“ semnificative de absolvenți către alte țări UE în care există o cerere mare de servicii de îngrijire la salarii mult mai mari. În prezent, numărul de asistente din România reprezintă doar jumătate din numărul mediu de asistente 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. Apelarea într-o măsură mai mare la pensionari mai tineri care să lucreze cu normă redusă ca îngrijitori poate reprezenta o altă opțiune interesantă de explorat.

Cheltuielile publice totale ale României pentru îngrijirea de lungă durată s-au situat la 0,69% din PIB în 2011. Facilitățile rezidențiale sunt finanțate din impozitele generale de consiliile județene sau locale și de fonduri private, existând o mare varietate a finanțării, ce include facilități publice și cele conduse de ONG-uri. Îngrijirea cu asistență la domiciliu după un episod acut este finanțată complet de Asigurările de sănătate pentru primele 90 de zile, după care serviciile de îngrijire pot fi furnizate de un ONG sau pot fi finanțate prin subvenții publice și fonduri private. Modelul „asistentului personal“ care a fost utilizat în România este finanțat complet din fonduri

publice și tinde să fie o soluție costisitoare, deși este necesară o analiză aprofundată pentru a ajunge la concluzii mai solide. În final, prestațiile în bani, care includ indemnizații de însoțitor și „bugetul personal” suplimentar, implică sume mici de bani pentru un grup relativ larg de beneficiari, având ca rezultat costuri substanțiale pentru bugetul asigurărilor sociale. În continuare, vor trebui luate decizii privind modul în care trebuie ajustată combinația actuală de finanțare, modul de a strânge resurse suplimentare și modul de a face modelul de finanțare compatibil cu nivelurile preferate ale prestațiilor, regulile privind eligibilitatea prestațiilor, precum și stimulente corespunzătoare.

Concluzii

Datele existente și noile date colectate pentru acest raport conduc la următoarele concluzii:

- Activarea populației vârstnice și asigurarea unei vieți mai sănătoase, mai productive, participative și independente este de o importanță esențială atât pentru cohortele mari de persoane care ajung la vârste înaintate cât și pentru dezvoltarea macroeconomică viitoare a țării.
- Îmbătrânirea mai sănătoasă reprezintă o premisă pentru o viață mai lungă și activă și implică o atenție urgentă acordată măsurilor preventive, detectării timpurii și tratamentului bolilor cronice. 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 rate de ocupare a forței de muncă semnificativ mai mari în rândul populației vârstnice. Oportunitățile de angajare la vârste mai înaintate vor deveni de asemenea din ce în ce mai necesare deoarece amprenta sistemului de pensii se contractă încet, atât în ce privește acoperirea, cât și în ce privește nivelurile relative ale pensiilor. Pentru a face progrese, condițiile de eligibilitate pentru pensionare trebuie înăsprite, procedurile de certificare a invalidității trebuie consolidate, iar învățarea pe tot parcursul vieții trebuie promovată. Angajatorii, inclusiv Guvernul, trebuie să asigure condiții de muncă mai sănătoase și să-și revizuiască politicile de resurse umane.
- Participarea socială prezintă beneficii atât pentru furnizorii cât și pentru destinatarii eforturilor de voluntariat. Se estimează că valoarea economică a contribuțiilor civile ale adulților mai în vârstă depășește 2 procente din PIB. Totuși, percepțiile la nivelul societății cu privire la voluntariat sunt încă destul de negative, necesitând eforturi concertate din partea Guvernului, a organizațiilor de persoane vârstnice, a mass-mediei și a angajatorilor pentru a-l face mai vizibil, mai rentabil și mai atractiv.
- Sistemul de îngrijire de lungă durată din România este destul de tânăr și nu și-a dezvoltat încă propria identitate. Este important să se asigure dezvoltarea acestuia în direcția integrării persoanelor care au nevoie de îngrijire în viața comunității și a creării unui mediu care să le

permită să trăiască acasă cât de mult posibil. Prevenirea și reabilitarea trebuie să devină scopuri importante ale sistemului modern de îngrijire de lungă durată.

- În sfârșit, politicile privind îmbătrânirea activă pot avea rezultate de succes numai dacă sunt implementate pe baza unei abordări sistemice trans-sectoriale: investițiile necesare în domeniul sănătății s-ar putea dovedi foarte mari, dacă anii de viață sănătoasă rezultați în urma acestora nu sunt valorificați din punct de vedere al productivității; înăsprirea condițiilor de eligibilitate pentru pensionare se poate dovedi o măsură neproductivă, în condițiile în care discriminarea pe piața muncii continuă să existe; dezvoltarea abilităților în zonele rurale nu va funcționa fără un bun sistem rutier și de transport și fără o productivitate sporită în domeniul agriculturii; participarea socială crescută și construirea unui trai independent vor fi greu de realizat dacă mediul public nu devine mai accesibil; furnizarea de servicii adecvate de îngrijire de lungă durată ar putea implica regândirea structurii finanțelor publice; iar eșecurile privind îmbunătățirea sistemului de învățământ ar putea duce la restrângerea bazei de impozitare și la un acces mai redus la programele sociale de care are nevoie societatea românească în curs de îmbătrânire. Toate aceste sectoare legate între ele necesită investiții importante, dar va fi nevoie de alegeri potrivite și de o viziune pe termen lung, dincolo de orizontul 2020, în vederea identificării priorităților de investiții pentru perioada 2014-2020 într-un mediu caracterizat de resurse financiare restrânse.

Dovezile prezentate în acest raport trebuie să ajute la crearea fundației pentru dezbaterile publice referitoare la politicile de îmbătrânire activă și la stabilirea priorităților în baza cărora poate fi dezvoltată Strategia pentru protecția persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii active.

CAPITOL 1 INTRODUCERE

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. Scopul politicilor elaborate pentru implementarea acestui concept este de a reduce îmbătrânirea fizică prematură, 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 crea o societate mai cuprinzătoare în care toate persoanele, de toate vârstele, să joace un rol și să aibă posibilitatea de a contribui din punct de vedere economic și social.

A. Contextul demografic și macroeconomic în România

România se confruntă cu o transformare socio-economică profundă datorată schimbărilor demografice fără precedent. Procesul de îmbătrânire a populației a fost rezultatul îmbunătățirilor constante în ceea ce privește speranța de viață și al scăderii ratelor de fertilitate în ultimele patru decenii. Aceste două tendințe demografice combinate modifică rapid componența pe vârste a societății românești. Proiecțiile Diviziei pentru populație a Națiunilor Unite arată că, în deceniile următoare, este de așteptat că numărul persoanelor cu vârsta peste 65 de ani va crește semnificativ, în timp ce populația în vârstă de muncă, definită ca persoanele cu vârsta între 20 și 64 de ani, va cunoaște o scădere accentuată începând cu 2014, după o perioadă îndelungată de creștere. Procesul de îmbătrânire demografică în România este accelerat și mai mult de o creștere dramatică mai recentă a emigrației nete în rândul grupurilor cu vârste tinere.

Conform previziunilor, România va cunoaște una dintre cele mai accelerate scăderi ale populației în vârstă de muncă din Uniunea Europeană, iar această tendință va impune probabil o povară grea asupra economiei. Conform previziunilor Eurostat referitoare la populație, se preconizează că populația în vârstă de muncă din România, cu vârsta între 20 și 64 de ani, va scădea cu 30 de procente până în anul 2060. Raportul de dependență al populației vârstnice, respectiv raportul dintre numărul de persoane vârstnice (65 de ani și peste) și numărul de persoane în vârstă de muncă (20 - 64 de ani) este preconizat a fi mai mult decât dublu până în 2060: în 2010, erau aproximativ 25 de persoane cu vârsta de peste 65 de ani la fiecare 100 de persoane în vârstă de muncă, iar, conform previziunilor, acest raport va crește la 60 de persoane cu vârsta peste 65 de ani la fiecare 100 de persoane în vârstă de muncă până în 2060. Prin urmare, reducerea segmentului de populație care contribuie la producția economică ar putea avea

ca rezultat o creștere mai mică a venitului pe cap de locuitor și ar putea tempera perspectivele generale de creștere economică.

Schimbările demografice vor pune, de asemenea, presiune asupra situației fiscale a țării, deoarece creșterea rapidă a numărului de persoane vârstnice impune o presiune fiscală crescută asupra sistemelor de pensii publice, sănătate și îngrijire de lungă durată, în contextul unor venituri scăzute din impozitul pe salarii. Se preconizează că numărul vârstnicilor va crește, atât ca număr absolut cât și ca pondere în populația totală, având ca efect o cerere crescută de servicii de sănătate și îngrijire de lungă durată, ridicând probleme serioase referitoare la modul în care vor fi îndeplinite aceste nevoi în creștere. În absența unei reforme, îmbătrânirea demografică poate conduce astfel la rate mai mari ale sărăciei, excluziune socială și dependență în rândul persoanelor vârstnice. (Raportul Comisiei Europene privind îmbătrânirea populației 2012)

În același timp, ancorată în procesul de aderare la UE, România continuă să se îndrepte spre același nivel al veniturilor și standard de viață ca în celelalte state membre UE. Din 2001 până în 2008, economia României a crescut cu o medie de 5-6 procente pe an, reprezentând una dintre cele mai rapide rate de creștere din UE. Procesul de convergență a fost încetinit oarecum în 2008 prin apariția crizei economice globale, însă această creștere poate fi încă observată. În anul 2011, venitul pe cap de locuitor în România a ajuns la 48 la sută din media UE 27, în creștere de la un minim de 26 de procente cu un deceniu în urmă. Această creștere a condus deja la câștiguri semnificative în ce privește reducerea sărăciei și îmbunătățiri ale indicatorilor sociali și economici și, dacă este susținută, va contribui la acoperirea unora dintre costurile generate de îmbătrânirea populației.

Încetinirea recentă a creșterii economice a început la sfârșitul anilor 2000, când economia a început să dea semne de inflație crescută. Cheltuielile guvernamentale au fost de asemenea în creștere. Între anii 2004 și 2008, cheltuielile publice au crescut cu aproximativ 6 procente din PIB, din care 80 de procente au reprezentat cheltuieli curente, în principal salarii din sectorul public și pensii. De fapt, statul de plată pentru sectorul public a crescut cu aproximativ 60 de procente în termeni reali în aceeași perioadă. În același timp, veniturile la buget au rămas la același nivel, la aproximativ 32-34 de procente din PIB, punând o presiune semnificativă pe deficitul fiscal, care a ajuns la 7,3 procente din PIB în 2009.

Dezechilibrele în creștere au expus România crizei economice globale, conducând la reducerea creșterii, punând în pericol stabilitatea macroeconomică și obligând Guvernul României (GR) să adopte măsuri de ajustare fiscală. Implementarea acestor măsuri și gestionarea macroeconomică prudentă au început treptat să dea rezultate. În 2011, economia a început să se redreseze, chiar dacă într-un ritm modest. PIB-ul real a crescut cu 2,5 procente în 2011, susținut de performanța excelentă din sectorul agriculturii și exporturilor. Înăsprirea condițiilor economice în Zona Euro, care a intrat din nou în recesiune, precum și o secetă severă care a afectat producția agricolă au redus din nou creșterea în 2012, chiar dacă a rămas pozitivă, la o valoare estimată de 0,7 procente.

Pentru ca România să se întoarcă la ruta unei creșteri economice mai mari, este imperativ să crească rata de ocupare a forței de muncă ce continuă să fie foarte scăzută în rândul populației cu vârsta între 20-64 de ani, a cărei valoare de 64 de procente a fost printre cele mai mici din UE10 în 2013. Participarea scăzută pe piața muncii înseamnă că populația în vârstă de muncă care nu este pe piața muncii nu generează valoare adăugată și, prin urmare, nu contribuie la creșterea producției. Creșterea ratelor de ocupare a forței de muncă este chiar și mai importantă în contextul unei forțe de muncă în scădere și al îmbătrânirii populației. Cohorta de populație cu vârsta între 55-64 de ani prezintă cel mai mare potențial de a crește numărul lucrătorilor cu 10%.

Pentru a menține stabilitatea macroeconomică, este de asemenea important ca toate cheltuielile aferente persoanelor vârstnice să fie sustenabile, iar acestea să fie încurajate să contribuie pe cât posibil la construirea unei vieți mai sănătoase, mai fericite și mai active din punct de vedere social și mai independente, atât pentru sine cât și pentru comunitățile din care fac parte. Trebuie depuse toate eforturile pentru a ajuta și a permite populației vârstnice să-și îmbunătățească starea de sănătate, să-și sporească gradul de independență și să găsească oportunități de creștere a veniturilor și de participare în cadrul comunității. De asemenea, trebuie făcute eforturi pentru încurajarea populației tinere să devină conștientă de aspectele aferente îmbătrânirii, să-și îmbunătățească propriile experiențe de îmbătrânire în viitor și să nu împiedice eforturile populației mai în vârstă în vederea atingerii acestor obiective.

B. Agenda referitoare la îmbătrânirea activă și cooperarea UE

Cu mai bine de un deceniu în urmă, Organizația Mondială a Sănătății a introdus conceptul de Îmbătrânire activă drept condiție necesară pentru contracararea efectelor negative macro-fiscale și sociale ale îmbătrânirii populației. Pentru a susține cu informații formularea de planuri de acțiune care să promoveze îmbătrânirea activă și sănătoasă, Programul privind îmbătrânirea și ciclul de viață al OMS a dezvoltat un Cadru de politici drept contribuție la A doua Adunare Generală a Națiunilor Unite privind îmbătrânirea, care a avut loc în luna aprilie 2002, la Madrid, Spania (OMS 2002).

Ca o recunoaștere și drept răspuns la îmbătrânirea populației, Uniunea Europeană a adoptat obiectivul promovării îmbătrânirii active: încurajarea persoanelor vârstnice să rămână active lucrând mai mult timp și pensionându-se mai târziu, prin angajarea în activități de voluntariat după pensionare și printr-o viață sănătoasă și autonomă. După cum a fost definită de Organizația Mondială a Sănătății, îmbătrânirea activă reprezintă procesul de optimizare a oportunităților referitoare la sănătate, participare socială și siguranță, cu scopul de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor în vârstă, atât în cadrul forței de muncă, prin amânarea pensionării, cât și în cadrul societății prin participarea la diferite activități sociale, economice, civice sau culturale (Comisia Europeană, 2012, p. 8).

În luna iunie 2010, Consiliul European a aprobat Strategia Europa 2020 care se angajează să realizeze o creștere mai inteligentă, durabilă și favorabilă incluziunii în Uniunea Europeană prin investiții în educație, cercetare și inovație, o economie cu emisii scăzute de carbon, precum și crearea de locuri de muncă și măsuri de reducere a sărăciei. Strategia Europa 2020 coordonează acțiuni strategice care vizează acest obiectiv la nivelul UE și stabilește cinci obiective îndrăznețe în domeniile privind ocuparea forței de muncă, inovație, educație, reducerea sărăciei și schimbările climatice. Pentru măsurarea progresului înregistrat în atingerea acestor obiective, au fost convenite cinci ținte principale la nivelul UE, cu ținte naționale corespunzătoare. Două dintre cele cinci ținte UE 2020, care sunt cele mai relevante pentru conceptul de *Îmbătrânire activă*, sunt *o rată a ocupării forței de muncă de 75 de procente pentru populația cu vârsta între 20-64 de ani (70 de procente pentru România) și cel puțin 20 de milioane de persoane care să nu se mai confrunte cu sărăcia și excluziunea socială sau cu riscul de sărăcie și excluziune socială (cu 580 de mii mai puține astfel de persoane în România).*

Conceptul de Îmbătrânire activă este considerat un element esențial pentru atingerea obiectivelor Strategiei Europa 2020. Acest lucru a fost recunoscut în mod repetat ca fiind soluția cea mai naturală, sensibilă și promițătoare pentru reducerea efectelor schimbării demografice. În anul 2011, Consiliul European a lansat „Parteneriatul european pentru inovare privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate” și a propus declararea anului 2012 ca Anul european al îmbătrânirii active și solidarității între generații, susținând dedicarea Uniunii față de acest aspect. Prin urmare, *Declarația Consiliului privind Anul european al îmbătrânirii active și solidarității între generații (2012): Calea de urmat* a invitat toți actorii relevanți (factori de decizie, societatea civilă, angajatori din sectorul privat) de la nivel național să adopte *Principiile directe pentru îmbătrânire activă și solidaritate între generații* elaborate de Comitetul pentru protecție socială și Comitetul pentru ocuparea forței de muncă.

Pentru creșterea coerenței dintre angajamentele de politici făcute în contextul Strategiei Europa 2020 și investițiile de la fața locului, CE a adoptat Cadrul Strategic Comun (CSC) pentru politica de coeziune pentru perioada 2014-2020, care reprezintă instrumentul principal de investiții UE pentru atingerea obiectivelor Strategiei Europa 2020. Pentru asigurarea faptului că Fondurile CSC au impacturi economice și sociale de durată, Comisia a adoptat o nouă abordare privind utilizarea Fondurilor în această perioadă de programare. Este de așteptat ca o aliniere mai strictă cu prioritățile de politici ale agendei Europa 2020, condiționalitățile macroeconomice și ex-ante, concentrarea tematică și stimulentele pentru performanță să aibă ca efect o cheltuie mai eficientă a fondurilor. Adoptarea unei Strategii privind îmbătrânirea activă reprezintă una dintre condiționalitățile ex-ante care trebuie îndeplinite pentru a accesa sprijinul FSIE în perioada de programare 2014-2020.

În ce privește concentrarea tematică, CSC subliniază unsprezece obiective tematice, fiecare implicând mai multe priorități de investiții cheie. *Îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate* este identificată direct ca prioritatea de investiții #6 la obiectivul tematic #8 *Promovarea ocupării și sprijinirea mobilității forței de muncă*. Alte obiective tematice relevante

pentru conceptul de *Îmbătrânire activă* includ, însă nu sunt neapărat limitate la, obiectivul #9 *Promovarea incluziunii sociale și combaterea sărăciei* și obiectivul #10 *Investițiile în educație, competențe și învățare pe tot parcursul vieții prin dezvoltarea infrastructurii de educație și instruire*. În cadrul Strategiei Europa 2020, aceste trei obiective sunt grupate împreună sub titlul *Provocări în calea dezvoltării oamenilor și societății*.

Acordurile de parteneriat dintre Comisia Europeană și statele membre stabilesc planurile autorităților naționale privind modalitatea de utilizare a finanțării din FSIE pentru 2014-2020. Acestea subliniază obiectivele strategice și prioritățile de investiții ale fiecărei țări, punându-le în legătură cu obiectivele generale ale strategiei Europa 2020 pentru o creștere inteligentă, durabilă și favorabilă incluziunii. În baza lecțiilor învățate din perioada de programare 2007-2013 și a propunerilor legislative ale Comisiei pentru perioada 2014-2020, Comisia a elaborat un document de poziție pentru fiecare stat membru cu privire la dezvoltarea Acordului de parteneriat și a programelor pentru perioada 2014-2020. Documentele de poziție informează statele membre despre opiniile Comisiei referitoare la principalele provocări și priorități de finanțare. De asemenea, acestea stabilesc un cadru pentru dialog între Comisie și fiecare stat membru cu privire la elaborarea acordului de parteneriat și a programelor care vor sta la baza utilizării Fondurilor structurale și de investiții UE. Documentele de poziție au fost prezentate autorităților din statele membre ca opinii ale Comisiei bazate pe propunerile legislative ale Comisiei, fără a aduce atingere rezultatului final al negocierilor privind pachetul legislativ.

Angajamentul României față de conceptul de Îmbătrânire activă și, în sens mai larg, față de Strategia Europa 2020, este prezentat în Programul Național de Reformă⁷ 2011-2013 (PNR) și în Acordul de parteneriat (AP) pentru perioada de programare 2014-2020. Conform acestui acord, obiectivele incluse la capitolul *Provocări în calea dezvoltării oamenilor și societății* vor fi sincronizate cu obiectivele tematice #1 și #3⁸. Angajamentul de a dezvolta Proiectul de Strategie pentru protecția persoanelor vârstnice și îmbătrânirea activă subliniază și mai mult hotărârea guvernului de a transforma România într-o societate favorabilă vârstnicilor, care este pregătită să facă față efectiv implicațiilor macro-fiscale și sociale ale schimbării demografice din deceniile ce vor urma.

⁷ Toate statele membre s-au angajat în realizarea Strategiei Europa 2020. Totuși, fiecare țară are o situație economică diferită și transpune obiectivele generale UE în obiective naționale prin propriul Program Național de Reformă – un document care prezintă politicile și măsurile țării respective pentru susținerea creșterii și a locurilor de muncă și pentru atingerea obiectivelor strategiei Europa 2020. Programul Național de Reformă este prezentat în paralel cu Programul de stabilitate/convergență, care stabilește planurile bugetare ale țării pentru următorii trei sau patru ani.

⁸ Obiectivul 1 - consolidarea domeniilor de cercetare, dezvoltare tehnologică și inovație. Obiectivul 3 - îmbunătățirea competitivității întreprinderilor mici și mijlocii, a sectorului agricol (pentru FEADR) și a sectorului piscicol și de acvacultură (pentru FEMP).

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 principalul instrument de finanțare în domeniul *Îmbătrânirii active*, sprijinind următoarele domenii prioritare: ocuparea forței de muncă, cu un accent special pe angajarea grupurilor dezavantajate și a tinerilor, competențe și învățarea pe tot parcursul vieții, reforme ale pieței muncii pentru promovarea angajării la vârste mai înaintate și promovarea incluziunii sociale.

În plus, diferite alte investiții majore prin Fondul de Coeziune și Fondul European pentru Dezvoltare Regională (FC și FEDR), în special pentru îmbunătățiri în domeniul mediului, infrastructurii de transport, energiei și conexiunilor de bandă largă, pot avea și un impact direct asupra creșterii, locurilor de muncă și accesibilității serviciilor și mediilor rezidențiale, contribuind astfel și la politicile privind Îmbătrânirea activă. În plus, FEDR oferă de asemenea sprijin valoros pentru antreprenariat, investiții în întreprinderi, inovație și cercetare și TIC pentru afaceri, oferind sprijin indirect pentru agenda privind Îmbătrânirea activă.

Nu toate resursele enumerate mai sus sunt disponibile în mod direct pentru politicile privind Îmbătrânirea activă, deoarece alte priorități identificate în Strategiile României din alte domenii concurează pentru aceleași Fonduri structurale și de investiții europene. Prin urmare, este importantă coordonarea acestor strategii diferite, iar acest lucru va fi sprijinit prin direcționarea tuturor acestor fonduri printr-un singur organism, Ministerul Fondurilor Europene.

C. Instrumente statistice și cadrul de politici la nivelul UE

Două instrumente statistice au fost dezvoltate la nivelul UE cu scopul precis de a furniza informații pentru Agenda privind îmbătrânirea activă. Primul instrument, Indicele privind îmbătrânirea activă⁹¹⁰ (AAI), are drept scop măsurarea situației actuale în patru domenii aferente îmbătrânirii active. Indicele a fost dezvoltat de Comisia Europeană și Comisia Economică a Organizației Națiunilor Unite pentru Europa (UNECE). Acesta încercă să evalueze măsura în care persoanele vârstnice își pot realiza potențialul deplin în ce privește angajarea, participarea la viața socială și culturală și viața independentă. De asemenea, indicele încearcă să evalueze dacă mediul de viață permite populației vârstnice să ducă o viață activă.

⁹ AAI 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 UNECE și Centrul european pentru politici de bunăstare socială și cercetare din Viena.

¹⁰ http://www.euro.centre.org/data/1356002554_9393.pdf

Elementele Indicelui sunt prezentate în Tabelul 1.1, împreună cu poziția României pentru fiecare subcategorie. România ocupă poziția generală #20, cea mai bună clasare fiind în categoria angajării lucrătorilor mai în vârstă. Deși Indicele oferă posibilitatea rară de a face comparație între țări, acesta are totuși limite importante în ce privește comparabilitatea și fiabilitatea datelor pe care se bazează. De exemplu, poziția bună ocupată de România la categoria privind Ocuparea forței de muncă depinde de definiția statistică neconvențională a persoanei ocupate care este utilizată în România, care consideră că toți proprietarii de teren și familiile acestora sunt persoane care desfășoară activități independente și respectiv lucrători care nu primesc salariu.

Eurobarometrul special referitor la Îmbătrânirea activă¹¹ reprezintă un alt instrument util dezvoltat pentru înțelegerea opiniilor și atitudinilor cetățenilor europeni cu privire la persoanele mai în vârstă. Ancheta a fost comandată de Direcția generală ocuparea forței de muncă și afaceri sociale din cadrul Comisiei Europene. Aceasta cercetează măsura în care oamenii sunt pregătiți și dispuși să se adapteze condițiilor demografice în schimbare și să accepte reforme care promovează îmbătrânirea activă.

Rezultatele anchetei arată diferențe între România și restul țărilor UE27 în ce privește percepțiile referitoare la vârstă și persoanele vârstnice. De exemplu, un număr aproape dublu de respondenți din România au indicat o percepție negativă asupra persoanelor cu vârsta de 55 de ani și peste, în comparație cu media UE27. În România, o persoană este considerată „în vârstă” la vârsta de 61,3 ani, comparativ cu media UE27 de 64 de ani. Românii indică de asemenea faptul că vor trebui să se pensioneze de la actualul loc de muncă în medie cu patru ani mai devreme decât omologii lor din UE27 (UE27 - 61,7 vs. RO - 57,7). Conform rezultatelor anchetei, un număr puțin mai mic de persoane din România ar dori să continue să lucreze după ce ajung la vârsta de pensionare, comparativ cu media UE27 (UE27 - 33% vs. RO - 27%). Aproape de două ori mai mulți respondenți români nu sunt de acord în totalitate cu necesitatea creșterii vârstei de pensionare până în anul 2030 raportat la media UE27 (UE27 - 36 vs. RO - 69).

Tabelul 1.1 Elementele componente ale Indicelui privind îmbătrânirea activă

	Componentă a AAI	Poziția României în rândul celor 27 de membri UE
Experiența reală a îmbătrânirii active	(1) Angajarea	#9
	a. Rata de ocupare a forței de muncă pentru intervalul de vârstă 55-59	
	b. Rata de ocupare a forței de muncă pentru	

¹¹ Ancheta Specială Eurobarometru #378

	Componentă a AAI	Poziția României în rândul celor 27 de membri UE
	intervalul de vârstă 60-64	
	c. Rata de ocupare a forței de muncă pentru intervalul de vârstă 65-69	
	d. Rata de ocupare a forței de muncă pentru intervalul de vârstă 70-74	
	(2) Participarea la viața socială	#25
	a. Activități voluntare	
	b. Îngrijire acordată copiilor și nepoților	
	c. Îngrijire acordată adulților mai în vârstă	
	d. Participare politică	#16
	(3) Viață independentă, sănătoasă și în condiții de siguranță	
	a. Exerciții fizice	
	b. Accesul la servicii de sănătate	
	c. Viață independentă	
	d. Securitate financiară (trei indicatori)	
	e. Siguranță fizică	
	f. Învățare pe tot parcursul vieții	
Capacitatea de îmbătrânire activă	(4) Capacitatea și mediul care să permită îmbătrânirea activă	#27
	a. Speranța de viață rămasă la vârsta de 55 de ani	
	b. Procentul de speranță de viață sănătoasă la vârsta de 55 de ani	
	c. Bunăstare mentală	
	d. Utilizarea TIC	
	e. Conectare socială	
	f. Rezultate educaționale	
Poziția generală a României		#20

Sursa: (European Commission, 2013)

Ancheta prezintă de asemenea răspunsurile la întrebările referitoare la măsurile utile care pot fi întreprinse de guvern pentru a ajuta persoanele care îngrijesc membri vârstnici ai familiei, răspunsurile cele mai frecvente fiind: (1) primirea unei remunerații financiare pentru îngrijirea pe care o oferă; (2) primirea de credite de pensie pentru perioada aferentă îngrijirii; (3) posibilitatea de a lucra cu normă redusă; (4) posibilitatea de a lucra cu program flexibil; și (5) posibilitatea de a-și părăsi temporar locul de muncă, având dreptul de a se întoarce ulterior.

În medie, românii consideră că mediul lor local este mai puțin favorabilă vârstnicilor în comparație cu omologii lor din UE27 (EU27 - 65% vs. RO - 47%). Îmbunătățirile cele mai necesare pentru ca mediul lor local să devină mai favorabil vârstnicilor au fost percepute ca fiind următoarele: (1) mai multe facilități pentru ca persoanele vârstnice să se mențină în formă și

sănătoase; (2) transport public mai bun; (3) drumuri și siguranță rutieră mai bune; și (4) mai multe zone publice, ca de exemplu parcuri.

Deși rezultatele anchetei sunt valoroase pentru evaluarea atitudinilor oamenilor, este de asemenea important să observăm limitările acestora. Cel mai important aspect constă în faptul că atitudinile și opiniile persoanelor sunt influențate puternic de politicile implementate în prezent, care, în timp, tind să devină internalizate ca fiind normale și acceptabile. De exemplu, oamenii vor declara de obicei că se așteaptă să poată lucra până la vârsta care este stabilită prin lege ca vârsta legală de pensionare în țara lor și vârsta la care majoritatea colegilor lor tind să se pensioneze.

Prin urmare, agenda privind Îmbătrânirea activă nu ar trebui să încerce doar să urmeze preferințele implicite ale populației, ci ar trebui de asemenea să modeleze aceste preferințe, astfel încât un stil de viață implicând îmbătrânirea activă să devină o normă socială acceptată pe scară largă. De fapt, schimbarea atitudinilor și a opiniilor referitoare la vârstă și îmbătrânire ar trebui considerată una dintre cele mai importante componente ale Strategiei privind îmbătrânirea activă.

Politicile care să promoveze într-o manieră integrală Îmbătrânirea activă reprezintă încă un fenomen relativ nou. Prin urmare, noi politici trebuie adesea elaborate în absența unor date fiabile și având la dispoziție un număr limitat de exemple care s-au dovedit de succes în alte țări. Totuși, un set de domenii de acțiune recunoscute în mod obișnuit în domeniile sănătății, ocupării forței de muncă, participării sociale și vieții independente încep să se formeze la nivelul UE (Consiliul Uniunii Europene, 2012). Nu toate domeniile de politică recomandate sunt relevante în aceeași măsură pentru România, date fiind diferențele care există între România și restul Europei cu privire la rezultatele actuale în domeniul sănătății, nivelurile de venituri, obiceiurile care țin de stilul de viață, ocupațiile relevante ale lucrătorilor mai în vârstă, precum și distribuția geografică a populației vârstnice între zonele urbane și rurale. Prin urmare, acest document se va concentra în principal asupra următoarelor teme care au fost considerate cele mai adecvate și pertinente pentru România în fiecare dintre cele patru domenii ale agendei privind Îmbătrânirea activă.

Prelungirea duratei de viață și îmbătrânirea sănătoasă

Obiectivul de a adăuga 2 ani de viață sănătoasă pentru toate persoanele din Europa până în anul 2020 a fost stabilit în contextul „Parteneriatului european pentru inovare privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate“. Această sarcină este mai complicată în România din cauza previziunilor privind îmbătrânirea extrem de accentuată a populației, care, mai mult ca sigur, va pune presiune fiscală pe sistemele de sănătate printr-o utilizare sporită. În același timp, scăderea rapidă a volumului populației în vârstă de muncă ridică întrebări dacă este fezabilă asigurarea unei finanțări suplimentare și dacă poate fi mobilizată forța de muncă necesară în sectorul sănătății și îngrijirii vârstnicilor, având în vedere fluxurile accentuate de

emigrație. O distribuție geografică inegală a îmbătrânirii este de asemenea o caracteristică extrem de importantă a contextului din România, unde jumătate din populație trăiește în zonele rurale afectate de o îmbătrânire mult mai rapidă.

Prin urmare, pentru a reduce preventiv presiunile viitoare asupra sistemului de sănătate din România, următoarele acțiuni prezintă importanță specială pentru România:

- Obținerea unei scăderi a factorilor comportamentali de risc, inclusiv consumul de alcool și tutun, reducerea obezității, precum și promovarea unui stil de viață sănătos printr-o mai bună alimentație și exerciții fizice;
- Consolidarea politicilor privind prevenirea, detectarea timpurie și tratamentul bolilor cronice, inclusiv bolile cardiovasculare, diabetul și depresia, care vor deveni din ce în ce mai comune pe măsură ce populația îmbătrânește.
- Ajustarea forței de muncă din sistemul de sănătate din România, cu accent pe medicii geriatri și de familie, care să fie bine echipați pentru a gestiona mai multe boli cronice și slăbirea funcțiilor cognitive în principal în secții de ambulatoriu.

Creșterea ratelor de ocupare a forței de muncă în rândul populației mai în vârstă

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 mai în vârstă. Românii tind să se pensioneze devreme, ceea ce se aplică în special în cazul femeilor, iar tranziția de la un loc de muncă cu normă întreagă la pensionare completă tinde să fie foarte abruptă. În același timp, rolul sistemului de pensii din România de a furniza venituri populației vârstnice este mic, atât în ce privește acoperirea populației cât și nivelul pensiilor, ceea ce creează nevoia unui venit suplimentar din angajarea populației vârstnice.

Pentru abordarea acestor nevoi, România ar trebui să ia în considerare aspecte de politică în următoarele domenii:

- Revizuirea criteriilor de eligibilitate pentru pensionare, punând accentul pe atingerea unor vârste mai mari de pensionare efectivă;
- Politici mai bune de resurse umane în privința vârstnicilor;
- Modernizarea programelor de prestații pentru invaliditate și dizabilități;
- Promovarea unor medii de lucru care nu afectează sănătatea; și
- Îmbunătățirea învățării pe tot parcursul vieții.

Creșterea participării sociale și politice a populației vârstnice

Ideea participării sociale și politice este nouă în România. În contextul Indicelui privind îmbătrânirea activă, acest concept include activități de voluntariat, îngrijire acordată copiilor și nepoților, îngrijire acordată adulților mai în vârstă, participare politică și conectare socială. În România, nivelul activităților de voluntariat este deosebit de scăzut în timp ce, pe de altă parte,

populația vârstnică din România oferă într-o mare măsură îngrijire nepoților și vârstnicilor. În medie, conectarea socială pare de asemenea să fie destul de puternică în rândul românilor mai în vârstă.

Date fiind efectele benefice ale participării sociale și politice pentru toate persoanele implicate și având în vedere creșterea preconizată a populației în vârstă, este recomandabil ca România să introducă un program complet pentru promovarea participării sociale în rândul vârstnicilor. Domeniile principale în care sunt necesare acțiuni includ:

- Înființarea unui organism de coordonare pentru programul de participare socială;
- Canale de comunicare mai bune între Guvern și populația vârstnică;
- Folosirea mass media și a modelelor pentru a promova ideea de participare socială, în special la vârste înaintate;
- Oferirea mai multor opțiuni de îngrijire formală acordată copiilor și vârstnicilor, care să permită populației în vârstă să ia în considerare o gamă mai largă de opțiuni de participare socială;
- Reducerea sărăciei, barierelor de sănătate și infrastructură în calea participării.

Promovarea ocupării forței de muncă și a participării sociale în rândul populației mai în vârstă poate contribui de asemenea la atingerea obiectivului României de reducere a numărului persoanelor cu risc de sărăcie sau excluziune socială cu 580.000 de persoane până în 2020, stabilit în Programul său Național de Reformă (PNR), care reprezintă de asemenea o țintă națională în contextul strategiei de creștere UE 2020. Acest obiectiv ar putea fi atins, întrucât o carieră profesională mai lungă înseamnă pensii mai mari, conform actualei legi a pensiilor.

Scăderea dependenței persoanelor vârstnice și furnizarea de servicii de îngrijire de lungă durată

Sistemul de îngrijire de lungă durată din România este încă foarte tânăr și, ca în majoritatea statelor membre UE, se confruntă cu provocări ce țin de planificare, finanțare, guvernanță, organizare și monitorizare a furnizării serviciilor în domeniul îngrijirii de lungă durată. Este de așteptat ca în următoarele decenii sistemul de îngrijire de lungă durată din România să fie supus unor presiuni deoarece românii trăiesc mai mult și este destul de probabil că se vor confrunta cu mai multe boli cronice însoțite de dizabilități. Sistemul suferă deja presiuni din cauza lipsei de profesioniști în domeniul îngrijirii, situație care se va înrăutăți în următoarele decenii, după cum se preconizează.

Dacă nu sunt luate măsuri adecvate, îmbătrânirea populației va conduce de asemenea la creșterea costurilor serviciilor de sănătate și va pune presiune pe cererea de îngrijire de lungă durată. Prin urmare, abordarea cheie pentru România trebuie să fie menținerea pe cât posibil a unei bune stări de sănătate a populației, care să stea acasă cât mai mult timp, cu accent pe măsurile de activare și auto-susținere. Ca să pregătească sistemul de îngrijire de lungă durată

pentru a face față acestor provocări, factorii de decizie trebuie să ia în considerare următoarele măsuri:

- Inițierea dialogului public referitor la identitatea și obiectivele sistemului de îngrijire de lungă durată;
- Stabilirea unor structuri și politici clare de guvernare pentru sistemul integrat;
- Stabilirea structurilor organizatorice care vor fi accentuate;
- Stabilirea unor rute și procese fără probleme pentru clienți;
- Găsirea unor modalități de atragere, formare și păstrare a profesioniștilor din domeniul îngrijirii;
- Asigurarea finanțărilor necesare pentru furnizarea de îngrijire de lungă durată.

D. Elaborarea Strategiei pentru protecția persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii active

În contextul prezentat în această secțiune, România a început să elaboreze o Strategie pentru protecția persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii active care, pe baza situației actuale, se angajează la măsuri de politică pentru:

- Prelungirea duratei de viață și îmbătrânirea sănătoasă
- Promovarea ocupării forței de muncă pe o durată mai lungă
- Creșterea participării sociale și politice a grupurilor de persoane vârstnice și
- Scăderea dependenței persoanelor vârstnice și furnizarea de servicii de îngrijire de lungă durată.

Elaborarea Strategiei pentru protecția persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii active se va baza, printre alte surse de informații, pe analiza socio-economică prezentată în acest document. La rândul său, Documentul ia în considerare analizele efectuate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice (MMFPSPV), strategiile și politicile naționale referitoare la protecția persoanelor vârstnice și promovarea îmbătrânirii active, precum și strategii paralele, unele fiind încă în curs de elaborare, în domeniile dizabilităților, sănătății, ocupării forței de muncă și învățării pe tot parcursul vieții. De asemenea, documentul beneficiază și de o analiză a celor mai bune practici la nivel internațional, inclusiv UE, și de îndrumarea oferită de CE și de alte organizații relevante.

Documentul analitic își propune să ofere o analiză completă a principiilor esențiale ale îmbătrânirii active în contextul obiectivelor de dezvoltare ale României și al viziunii de creștere UE 2020. Structura sa este organizată în jurul fiecărui element constitutiv al conceptului de îmbătrânire activă, fiecare temă principală fiind tratată într-un capitol separat.

Capitolul 1 Bibliografie

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Studiu privind sănătatea, îmbătrânirea și pensionarea în Europa). (mai 2014). Preluat de pe <http://www.share-project.org/>

Balestat, Lafortune, & Gaëlle. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications* (Tendințe în privința dizabilităților grave în rândul persoanelor vârstnice: evaluarea dovezilor din 12 țări OCDE și implicațiile viitoare). OCDE.

Barr, N. (2010). Long-term Care: A Sustainable Case for Social Insurance (Îngrijirea de lungă durată: un caz sustenabil pentru asigurările sociale). *Social Policy and Administration* (Politică socială și administrație), pp. 44(4), 359-374.

Beltrametti, L., & Valle, M. D. (2011). *Centrul de cercetare pentru politici privind pensiile și bunăstarea*.

Comisia Europeană. (2013). *Commission Staff Working Document: Investing in Health* (Documentul de lucru al serviciilor Comisiei: Investirea în sănătate). Bruxelles.

Comisia Europeană. (2013, 3 14). *Indicele privind îmbătrânirea activă al UE*. Preluat pe 6 februarie 2014 de la Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=1837&furtherNews=yes>

Eurostat. (mai 2014). Baza de date statistice a Eurostat.

Fries, J. (1989). The compression of morbidity: Near or far? (Comprimarea morbidității: apropiată sau îndepărtată?) *Publicația trimestrială Milbank Memorial Foundation / Sănătate și Societate*, 67,208-232.

Galasso, V., Gatti, R., & Profeta, P. (2009). Investing in Old Age: Pensions, Children, and Savings (Investirea în vârstă înaintată: pensii, copii și economii). *International Tax and Public Finance* (Fiscalitate internațională și finanțe publice), 538-559.

Galasso, V., Profeta, P., Haskel, J., & Ventura, J. (aprilie 2004). Lessons for an Ageing Society; The Political Sustainability of Social Security Systems (Lecții pentru o societate care îmbătrânește; sustenabilitatea politică a sistemelor de asigurări sociale). *Politică economică*, 19(38), 63-115.

Indicele global de monitorizare a vârstei (mai 2014). *Healthy Life Expectancy at Birth* (Speranța de viață sănătoasă la naștere). Preluat în luna mai 2014, din Indicele global de

- monitorizare a vârstei: <http://www.helppage.org/global-agewatch/data/healthy-life-expectancy-at-birth/>
- Gradus, J.-M. v. (2012). Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands (Estimarea efectelor reformelor recente în domeniul dizabilității în Olanda). *Oxford Journal*, 24.
- Gruenberg, E. M. (1977). The failure of success (Eșecul succesului). *Publicația trimestrială Milbank Memorial Foundation / Sănătate și Societate*, 55,3-24.
- Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities (Pandemia în creștere a tulburărilor mentale și a bolilor cronice și dizabilităților asociate). *Suplimentul ACTA Paediatrica Scandinavica*, pp. 382–397.
- Kroger, T. (2011). Retuning the Nordic welfare Municipality. Central regulation of social care under change in Finland (Recalibrarea nivelului de bunăstare în municipiile din țările nordice. Reglementarea centrală a sistemului de asistență socială în schimbare din Finlanda). *Jurnalul internațional de sociologie și politică socială*, 31(3/4), 148-159.
- Kryńska, E., & Szukalski, P. (2013). *Active Ageing Measures in Selected European Countries* (Măsuri de îmbătrânire activă în câteva țări europene), pp. 247-248.
- Manton. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population (Schimbarea conceptelor de morbiditate și mortalitate în rândul populației vârstnice). *Publicația trimestrială Memorial Fund* 60, pp. 183–244.
- Mazzonna, F., & Peracchi, F. (2012). Ageing, cognitive abilities and retirement (Îmbătrânire, abilități cognitive și pensionare). *Revista economică europeană*.
- Institutul Național de Statistică al României (fără dată). INSSE Statistical DB Tempo. România. Preluat în 2014, de pe <http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo2&lang=en&context=21>
- OCDE. (2012). *The Diabetes Epidemic and its Impact on Europe* (Epidemia de diabet și impactul asupra Europei). Copenhaga: OCDE.
- OCDE. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators* (Sănătatea la prima vedere 2013: Indicatori OCDE). Editura OCDE.
- Olshansky, S. J., Rudberg, M. A., Carnes, B. A., & Cassel, B. A. (1991). Trading off longer life for worsening health: The expansion of morbidity hypothesis (O viață mai lungă în schimbul unei sănătăți mai precare: ipoteza extinderii morbidității). *Jurnalul îmbătrânirii și sănătății*, 3, 194±216.

CAPITOL 2 O VIAȚĂ MAI SĂNĂTOASĂ ÎNTR-O SOCIETATE ÎN CURS DE ÎMBĂTRÂNIRE

A. Îmbătrânirea populației României

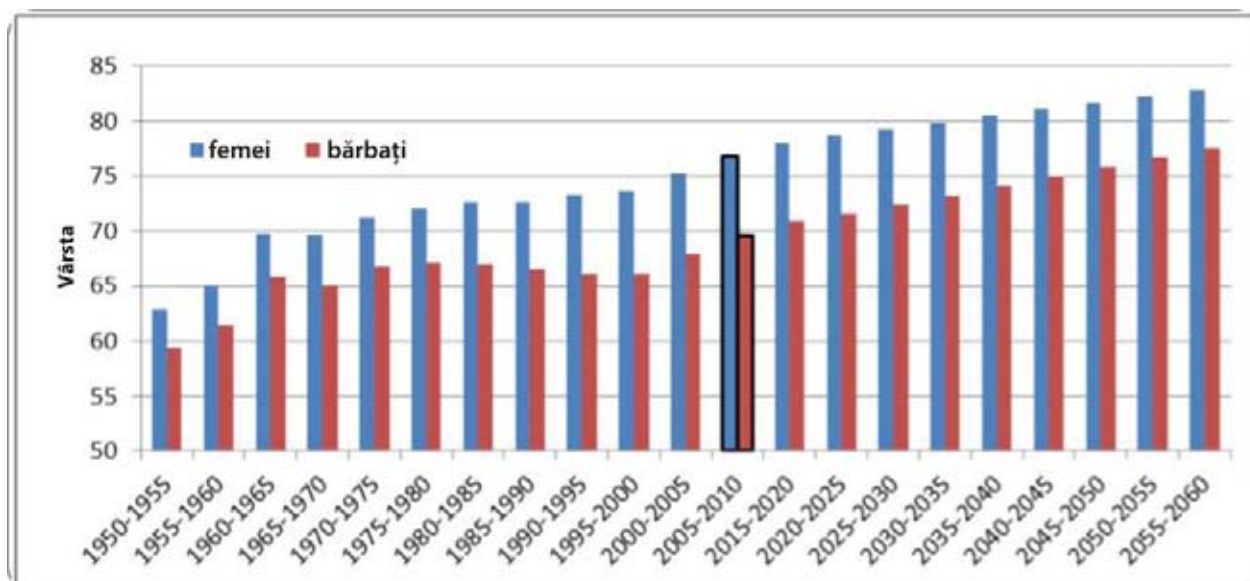
Îmbătrânirea populației este determinată de trei fenomene separate, respectiv creșterea speranței de viață, scăderea ratelor de fertilitate și emigrația, care sunt prezentate în cazul României în Figura 2.1, Figura 2.2, și Figura 2.3. În România, durata medie de viață a crescut semnificativ în ultimii 60 de ani, speranța de viață la naștere crescând cu aproximativ 14 ani pentru femei și 10 ani pentru bărbați. În același timp, rata totală de fertilitate a scăzut de la 2,9 la sfârșitul anilor 1960¹² la 1,3 copii per femeie până la sfârșitul anilor 2000. În afara duratei mai lungi de viață și a numărului mai mic de nașteri, compoziția pe vârstă a populației României a fost schimbată și de emigrația pronunțată, în special în ultimul deceniu. Figura 2.3 prezintă reducerea procentuală a dimensiunilor coortei între 2002 și 2011, subliniind tendința evidentă de emigrație în rândul populației cu vârsta sub 30 de ani. De exemplu, numai 80% din populația cu vârsta între 15 și 19 ani din 2002 continuă să apară în recensământul din 2011.

Este de așteptat ca până în 2035 să existe mai multe persoane în vârstă de peste 65 de ani decât persoane cu vârsta sub 20 de ani în România (Figura 2.4). Până în prezent, creșterea populației în vârstă de 65 de ani și peste a fost rezultatul creșterii speranței de viață și al cohortelor mai mari de persoane care ating această vârstă. Rata de fertilitate în scădere se reflectă în mod clar în numărul redus de copii începând din 1980 și volumul în scădere preconizat al populației în vârstă de muncă începând din 2010. Este important să se țină cont de faptul că este posibil ca previziunile privind populația să nu fie extrem de exacte deoarece oricare dintre cei trei factori demografici poate începe să devieze de la tendință. De exemplu, este binecunoscut faptul că migrația este imprevizibilă. Ratele de fertilitate se pot schimba și ele, deși modificările ar începe să influențeze rezultatele abia peste câteva decenii. Tendința prelungirii speranței de

¹² România a fost afectată de un fenomen „baby boom” dramatic, dar scurt în 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 care interzicea în esență majoritatea avorturilor, dacă nu chiar toate, făcând dificilă obținerea altor mijloace de contracepție și care includea, de asemenea, câteva prevederi favorabile natalității. Prin urmare, în 1967 și 1968 s-au născut aproape de două ori mai mulți copii decât în 1966. Aceste două cohorte -- cunoscute în România ca „decreței” sau „cohortele decretului” -- vor ajunge persoane vârstnice în mai puțin de două decenii, contribuind astfel la creșterea necesității urgente a abordării îmbătrânirii populației.

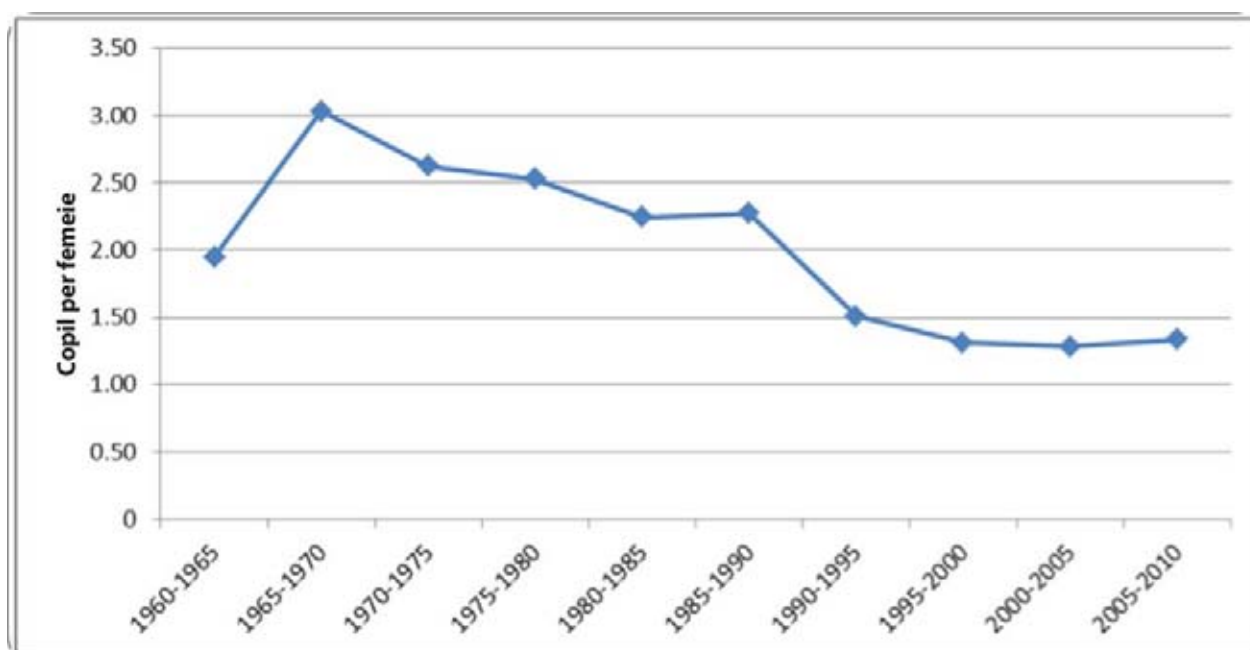
viața este deja bine înrădăcinată iar surprizele, dacă există trebuie așteptate în sensul unei creșteri.

Figura 2.1 Evoluția speranței de viață în România



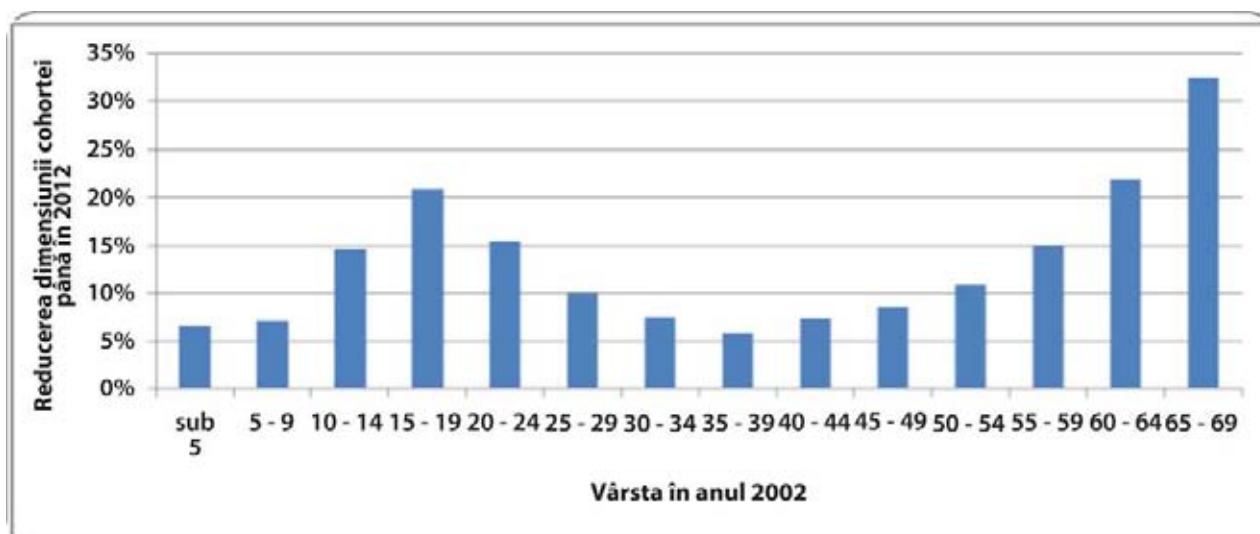
Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația

Figura 2.2 Evoluția ratei totale de fertilitate în România



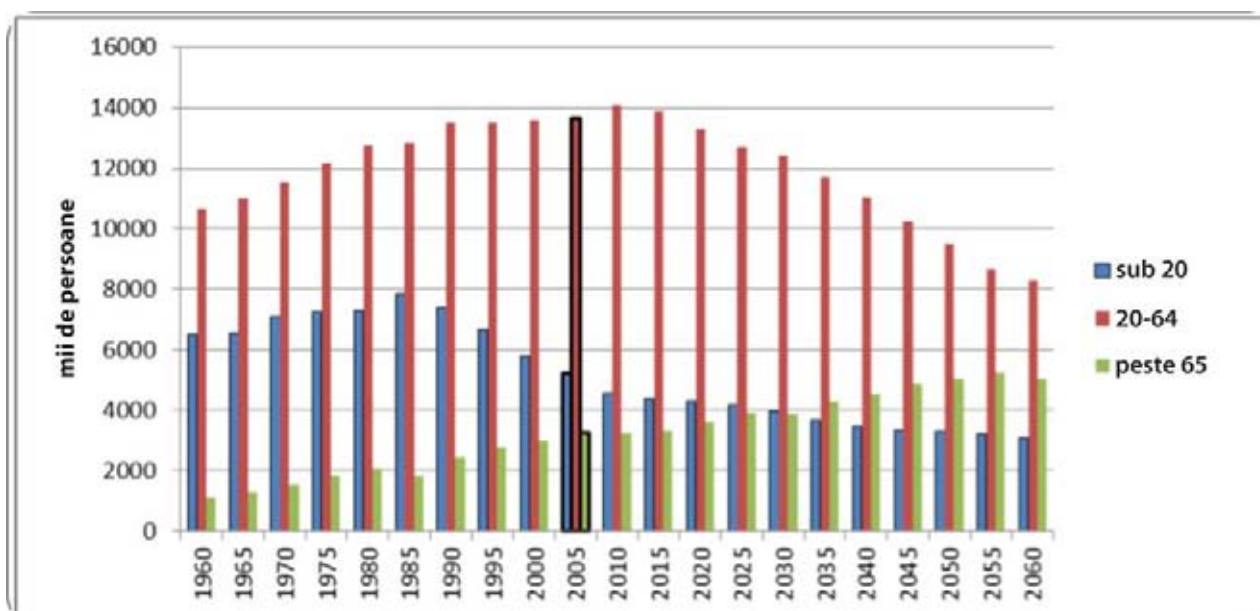
Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația

Figura 2.3 Reducerea dimensiunii cohortelor între 2002 și 2012



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

Figura 2.4 Numărul de persoane din diferite segmente de vârstă din 1960 până în 2060

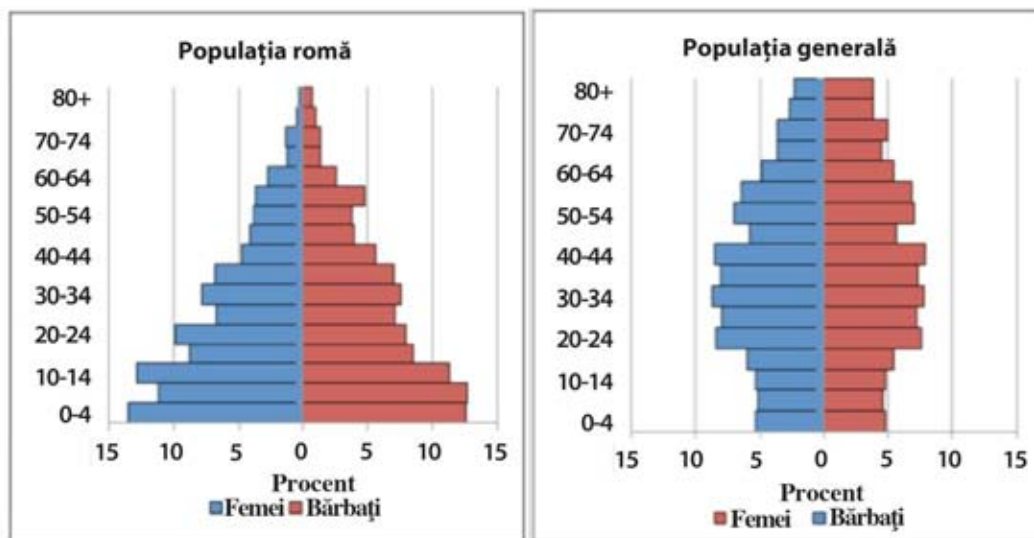


Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația.

Spre deosebire de aceste tendințe demografice la nivel național, una din cele mai mari minorități etnice din România, minoritatea romă, constituie prin comparație un grup tânăr și cu o creștere dinamică. Aproximativ 613.000 de români, ceea ce reprezintă aproximativ 3,3% din populație s-au declarat de etnie romă în cadrul recensământului din 2011, ceea ce face ca aceasta să fie cea de-a doua mare minoritate etnică din România, după maghiari. Cu toate acestea, există temeri că această estimare este inexactă ca urmare a neraportării numărului real de romi. Estimările experților apreciază că numărul de romi este mult mai mare: conform datelor Consiliului Europei, în 2010, populația romă din România era estimată ca situându-se între 1,2 milioane și 2,5 milioane sau între 6,5 și 13,5 la sută din numărul total de locuitori.¹³ Copiii și tinerii cu vârste între 0-14 ani - noua generație de participanți care vor intra pe piața muncii - reprezintă aproape 40 la sută din totalul locuitorilor de etnie romă, în comparație cu procentul de 15 la sută aplicabil pentru populația generală. Tineretul rom se află astfel într-un contrast evident cu profilul în curs de îmbătrânire rapidă al populației generale a României (Figura 2.5). Durata de viață specifică minorității etnice rome este considerabil mai scăzută decât cea a populației generale din România: unele estimări indică o diferență de 6 ani, în timp ce altele fac referire la o diferență de 16 ani în ce privește vârsta medie până la care trăiesc locuitorii romi, în comparație cu restul populației României (Banca Mondială, 2014).

¹³ Având în vedere probabilitatea foarte mare ca un procent substanțial din populația romă să nu își recunoască etnia în cadrul recensământului național, există un set alternativ de estimări ale experților care este de obicei folosit pentru rapoarte. Conform Strategiei Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorităților romilor pentru perioada 2012-2020, estimările variază între 535.140 de locuitori (Recensământul populației din 2002), 730.000 - 970.000 (Studiul Guvernului României/Băncii Mondiale "Harta socială a comunităților rome", 2005) și 1.850.000 (Comisia Europeană, *Un cadru UE pentru strategiile naționale de integrare a romilor până în 2020*, pe baza datelor furnizate de Consiliul Europei).

Figura 2.5 Piramide contrastante privind populația: romii și populația generală a României



Sursa: pe baza Studiului regional privind populația romă al Programului de dezvoltare al ONU/Băncii Mondiale/CE (2011) și al Departamentului Afacerilor Economice și Sociale al Națiunilor Unite, Divizia Populație (2013). Previziuni privind populația mondială, ediția revizuită în 2012, pe suport DVD.

Conform previziunilor, România va cunoaște una dintre cele mai accelerate scăderi ale populației în vârstă de muncă din Uniunea Europeană, iar această tendință probabil că va impune o povară grea asupra economiei. Proiecțiile Națiunilor Unite privind populația arată că, în deceniile următoare, este de așteptat ca numărul populației vârstnice (cu vârsta peste 65 de ani) să crească semnificativ, în timp ce populația în vârstă de muncă (definită ca având vârste între 20 și 64 de ani) va cunoaște o scădere accentuată începând cu 2014, după o perioadă îndelungată de creștere. Prin urmare, reducerea segmentului de populație care contribuie la producția economică ar putea avea ca rezultat o creștere mai mică a venitului pe cap de locuitor și ar putea tempera perspectivele generale de creștere economică. Raportul de dependență demografică - definit ca numărul de persoane sub 20 de ani și peste 64 de ani raportat la populația în vârstă de muncă, adică cei cu vârsta cuprinsă între 20 și 64 de ani - a scăzut rapid în ultimii 20 de ani, creând un important pas înainte pentru economie și atingând o „zonă optimă” a celui mai mic raport de dependență de 0,55 în 2010. Totuși, se preconizează că raportul de dependență se va dubla în următorii 50 de ani, într-un ritm foarte rapid (a se vedea graficul din partea stângă din **Error! Reference source not found.**). Această evoluție demografică este parțial determinată de creșterea accentuată a numărului de persoane în vârstă de peste 65 de ani ca pondere în totalul populației, după cum se prezintă în partea dreaptă a **Error! Reference source not found.**

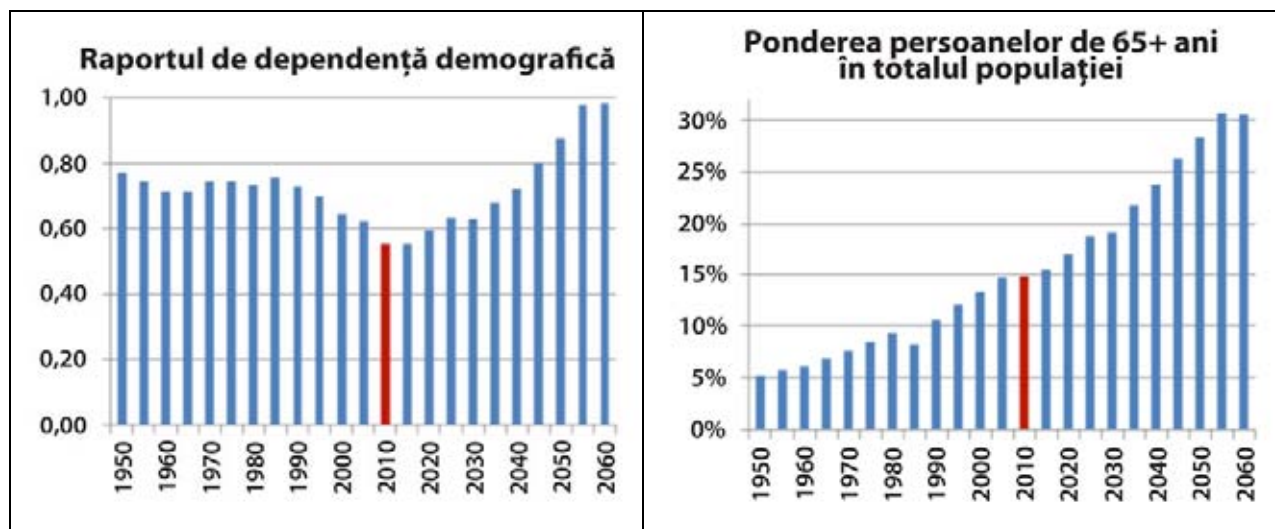
Este important de remarcat că, având în vedere scăderea prevăzută a populației generale în vârstă de muncă din România, procentul minorității rome în cadrul acestei părți a populației este estimat a fi în creștere: pe baza estimărilor sus-menționate pentru populația romă, deja un procent cuprins între 6% și 20% dintre tinerii de astăzi sunt de etnie romă. Acest grup minoritar se confruntă cu excluderea de pe piața muncii, care, dacă va continua, va duce la scăderea și mai rapidă a populației angajate decât ritmul sugerat de proiecțiile demografice la nivel național. Creșterea ratei de angajare și a câștigurilor populației rome se traduce într-un potențial semnificativ de beneficii economice, care se ridică între 887 milioane EUR și 2,9 miliarde EUR anual, la care se adaugă beneficii fiscale suplimentare cuprinse între 202 milioane EUR și 675 milioane EUR anual. (Banca Mondială, 2014).

Probabil că tranziția demografică preconizată va pune presiuni fiscale sporite pe bugetele publice. Numărul crescut de persoane vârstnice va avea ca efect cheltuieli crescute pentru pensii și servicii de îngrijire de lungă durată. Pe măsură ce creșterea și încasările din impozitul pe venit se reduc - un rezultat probabil al scăderii populației în vârstă de muncă - România va trebui să găsească soluții cu costuri mici pentru satisfacerea nevoilor în creștere ale unei populații vârstnice în expansiune. **O întrebare crucială este dacă va fi însoțită creșterea speranței de viață de creșterea îmbolnăvirilor, dizabilităților, vulnerabilității și, astfel, de o utilizare mai intensă a serviciilor sociale.** Constatările cercetărilor sunt câteodată contradictorii și nu este simplu să se anticipeze costurile crescute datorate îmbătrânirii (Lancet, 2013). Foarte multe aspecte depind de scenariul predominant: (i) comprimarea morbidității, sugerată de Fries în 1980, prin care progresele medicale ar întârzia morbiditatea, însă nu și mortalitatea, având ca efect mai mulți ani cu o stare bună de sănătate însă nu și vieți mult mai lungi; (ii) creșterea morbidității, după cum au argumentat Gruenberg și Kramer care consideră că progresul medicinei ar conduce la creșterea supraviețuirii și prelungirea anilor de viață în stare de sănătate precară sau (iii) echilibrul dinamic propus de Manton, în care creșterea supraviețuirii este compensată printr-un control mai bun al bolilor cronice, menținând proporția vieții trăite în stare bună de sănătate mai mult sau mai puțin constantă. Următoarea secțiune a acestui capitol oferă mai multe detalii privind probabilitatea acestor scenarii în contextul din România și posibilele implicații pentru cheltuielile de sănătate ca urmare a acestui lucru. (Gruenberg, 1977) (Fries, 1989) (Kramer, 1980) (Manton, 1982)

O altă provocare dificilă care este posibil să apară cu privire la satisfacerea nevoilor persoanelor vârstnice constă în scăderea numărului posibililor lucrători în domeniul serviciilor de sănătate și îngrijire a persoanelor vârstnice. România a raportat deja lipsuri în privința profesioniștilor din domeniul serviciilor de sănătate, acest lucru fiind în principal rezultatul emigrației pronunțate în alte țări UE afectate de procesul de îmbătrânire și care își pot permite să plătească salarii mai mari pentru aceste ocupații caracterizate de o contribuție importantă a forței de muncă și care sunt în multe cazuri solicitante din punct de vedere fizic. Resursele umane reprezintă până la 60–80% din cheltuielile totale recurente din sistemele de sănătate, fără a include costurile educației și instruirii și 8% din totalul locurilor de muncă din

UE-28. Comisia Europeană a estimat că două milioane de noi locuri de muncă în sectorul de sănătate și îngrijire de lungă durată vor fi create doar în UE între 2010 și 2020 (Comisia Europeană 2012) și multe persoane tinere din România pot fi tentate să accepte aceste locuri de muncă în state membre UE mai bogate.

Figura 2.6 Tendințele raportului de dependență demografică și ponderea persoanelor în vârstă de 65+ ani în populație



Sursa: Statisticile Națiunilor Unite privind populația.

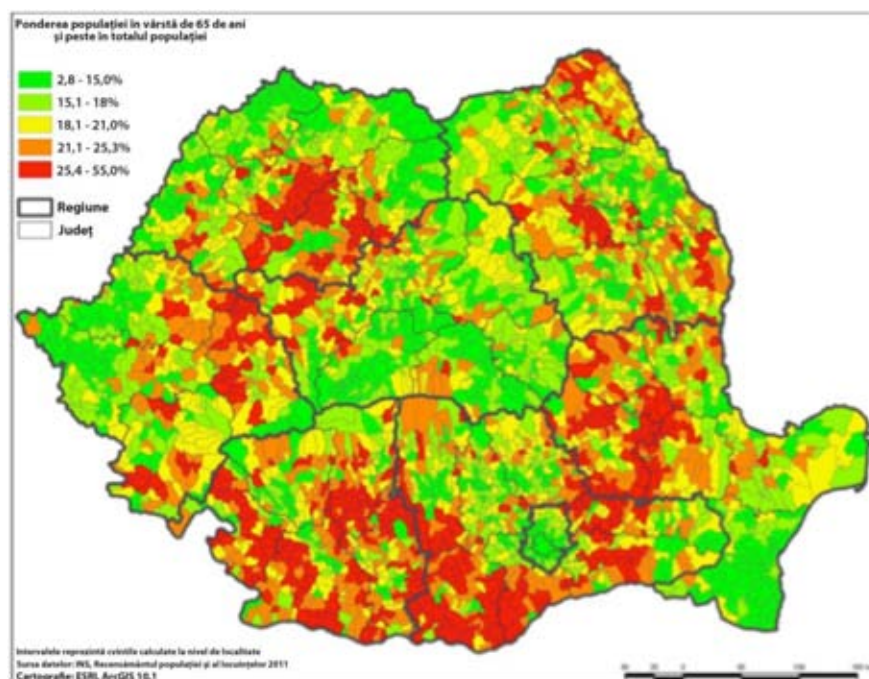
Pentru a rezuma, România se află în pragul unei schimbări demografice semnificative. Raportul de dependență în scădere rapidă care a creat un pas înainte pentru economie până în anul 2010, își schimbă brusc cursul. O întrebare crucială care apare este dacă va fi însoțită creșterea speranței de viață de creșterea îmbolnăvirilor, dizabilităților, vulnerabilității și, astfel, de o utilizare mai intensă a serviciilor sociale, sau dacă în schimb, creșterea speranței de viață va însemna ani în plus, în stare bună de sănătate și cu o viață activă pentru viitoarele cohorte de populație vârstnică a României. Tendințele puternice de emigrare în rândul cohortelor mai tinere reprezintă un alt factor demografic important, care ar putea fi un factor destabilizator pentru economia României și, în special, pentru furnizarea serviciilor sociale, prin reducerea numărului de personal potențial din sectorul sănătății și îngrijirii acor date vârstnicilor.

B. Modele geografice ale îmbătrânirii

Îmbătrânirea populației în România are un pronunțat caracter regional, subliniat de distribuția inegală a populației vârstnice în țară după cum se prezintă în Figura 2.7. 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.

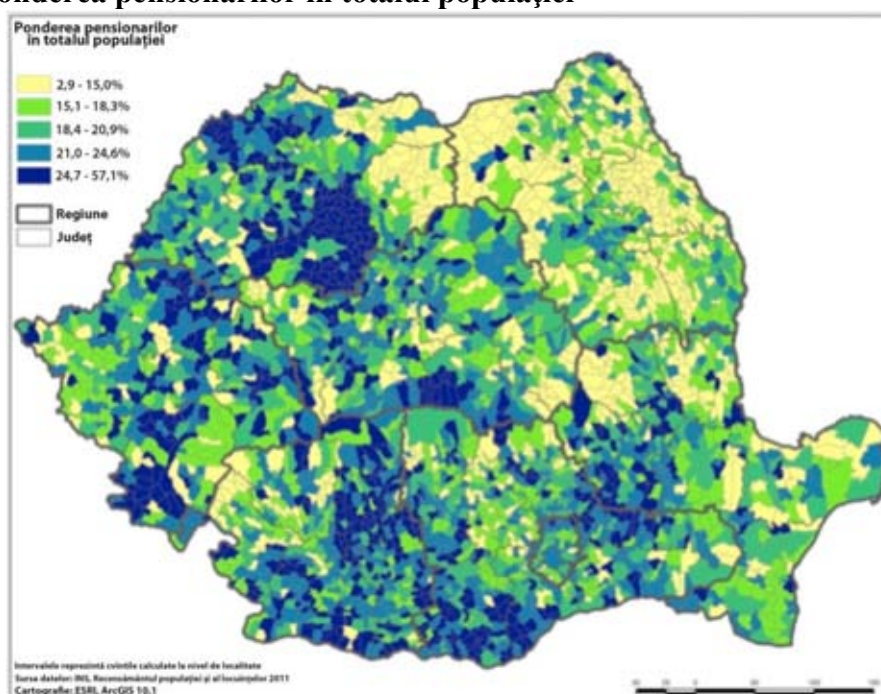
De exemplu, zonele cu o „densitate mare de pensionari“ prezentate în Figura ¹⁴ nu sunt întotdeauna identice cu cele în care ponderea populației în vârstă de 65 de ani și peste este cea mai mare. În timp ce în provinciile sudice cele două hărți prezintă o concentrare atât de persoane vârstnice cât și de pensionari, partea centrală și de vest a României are în mod semnificativ mai mulți pensionari decât ar sugera numărul de persoane vârstnice, în timp ce situația inversă se poate observa în zona de nord-est.

Figura 2.7 Ponderea populației în vârstă de 65 de ani și peste în totalul populației



¹⁴ Beneficiarii prestației „pensie de agricultor”, care nu mai este acordată din 2000, însă continuă să fie plătită dacă a fost acordată înainte de anul 2000, sunt excluși din analiză.

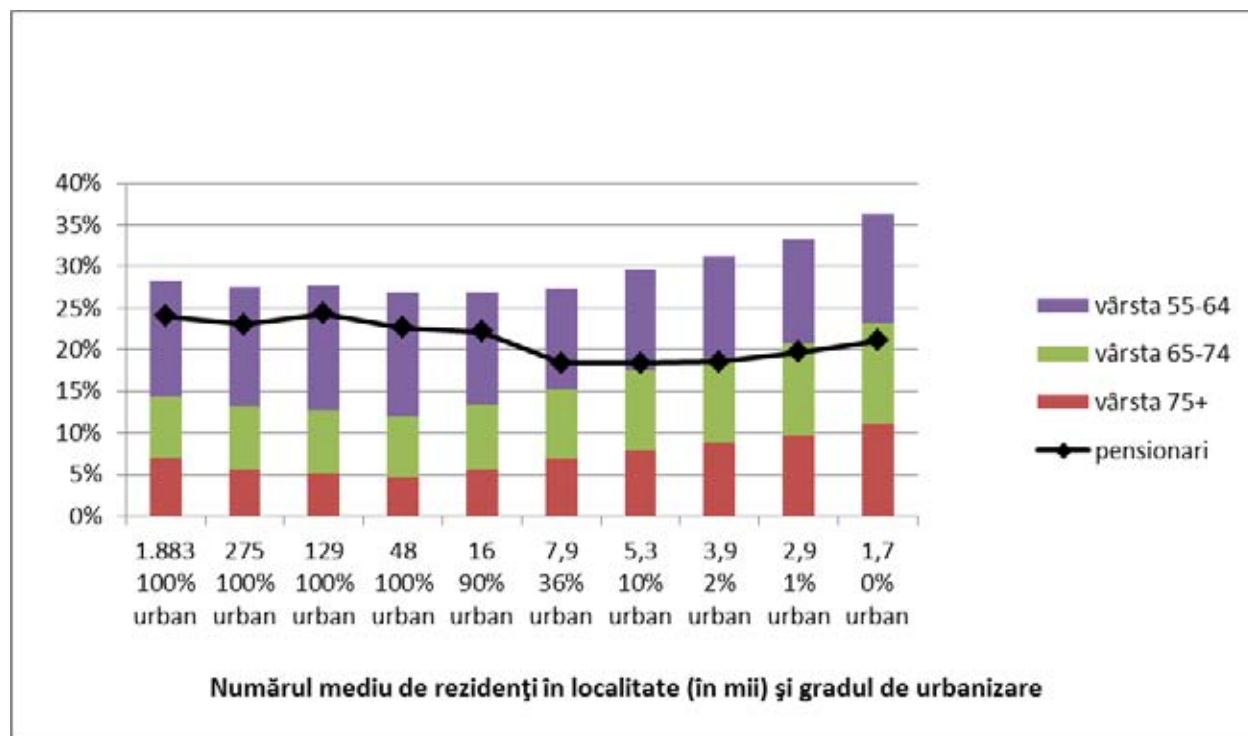
Figura 2.8 Ponderea pensionarilor în totalul populației



Sursa: Date recensământ

În continuare, analiza distribuției geografice a populației vârstnice subliniază diferențe clare în ce privește compoziția pe vârste a populației în funcție de gradul de urbanizare. Pentru aproximarea gradului de urbanizare, populația României a fost grupată în decile după mărimea municipalității în care locuiește (a se vedea Figura). Coloana din extrema stângă reprezintă populația Bucureștiului, în timp ce coloana din extrema dreaptă reprezintă 10% din populația României care trăiește în cele mai mici localități rurale, cu o medie de 1700 de locuitori. Figura 2.9 arată că dacă un procent între 12% și 15% din populația urbană are vârsta de peste 65 de ani, această proporție ajunge la 23% în cele mai mici comunități. În același timp, aproape 25% din populația urbană primește o pensie de asigurări sociale, comparativ cu numai 18%-20% în zonele rurale. Deși ultima statistică este scăzută artificial datorită excluderii beneficiarilor de pensii de agricultor, având în vedere că începând cu anul 2000 nu mai există noi beneficiari, aceasta reprezintă în mod corect tendința viitoare a sistemului de pensii fără o schemă de pensii de agricultor.

Figura 2.9 Proportia populației vârstnice în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație



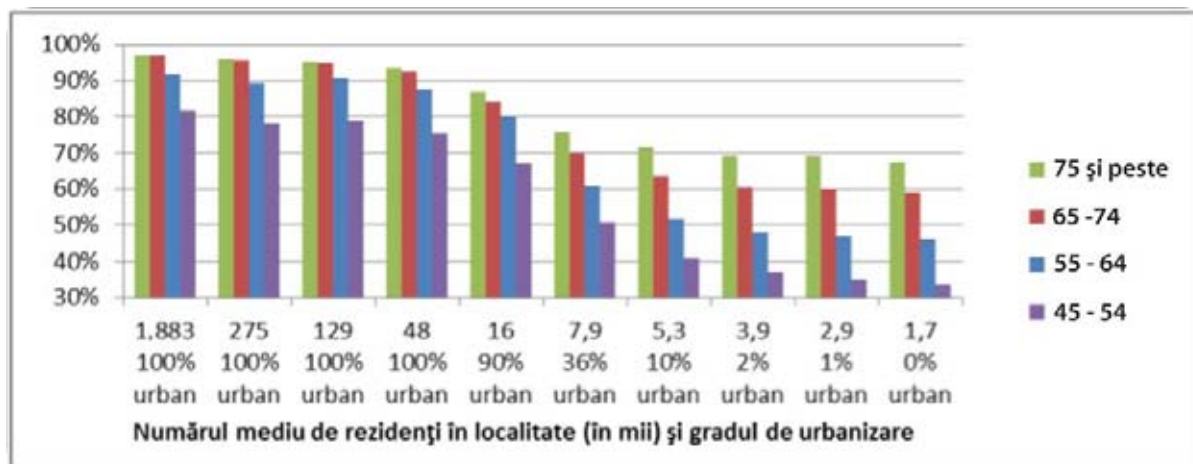
Sursa: date recensământ 2011

Notă beneficiarii prestației „pensie de agricultor”, care nu mai este acordată din 2000, însă continuă să fie plătită dacă a fost acordată înainte de anul 2000, sunt excluși din analiză

Distribuția geografică diferită a îmbătrânirii și acoperirii asigurărilor sociale creează de asemenea implicații importante pentru dezvoltarea regională După cum indică Figura , acoperirea asigurărilor sociale în rândul populației urbane cu vârsta peste 65 de ani depășește 95 de procente. Pe de altă parte, populația rurală mai în vârstă se confruntă cu reducerea acoperirii pensiei¹⁵. Prin urmare, chiar dacă procesul de îmbătrânire cel mai pronunțat are loc în zonele rurale, este probabil ca majoritatea cheltuielilor guvernamentale aferente îmbătrânirii să ajungă în regiunile urbane. Luând în considerare că respectivele cheltuieli generale cu pensiile depășesc 7 procente din PIB, distribuția regională a acestor cheltuieli chiar este importantă datorită capacității sale de a stimula economiile regionale.

¹⁵ În timp ce cea mai mare parte a populației rurale în vârstă de 65+ ani neacoperite de programul general de asigurare socială este eligibilă pentru pensia de agricultor, acest lucru nu mai este adevărat în cazul cohortelor rurale mai tinere.

Figura 2.10 Acoperirea asigurărilor sociale pentru populația vârstnică în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație



Sur

sa: Date recensământ

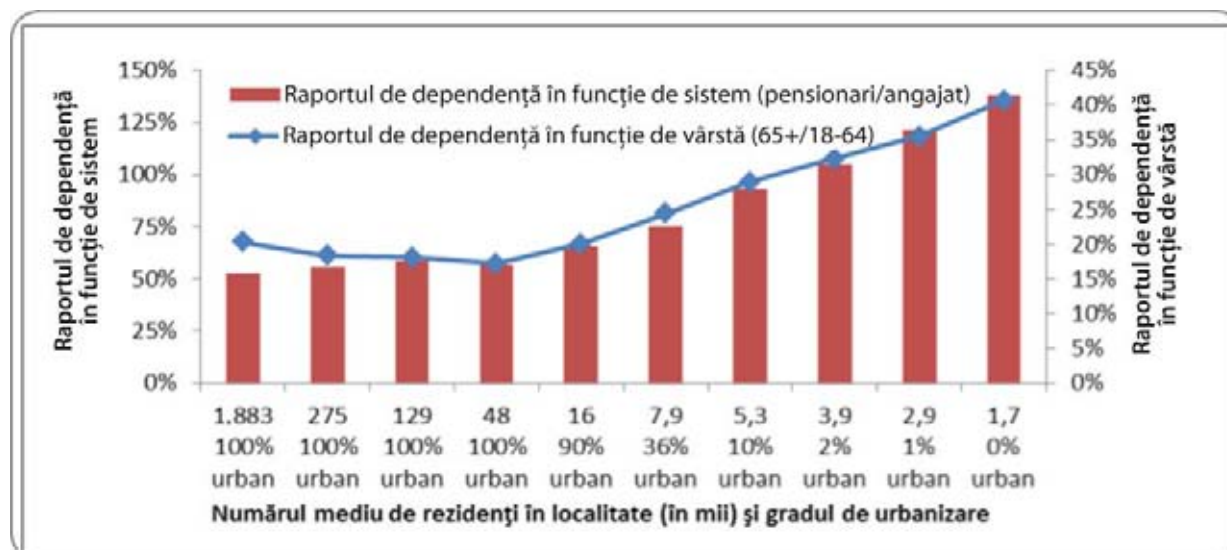
Notă Beneficiarii prestației „pensie de agricultor”, care nu mai este acordată din 2000, însă continuă să fie plătită dacă a fost acordată înainte de anul 2000, sunt excluși din analiză

Distribuția geografică inegală a îmbătrânirii în România adaugă un element de complexitate în privința furnizării de servicii medico-sociale populației vârstnice izolate.

Figura subliniază chiar mai categoric îmbătrânirea inegală în România. Aceasta arată că raportul de dependență demografică, raportul dintre populația cu vârsta de 65+ ani și populația în vârstă de muncă, poate fi chiar de 2,5 ori mai mare în cele mai mici localități comparativ cu așezările urbane. Mai mult ca sigur, această diferență mare va solicita nu numai bugetele municipale, ci și disponibilitatea forței de muncă locale de a oferi un număr suficient de candidați pentru profesiile din sectorul îngrijirii persoanelor vârstnice și de sănătate în localități mici. Densitatea populației este de obicei mică în aceste zone, impunând dificultăți suplimentare, costuri și nevoia de resurse umane în furnizarea serviciilor medico-sociale către această populație.

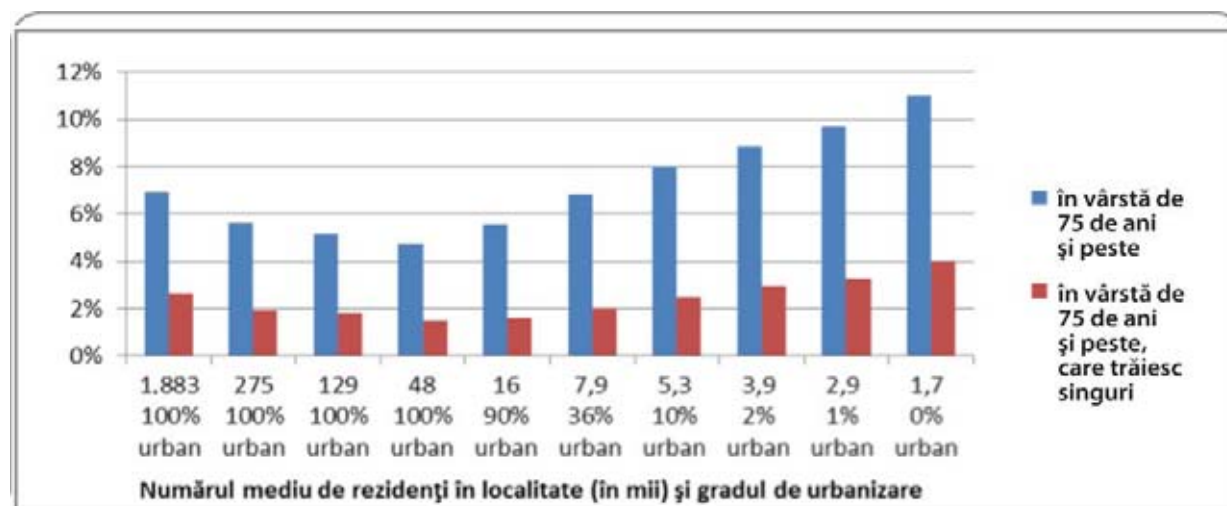
Dimensiunea provocării de a furniza servicii medico-sociale populației vârstnice rurale este chiar mai mare dacă luăm în considerare distribuția geografică a celor mai în vârstă dintre vârstnici. În ciuda unei speranțe mai scăzute de viață în zonele rurale și mai sărace, cea mai mare pondere a celor mai în vârstă persoane vârstnice – cu vârsta de 75 de ani și peste – trăiesc tot în regiuni rurale. Figura arată că până la 11% din populațiile celor mai mici localități se află în acest interval de vârstă și mai mult de o treime dintre membrii acestora trăiesc singuri. Această populație este extrem de vulnerabilă la sărăcie, excludere și lipsa accesului la servicii de sănătate și îngrijire de lungă durată

Figura 2.11 Raportul de dependență în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație



Sursa: Date recensământ

Figura 2.12 Proportia de populație în vârstă de peste 75 de ani și care trăiește singură în funcție de gradul de urbanizare în decile de populație



Sursa: Date recensământ

Diferențele mari ale rapoartelor de dependență demografică între comunitățile urbane și rurale sunt cauzate în mare parte de emigrație, iar o mare parte a acesteia reflectă migrația internă datorată urbanizării. Este important ca factorii de decizie să realizeze că emigrația, în special migrația internă către zonele urbane, este un produs natural al dezvoltării, în principal în beneficiul zonelor urbane. Acest fenomen este adesea încurajat în numele productivității crescute și al oportunităților de angajare pentru populația tânără, poate fi benefic din alte motive. Totuși, un raport mare de dependență demografică în localitățile rurale

reprezintă adesea costul acestei dezvoltării economice, iar povara acestui fapt ar trebui distribuită între comunitățile urbane și rurale.

Pentru a rezuma, îmbătrânirea populației în România are o pronunțată dimensiune regională și urbană/rurală, conducând la implicații importante pentru dezvoltarea regională și furnizarea de servicii sociale. De exemplu, mare parte din procentul de 7% din PIB pe care guvernul îl cheltuiește cu pensiile este plătită pensionarilor urbani și stimulează în principal economiile urbane. Zonele urbane beneficiază și de migrația internă a populației tinere, lăsând regiunile rurale să suporte dificultățile crescute ale furnizării de servicii sociale pentru persoanele vârstnice. De asemenea, regiunile rurale se confruntă și cu complexitatea și lipsa resurselor umane pentru furnizarea de servicii medicale și sociale către populația vârstnică izolată. Prin urmare, factorii de decizie ar trebui să ia în considerare faptul că raportul mare de dependență demografică în localitățile rurale reprezintă adesea costul migrației interne și al dezvoltării economice, iar povara acestui fapt ar trebui distribuită între comunitățile urbane și rurale.

C. Starea de sănătate a populației vârstnice a României

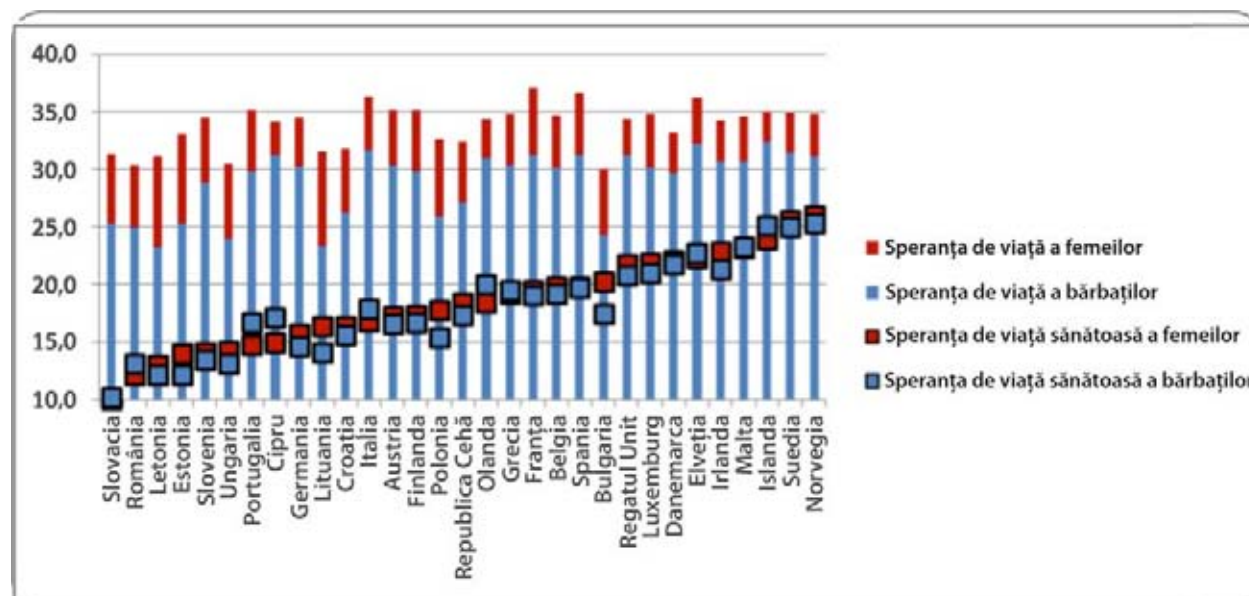
Pentru a măsura mai bine starea de sănătate a populației României și a o compara cu cea din alte țări, este importantă clarificarea înțelesului diferitelor măsuri statistice utilizate în definirea îmbătrânirii populației. O abordare tipică este observarea modificărilor speranței medii de viață ca semn al îmbătrânirii. Totuși, mortalitatea este doar un aspect al îmbătrânirii. Durata mai lungi de viață nu oferă niciun indiciu referitor la starea de sănătate a unei persoane pe durata anilor adăugați. Anii suplimentari pot fi afectați de boală, dizabilitate, fragilitate și dependență de alte persoane. Pe de altă parte, dacă anii adăugați sunt trăiți într-o stare bună de sănătate, o populație care îmbătrânește nu poate fi decât celebrată și considerată o resursă socială și economică valoroasă. O îmbătrânire cu o stare de sănătate mai bună va ajuta nu numai la compensarea scăderii previzionate a populației în vârstă de muncă permițând mai multor lucrători vârstnici să rămână mai mult timp în câmpul muncii, ci va contribui și la controlul cheltuielilor în creștere cu serviciile de sănătate. O măsură utilă în această privință este speranța de viață sănătoasă (HALE), denumită și „numărul de ani ajustați în funcție de dizabilitate”, reprezentând numărul mediu de ani pe care o persoană se poate aștepta să îi trăiască în stare de sănătate deplină¹⁶. Figura prezintă speranța de viață sănătoasă pentru bărbați și femei la vârsta

¹⁶ Spre deosebire de speranța medie de viață – care tratează toți anii în mod egal - indicatorul speranța de viață sănătoasă (SVS) atribuie diferite ponderi unor ani diferiți în funcție de sănătatea relativă aferentă acestora. Anii trăiți cu o stare de sănătate precară sunt scăzuți din total și ajustați în funcție de gravitatea precarității respective (după cum a fost considerată în studii privind populații mari). Prin urmare, un an de speranță de viață sănătoasă indică un an suplimentar de viață trăit în stare de sănătate deplină, fără dizabilitate sau boală. În fapt, statistica măsoară numărul de ani pe care o persoană de o anumită vârstă se poate aștepta să-i trăiască cu o stare bună de sănătate, luând în considerare mortalitatea, morbiditatea și starea de sănătate specifice vârstei.

de 50 de ani pentru toate țările UE și pentru câteva alte țări selectate, comparativ cu speranță de viață ajustată și diferență dintre sexe. Diferența dintre speranță de viață și speranță de viață sănătoasă poate fi interpretată ca numărul mediu de ani trăit cu o stare de sănătate precară ¹⁷.

După cum se indică în Figura 1, românii trăesc mai mult, însă aceste câștiguri sunt mai mici decât în restul UE, mulți dintre ani fiind caracterizați de dizabilitate (Figura). La vârsta de 50 de ani, bărbații se pot aștepta să mai trăiască încă 25 de ani, dintre care numai 13,1 ani ar fi trăiți într-o stare bună de sănătate. La aceeași vârstă femeile se pot aștepta la o speranță de viață de 30,4 ani, dintr-e care se estimează că 12,1 ani vor fi caracterizați de o stare bună de sănătate. Astfel, femeile se pot aștepta să trăiască cu 5,1 ani mai mult decât bărbații, dar cu o proporție mult mai mare din durata rămasă de viață caracterizată de dizabilitate (18,3 ani comparativ cu 11,9 ani pentru bărbați). Prin comparație, numărul de ani caracterizați de dizabilitate în Norvegia se ridică numai la 8,8 pentru femei și 5,6 pentru bărbați

Figura 2.13 Speranță de viață (SV) și Speranță de viață sănătoasă (SVS) la vârsta de 50 de ani



Sursa: Eurostat, date din 2011

¹⁷ Variabilitatea estimărilor speranței de viață sănătoasă este mare. Estimările Institutului de Măsurare și Evaluare a Sănătății raportează valori mult mai mari pentru majoritatea țărilor prezentate în Figura 2.13.

O mare parte din îmbunătățirile aduse duratei de viață și duratei de viață sănătoase în ultimele decenii nu au mai fost determinate de reducerea infecțiilor comune, cum s-a întâmplat în trecut, ci de îmbunătățirile medicale, niveluri crescute ale educației și niveluri socio-economice crescute (Rechel et al 2009). Este de așteptat ca aceste câștiguri să continue și, dacă România recuperează diferențele față de restul UE, procesul s-ar putea chiar accelera. Acest lucru ridică întrebarea dacă va fi însoțită creșterea speranței de viață de creșterea îmbolnăvirilor, dizabilităților și vulnerabilității, având ca efect o povară mai mare asupra serviciilor de sănătate și ÎLD. Succesul țărilor nordice, care au atins un număr scăzut de ani caracterizați de dizabilitate chiar în contextul unei speranțe mari de viață reprezintă o speranță pentru România, cel puțin în perioada de recuperare a decalajului. În continuare, după cum am menționat în discuțiile anterioare din acest capitol, există mai multe scenarii și teorii diferite referitoare la măsura în care creșterea speranței de viață este însoțită de creșterea numărului de ani trăiți în stare bună de sănătate sau la modul în care se corelează reducerea mortalității și reducerea morbidității. Un studiu recent al OCDE care a inclus 12 țări prezintă o imagine combinată, concluzionând că situația depinde foarte mult de țara respectivă, politicile acesteia, ratele factorilor de risc (fumat, activitate fizică, alimentație) și atenția acordată în trecut prevenirii bolilor cronice.

Incidența dizabilităților grave variază foarte mult de la o țară la alta pe măsura îmbătrânirii, însă dizabilitățile cu un grad scăzut și moderat tind să crească mai uniform odată cu creșterea duratei de viață. Austria, Olanda și Regatul Unit se află printre țările care prezintă numai reduceri moderate ale dizabilităților grave odată cu creșterea speranței de viață, în timp ce Germania, Franța și Japonia au experimentat scăderi mult mai mari. Un studiu chiar a constatat o creștere a dizabilităților grave în același timp cu creșterea duratei de viață în Canada și Australia. Constatările sunt mai clare în privința dizabilităților cu grad scăzut și moderat, care se preconizează cu o certitudine mai mare că vor crește pe măsura creșterii speranței de viață. Tendințele în privința dizabilităților cu grad scăzut și moderat prezintă chiar implicații mai puternice pentru cheltuielile viitoare de îngrijire și de sănătate, deoarece afectează un număr mai mare de persoane.

Majoritatea studiilor referitoare la țările UE și OCDE arată creșteri ale dizabilităților cu grad scăzut și moderat care pot fi atribuite îmbunătățirilor tratamentelor, detectării timpurii și prevenirii comorbidităților și a severității acestora. În România, datele privind dizabilitățile aferente îmbătrânirii sunt foarte limitate și nu sunt disponibile date privind tendințele pentru a estima ratele viitoare ale dizabilității. În baza analizei datelor din Ancheta Uniunii Europene privind veniturile și condițiile de viață (EU-SILC), un total de 20% dintre românii cu vârsta mai mare de 65 de ani declară că se confruntă cu limitări puternice din cauza problemelor de sănătate (a se vedea Figura). Se poate presupune că această populație ar avea nevoie de o formă de îngrijire de lungă durată cu intervenții medicale. Probabil că cererea de astfel de servicii va crește, date fiind ratele actuale ridicate ale factorilor de risc (a se vedea secțiunile următoare ale acestui Capitol).

În majoritatea țărilor UE, numărul în creștere de persoane obeze și supraponderale sporește presiunea asupra costurilor aferente serviciilor de sănătate și îngrijire pentru persoanele cu dizabilități și asociate. Diabetul de tip 2, care este în strânsă legătură cu obezitatea, reprezintă una dintre bolile cronice cu cele mai mari costuri în lumea occidentală. De asemenea, este factorul cu cea mai mare contribuție la dizabilități grave, din cauza complicațiilor (amputări și incidente cardio-vasculare). Hipertensiunea reprezintă următorul factor de risc din punct de vedere al costului ridicat pentru bolile cardio-vasculare. În România, prevalența obezității în rândul adulților se situează în prezent la aproximativ jumătate din media UE (7,9% comparativ cu 16,6%), însă este în creștere, existând foarte puțină educație publică cu privire la riscurile asociate și la măsurile preventive. Frecvența diabetului de tip 2, a hipertensiunii și a obezității este mai mare în rândul persoanelor mai înaintate în vârstă, ca și riscul de comorbiditate, în timp ce majoritatea măsurilor preventive (stil de viață) sunt necesare la începutul vieții de adult¹⁸.

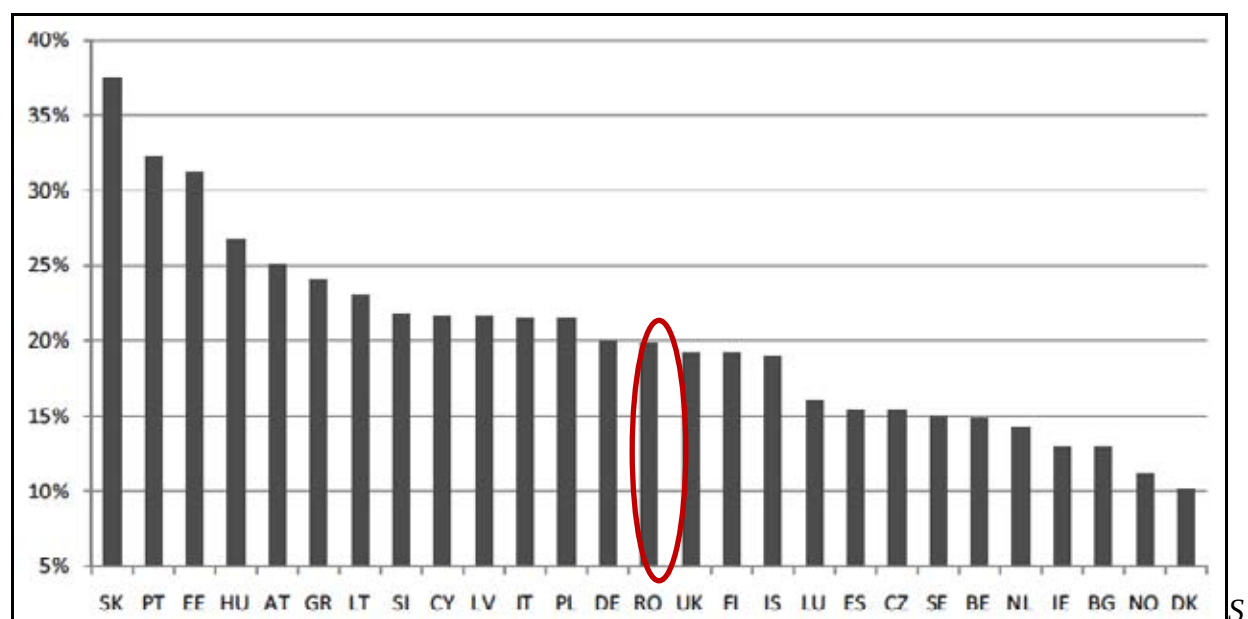
România reflectă în mare parte profilul epidemiologic al celorlalte țări UE, cu excepția populației rome. Acesta este caracterizat de o prevalență redusă a bolilor infecțioase și de un procent în creștere al bolilor cardiovasculare (boli de inimă și atac cerebral), cancer și afecțiuni care apar din cauze externe, inclusiv violență și vătămări. Bolile 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 (Country cooperation at a glance (Cooperarea între țări la prima vedere) - 2013). Cele mai comune boli netransmisibile, inclusiv bolile cardiovasculare, cancer, boli respiratorii și diabetul reprezintă împreună 86% din mortalitatea totală. (The diabetes epidemic and its impact on Europe (Epidemia de diabet și impactul asupra Europei) - 2012).

Totuși, populația de etnie romă din România, prezintă un profil epidemiologic diferit și este caracterizată de o stare de sănătate mai precară decât restul populației. Pe lângă durata de viață mult mai mică, ultimele studii cu privire la starea de sănătate a romilor indică o frecvență mai mare atât a bolilor cronice, cât și a celor infecțioase. Factorii care stau la baza acestei stări de sănătate mai precare includ condițiile de viață mai proaste, care contribuie la răspândirea bolilor infecțioase, a diareii și a afecțiunilor respiratorii, în special în rândul copiilor. Frecvența mare a bolilor cronice este de asemenea rezultatul comportamentelor cu un grad mare de risc, cum ar fi o alimentație proastă, niveluri scăzute de activitate fizică și fumatul, atât în cazul femeilor, cât și al bărbaților: de exemplu, analizele recente indică faptul că aproape jumătate din adulții romi fumează regulat, iar femeile rome fumează de 2,2 ori mai mult decât femeile române, la nivel național. Nivelul slab de sănătate poate fi de asemenea rezultatul

¹⁸ Ca să nu mai vorbim de sporirea nivelului de înțelegere în ce privește importanța creșterii intra-uterine și a riscului de apariție a bolilor cardio-vasculare, obezității și diabetului la vârsta a treia (Ipoteza Barker, 1998) - Barker D.J.P (1988), *Mothers, Babies and Diseases in Later Life* (Mame, bebeluși și boli la vârsta a treia), Churchill Livingstone, Londra

folosirii ineficiente a serviciilor disponibile de îngrijire a sănătății: aproximativ 42 la sută din locuitorii români de etnie romă nu apelează la aceste servicii atunci când au nevoie. Peste 80% dintre cei care nu folosesc aceste servicii atunci când au nevoie invocă constrângerile de natură financiară, deși o serie de servicii medicale sunt gratuite. Lipsa asigurărilor și a incertitudinii cu privire la costurile acoperite din fonduri proprii constituie motive majore de îngrijorare (Banca Mondială, 2014). Având în vedere importanța populației de etnie romă ca minoritate în creștere, trebuie să se acorde mai multă atenție nevoilor lor specifice¹⁹.

Figura 2.14 Proporția populației în vârstă de peste 65 de ani cu limitări stricte ale activităților din cauza problemelor de sănătate cel puțin în ultimele 6 luni (2008)



ursa: Calculele autorilor în baza datelor EU-SILC (2008)

Slăbirea funcției cognitive la vârste înaintate reprezintă o cauză majoră a dizabilității și dependenței; totuși, datele și tendințele sunt mai puțin studiate (BM, Raportul regional 2014). Este posibil ca populația actuală din regiunea Europa și Asia Centrală (EAC) să fi acumulat factori de risc în cursul vieții - dovezi din Studiul privind sănătatea, îmbătrânirea și pensionarea în Europa (SHARE) arată că recesiunile economice la vârstă timpurie și mijlocie sunt asociate cu funcții cognitive mai slabe între 5—74 de ani (Leist, Hessel et al, 2014). Demența, care se manifestă cel mai adesea sub forma maladiei Alzheimer, conduce la o

¹⁹ Recentul raport privind populația romă "Studiu de diagnosticare și consultanță pentru politicile de sprijinire a incluziunii romilor din România, Banca Mondială, 2014" oferă mai multe recomandări privind politicile orientate spre nevoile specifice pentru populația romă.

degenerare a creierului care afectează memoria, gândirea, comportamentul și capacitatea de a desfășura activități zilnice. Demența nu este o parte normală a îmbătrânirii. Totuși, este din ce în ce mai comună la vârste înaintate, iar prevalența acesteia este în creștere în EAC (OMS, 2012b). În anul 2009, au fost estimate aproximativ 6,8 milioane de persoane în vârstă de 60 de ani și peste care suferă de demență în statele membre UE, reprezentând aproximativ 6 procente din populația din respectiva grupă de vârstă, conform estimărilor Wimo et al. (2010). În România, rata de prevalență a demenței în acest grup de vârstă a fost mai mică, de 4,7 procente.

Depresia reprezintă de asemenea o preocupare în rândul unei populații care îmbătrânește și în special în zonele rurale din România, în care multe persoane vârstnice trăiesc singure. Singurătatea este un puternic factor determinant al depresiei, în special în rândul femeilor. Prevalența depresiei la vârste înaintate este estimată la aproximativ 10% din populație pentru persoanele care trăiesc independent la nivel mondial, ridicându-se la aproximativ 25% din populația vârstnică care se confruntă în același timp cu boli cronice, și chiar mai mult în cazul persoanelor care beneficiază de îngrijire instituționalizată (McDougall et al, 2007). Ratele depresiei autoraportate sunt mai mari în rândul populației EAC decât în rândul populației UE15 (Smith și Nguyen, 2013). Gestionarea depresiei ar putea prezenta beneficii semnificative pentru sănătate în EAC (Jenkins, Klein și Parker 2005, Banca Mondială 2007).

Pe scurt, având în vedere datele limitate disponibile, sunt posibile numai concluzii generale. *Speranța de viață în România este în creștere (cu excepția minorității rome) și probabil că oamenii vor trăi mai mult, fără ca acest lucru să implice o creștere semnificativă a dizabilităților grave. Având în vedere tendințele și politicile actuale, aceștia vor suferi totuși mai mult de dizabilități cu grad scăzut și moderat, în baza prevalenței factorilor de risc și a nivelului actual de boală autoraportată, luând în special în considerare grupurile vulnerabile (persoanele sărace din zonele rurale, populația romă). O analiză mai detaliată a tendințelor bolilor cronice și dizabilităților în rândul populației în vârstă, precum și consolidarea sistemelor de informații privind sănătatea va conduce la îmbunătățirea analizei viitoare și la adoptarea de politici în baza dovezilor disponibile. În plus, mediile naționale pot ascunde inegalități considerabile, precum și diferențe în educație și statut socio-economic. De asemenea, considerentele de gen sunt importante deoarece femeile tind să trăiască mai mult, însă cu o stare de sănătate precară un timp mai îndelungat. De asemenea, la nivel mondial, femeile sunt mai dispuse la depresie, iar acest aspect necesită o atenție sporită într-o societate în curs de îmbătrânire (Ritsatakis 2008 și Jette 1981).*

D. Implicațiile îmbătrânirii asupra cheltuielilor de sănătate și a sistemului de sănătate

Îmbătrânirea populației poate să creeze presiune fiscală asupra cheltuielilor de sănătate prin utilizare mai intensă. Este foarte dificil de estimat măsura în care și dacă aceste cheltuieli

de sănătate vor crește datorită îmbătrânirii deoarece acest lucru depinde foarte mult de reușita României de a reduce efectele care pot fi prevenite. Dat fiind că vârstnicii reprezintă de obicei aproximativ jumătate din volumul spitalizărilor (McKee 2002), este logic să se presupună că un număr crescut de vârstnici va conduce la o utilizare crescută a spitalelor și la mai multe zile de spitalizare și, astfel, la costuri mai mari. În România, jumătate din bugetul total al sănătății este cheltuit pentru îngrijirea în spitale. Totuși, majoritatea studiilor arată că nu îmbătrânirea sau chiar utilizarea serviciilor conduce la majorarea costurilor de sănătate. În schimb, dezvoltările tehnologice reprezintă principalul factor determinant al costurilor. De exemplu, în Franța, între 1992 și 2000, cheltuielile de sănătate s-au redus cu 8,6%, însă aceste câștiguri au fost anulate de noile costuri aferente progresului tehnologic; prin comparație, procesul de îmbătrânire a condus la creșterea cheltuielilor de sănătate cu numai 3,2% (Dormont 2005).

Este probabil ca procesul de îmbătrânire din România să afecteze cheltuielile de sănătate și acestea să devină chiar semnificative, având în vedere că nivelul actual al acestor cheltuieli este scăzut și că există nevoi importante care nu sunt satisfăcute, în special cu privire la gestionarea bolilor cronice. Sistemul actual de sănătate nu este performant, în special pentru persoanele sărace și este sub-finanțat (Health Sector Functional Review (Analiza funcțională a sectorului de sănătate), 2013, BM). Deși sistemul de sănătate din România a avut rezultate bune în ultimul deceniu, reducând mortalitatea infantilă și mortalitatea maternă și a crescut speranța de viață, există probleme serioase privind accesul la servicii. Acest lucru se întâmplă în special în cazul persoanelor sărace, care nu apelează la serviciile de îngrijire atunci când au nevoie. Această diferență este mare în special în tratamentul bolilor cronice, 42% dintre persoanele sărace neprimind tratament din cauza lipsei de infrastructură, a lipsei disponibilității personalului medical și a lipsei posibilităților financiare, deoarece multe persoane își plătesc încă singure serviciile de sănătate și medicamentele (BM 2013).

Detectarea timpurie și tratamentul bolilor cronice și o gestionare mai bună a factorilor de risc și a prevenirii pot reduce cheltuielile de sănătate viitoare²⁰ și pot accelera creșterea speranței de viață. În 2012, mai puțin de 30% dintre adulții din România participanți la anchetă

²⁰ Simpla prevenire și detectarea timpurie nu vor reduce neapărat cheltuielile viitoare pentru sectorul sănătății. S-a scris foarte mult pe marginea întrebării dacă măsurile preventive reduc de fapt cheltuielile cu sănătatea la vârsta a treia. În cazurile individuale, fără îndoială că aceste măsuri contribuie la reducerea cheltuielilor, de exemplu o persoană care are nevoie de o intervenție chirurgicală ca urmare a arteriosclerozei ar fi putut preveni aceste costuri, dacă i s-ar fi recomandat o schimbare adecvată a stilului de viață și un tratament corespunzător în stadiul incipient al bolii, iar aceste recomandări ar fi fost puse în practică. Cu toate acestea, la nivelul populației, dacă toată lumea ar face analize frecvente, teste de depistare a unor boli și tratamente în stadii incipiente, beneficiile rezultate în urma salvării unei vieți nu ar compensa costurile crescute contractate pentru prevenire și tratament în stadiul incipient al bolii. Dacă adăugăm la acest calcul beneficiile obținute ca urmare a numărului de ani de viață sănătoasă salvați în acest fel, este posibil ca aceste beneficii să fie la limită sau chiar să depășească costurile. Pentru o analiză mai detaliată, a se vedea New England Journal of Medicine (Jurnalul medical al Noii Anglii), din 14 februarie 2008.

au declarat că și-au făcut un control cardiologic și mai puțin de 50% și-au măsurat tensiunea arterială în ultimele 12 luni (Getting Better (Sănătate mai bună), BM 2013). Acestea sunt măsuri importante de examinare care ajută la detectarea timpurie a bolilor cronice și contribuie la evitarea apariției unor boli grave și costisitoare. Chiar și în rândul adulților care știu că suferă de hipertensiune (50%) și care au fost tratați (45%), mai puțin de 10% o țin sub control, ceea ce înseamnă că regimul medicamentos nu a fost adecvat.

Factorii de risc precum fumatul și consumul de alcool rămân foarte ridicați în România, principiile unei alimentații sănătoase sunt comunicate pe scară foarte redusă, iar examinarea timpurie necesită mai multă promovare (a se vedea casețele 1 și 2). Diferența privind speranța de viață între România și țările UE-12 poate fi în mare parte explicată prin așa-numita revoluție „cardio-vasculară” care a avut loc în ultimul deceniu în Europa occidentală datorită (1) controlului factorilor de risc; (2) detectării timpurii și tratamentului; și (3) progreselor tehnologice care au condus la un număr redus de decese în faza acută a bolilor cronice. În România, prevalența fumatului zilnic în rândul populației adulte a fost de 20,5%, ușor mai mică decât media de 23% din Uniunea Europeană, rata fumatului fiind semnificativ mai mare pentru bărbați (33%) decât pentru femei (9%). Totuși, există o tendință recentă de creștere a numărului de femei care fumează zilnic. Ca și în restul Europei, în România, există dovezi puternice ale diferențelor socioeconomice ale fumatului și mortalității: persoanele cu un statut socio-economic mai scăzut au o prevalență și intensitate a fumatului mai mare, o rată mai mare a mortalității din toate cauzele și rate mai mici ale supraviețuirii cancerului. Consumul de alcool este mai mare în România (12,7 litri pe cap de locuitor), comparativ cu media Uniunii Europene (10,7 litri pe cap de locuitor), cu o creștere de 17% în ultimii 30 de ani.

Caseta 1. Politicile de control al tutunului

Tutunul

Politicile eficiente de control al tutunului acoperă mai multe domenii, în conformitate cu cele mai bune dovezi privind soluțiile care funcționează pentru a ajuta oamenii să renunțe la fumat (OMS 2013):

Măsura de politică 1: *Creșterea impozitării tutunului. În țările EAC, două treimi dintre persoane fac alegeri privind fumatul în funcție de costuri.* Cercetările demonstrează că o creștere de 10% a costului țigărilor reduce consumul general cu aproximativ 2,5-5% în țările cu venituri mari, cu un impact probabil mai mare în țările cu venituri mici și medii și asupra tinerilor (Chaloupka et al, 2010, Cawley și Ruhm, 2012); impozitarea este singura intervenție care se dovedește a fi cea mai eficientă și economică pentru reducerea consumului de țigări (Laxminarayan et al, 2006) și, după cum s-a demonstrat, în EAC a condus într-un mod demonstrabil la renunțarea la fumat în Polonia, Rusia și Ucraina (Ross et al 2014). Totuși, taxele pe țigări din multe țări din regiune sunt sub 50% și chiar în statele din Balcani, în care impozitarea este extrem de bine impusă, nu ajung la 75% din prețul cu amănuntul.

Măsura de politică 2: *Implementarea măsurilor de interdicere a fumatului în locurile publice pentru a reduce fumatul pasiv și pentru a încuraja fumătorii să renunțe la fumat sau să reducă numărul de țigări fumate.* De la introducerea sa în Irlanda în 2004, măsura de interdicere a fumatului în locurile publice a fost o măsură eficientă și bine primită pentru reducerea fumatului în Europa și în afara ei (EPHA, 2012;

Spinney, 2007). Cercetările arată că legislația de interzicere a fumatului conduce la o reducere semnificativă a bolilor cardiovasculare și respiratorii aferente fumatului în câteva luni, iar legile mai cuprinzătoare au fost asociate cu o mai mare reducere a riscului (Tan și Glantz 2012).

Măsura de politică 3: *Limitarea publicității, promovării și sponsorizării țigărilor.* Publicitatea reprezintă factorul care determină o treime din tineri să experimenteze fumatul (OMS 2013), iar interzicerea publicității salvează vieți. Companiile producătoare de țigări țintesc țările cu venituri mici și medii printr-un marketing specific țărilor respective care subliniază în mod fals calități precum tinerețea, eleganța și sex appeal-ul pentru a crește prevalența fumatului. S-a constatat că interdicția parțială și restricțiile voluntare asupra acestui tip de publicitate sunt ineficiente, în timp ce interzicerea completă reduce consumul în toate țările în care a fost implementată (OMS 2013). Astfel, trebuie să se interzică publicitatea directă, indirectă (sponsorizare și promoții) și la punctele de vânzare, și trebuie să se organizeze activități de responsabilitate socială a companiilor producătoare de țigări, cu monitorizare și aplicare.

Măsura de politică 4: *Includerea avertismentelor de sănătate pe pachetele de țigări și restricționarea vânzărilor de țigări către tineri.* S-a constatat că etichetele de avertizare privind efectele asupra sănătății au fost eficiente, economice și sprijinite public. Turcia este singura țară din EAC care respectă liniile directe internaționale referitoare la aceste avertismente. Restricționarea vârstei la care pot fi cumpărate țigările descurajează și creează o barieră în calea fumatului la vârste tinere.

Măsura de politică 5: *Furnizarea de informații privind pericolele fumatului și accesul la sprijin pentru renunțarea la fumat, inclusiv terapie de înlocuire a nicotinei.* Campaniile de informare publică pot juca un rol esențial în prevenirea fumatului, iar cercetările arată că acestea sunt eficiente în toate țările, indiferent de nivelul de venituri (OMS 2013). Sistemul de sănătate al fiecărei țări trebuie să își asume responsabilitatea pentru conducerea și coordonarea unui program național de control al tutunului, inclusiv furnizarea accesului liber la programe pentru stoparea fumatului.

Sursa: ECA Regional Flagship on Ageing (Studiul EAC regional de referință cu privire la îmbătrânire). În curs de publicare.

Caseta 2. **Politici de reducere a consumului de alcool**

Alcoolul

Consumul excesiv de alcool reprezintă un pericol specific pentru sănătate și un risc pentru speranța de viață în țările EAC, atât ca factor de risc pentru bolile cardiovasculare, cât și pentru cauze externe ale decesului, cum ar fi vătămările. Europa de est și occidentală se află în frunte în ce privește consumul de alcool pe cap de locuitor (OMS 2011). S-a arătat că decesele care au legătură cu alcoolul contribuie semnificativ la diferența generală de mortalitate între grupuri cu niveluri diferite de educație în statele membre UE (Uniunea Europeană 2013). Acest risc pentru sănătate este atribuit în principal „beției“, respectiv consumului de cinci sau mai multe băuturi în cadrul aceleiași întâlniri (OMS 2012). Bețiile sunt mai comune în EAC decât în UE15, în special acolo unde fac parte din ceremoniile culturale.

Majoritatea persoanelor din EAC și în special femeile sprijină politici mai bune pentru reducerea consumului riscant de alcool. Într-adevăr, politicile de reducere a consumului de alcool se bucură de mai mult sprijin public în EAC decât în țările vecine din UE-15. Există un precedent bun

pentru acest lucru, constând dintr-un set de politici anti-alcool introduse în anii 1980 (incluzând impozitarea, restricții de vânzare și producție, precum și programe de sănătate și educaționale referitoare la alcool), cu beneficii extinse pentru sănătate în Uniunea Sovietică (Sidorenko 2013). La momentul dispariției Uniunii Sovietice, au dispărut și aceste politici, având ca rezultat o creștere a disponibilității și consumului de alcool care este considerată responsabilă pentru până la jumătate din creșterea mortalității de la momentul respectiv (Bhattacharaya J, Gathmann C, Miller G 2011). Aceste modificări au avut loc într-un moment în care în mare parte din restul lumii se implementau politici pentru îmbunătățirea morbidității și mortalității cauzate de alcool. Consolidarea politicilor privind alcoolul ar putea conduce la câștiguri semnificative în privința speranței de viață sănătoasă în EAC.

Măsura de politică 1: *Descurajarea consumului de alcool prin implementarea unor campanii de informare în domeniul sănătății, creșterea costului alcoolului prin impozitare sporită, limitarea publicității, marketingului și sponsorizării, precum și prin utilizarea unor etichete de avertizare proeminente pe toate produsele din alcool cumpărate.* Există multe dovezi care arată reacții puternice față de prețul alcoolului, la fel ca în cazul tutunului.

Măsura de politică 2: *Reducerea riscului efectelor negative ale alcoolului prin aplicarea unor legi care să împiedice conducerea autovehiculelor în stare de ebrietate și prin oferirea de consiliere și tratament pentru consumul excesiv de alcool prin intermediul serviciilor primare de îngrijire.* Majoritatea țărilor EAC au legi mai restrictive privind concentrația de alcool în sânge la conducerea autovehiculelor decât țările UE-15, însă punerea lor în aplicare este esențială.

Măsura de politică 3: *Limitarea disponibilității alcoolului prin restricționarea vârstei, programului și locațiilor de unde poate fi cumpărat.* Vânzările către tineri sunt restricționate aproape în întreaga zonă EAC; totuși, restricții suplimentare privind locațiile și programul de cumpărare (de exemplu, interzicerea vânzării la automate) ar putea fi benefice.

Sursa: ECA Regional Flagship on Ageing (Studiul EAC regional de referință cu privire la îmbătrânire). În curs de publicare.

Programele naționale de sănătate publică ce se concentrează asupra conștientizării factorilor de risc, prevenirii și promovării examinării timpurii sunt foarte limitate în România (BM 2013). Inițial, aceste programe s-au concentrat pe boli transmisibile precum TB și HIV/SIDA, incluzând recent și hipertensiunea. Totuși, finanțarea și mecanismele de livrare a acestor programe tind să fie verticale și să nu ajungă la foarte multe persoane, deoarece nu sunt suficient integrate în serviciile primare de îngrijire și mai larg, la nivelul comunității. De asemenea, tind să se concentreze asupra intervențiilor curative în loc să se axeze pe prevenire. De exemplu, programul privind diabetul finanțează tratamentul injectabil cu insulină, însă face

foarte puțin în privința educării populației și controlului nivelului de glucoză din sânge. Pot fi găsite puține informații privind activitățile fizice și atenția acordată vârstnicilor.

O alimentație sănătoasă și menținerea activității fizice se numără printre factorii determinanți esențiali pentru îmbătrânirea activă și trebuie promovați foarte mult în rândul grupurilor de populație pentru întârzierea îmbătrânirii fizice (s-a dovedit că și participarea socială contribuie la rezultate benefice pentru sănătate; pentru mai multe detalii, a se vedea Capitolul 4). Într-un sens mai strict, crearea de oportunități pentru ca persoanele vârstnice să se plimbe și să fie active poate ajuta în mod semnificativ la prevenirea și reducerea apariției și gravității bolilor cronice. Deși riscul de rănire și căzături crește odată cu creșterea activității, acest lucru nu este în contradicție cu promovarea exercițiilor fizice, însă trebuie însoțit de crearea unor zone recreaționale adecvate. Există multe experiențe intervenționale inovatoare care pot reprezenta lecții în acest sens (Japonia, Olanda, Danemarca). Alimentația sănătoasă poate reprezenta o provocare pentru vârstnici, în special deoarece au mai puține posibilități de a cumpăra alimente proaspete, gătitul unui fel de mâncare este mai dificil, iar problemele stomatologice pot împiedica consumul de alimente proaspete. O atenție sporită și conștientizarea aspectelor din acest domeniu sunt necesare de urgență în România.

România cheltuiește mai puțin de 5% din PIB cu sănătatea, o cifră scăzută comparativ cu media europeană de 6,5% și media UE de 8,7% (BM 2013). Multe aspecte pot fi încă îmbunătățite, iar analiza funcțională recentă privind sectorul sănătății recomandă elaborarea unei strategii pe termen lung, care să abordeze îmbunătățirea eficienței, domeniul fiscal și sustenabilitatea, luând în același timp în considerare finanțarea privată. Îmbătrânirea și creșterea aferentă a costurilor, precum și investițiile în detectarea timpurie și tratamentul bolilor cronice ar trebui să reprezinte o parte importantă a acestei strategii. Revizuirea politicii din domeniul farmaceutic cu privire la medicamentele de uz general și la prețul medicamentelor folosite pentru scăderea hipertensiunii și a colesterolului ar putea contribui la înțelegerea profundă a modului în care pot fi reduse aceste costuri. Implicațiile pentru îngrijirea de lungă durată sunt la rândul lor foarte importante și vor fi discutate într-un capitol separat. Opțiuni specifice care pot fi luate în considerare de sectorul de sănătate pentru a contribui la obiectivul îmbătrânirii în condiții bune de sănătate în România sunt sugerate în cele ce urmează.

- **Sistemul de sănătate joacă un rol crucial nu numai în furnizarea de îngrijire medicală vârstnicilor, ci și în furnizarea examinării timpurii, a programelor de conștientizare și prevenire.** Sistemul de sănătate din România nu a acordat o atenție corespunzătoare acestui rol în general și, în special, nu pentru populația vârstnică. Cu o populație vârstnică în creștere și cu elaborarea în curs a unei noi strategii pe termen lung, acesta este un moment oportun pentru a acorda mai multă atenție acestui aspect.
- **Multe boli cronice pot fi prevenite prin alegerea unui stil de viață mai sănătos.** Adoptarea unei alimentații mai sănătoase sau efectuarea de examinări regulate ale stării de sănătate pot reprezenta o provocare și este posibil ca mulți adulți din România să nu fie conștienți de beneficiile acestor acțiuni. Prin urmare, factorii de decizie trebuie să elaboreze o

abordare de îngrijire integrată care să ofere rute atât pentru îngrijirea preventivă, cât și pentru medicina curativă printr-o abordare holistă și personalizată care poate satisface nevoi multidimensionale de servicii de sănătate. Principiile de bază ale acestei abordări se bazează pe conceptul de integrare a îngrijirii acordate în spital, la nivelul comunității, acasă și a auto-îngrijirii:

- (1) Îmbunătățirea eficienței rezultatelor clinice prin creșterea cunoștințelor în domeniul sănătății, promovarea împuternicirii pacienților, prin programe etice și de aderare;
- (2) Realizarea de inovații în gestionarea sănătății personale prin programe validate și bune practici pentru diagnosticare timpurie și măsuri preventive;
- (3) Implementarea unor programe integrate pentru prevenirea, diagnosticarea timpurie și gestionarea diminuării funcționale, atât fizice cât și cognitive, în rândul populației vârstnice;
- (4) Revizuirea politicilor din domeniul farmaceutic privind prescrierea medicamentelor de uz general și a stabilirii prețului de cost al medicamentelor.

- **Ca în orice țară EAC, pentru a satisface aceste nevoi ale unui grup de pacienți în curs de îmbătrânire printr-o modalitate sustenabilă fiscal, România va trebui să-și sporească forța de muncă în domeniul serviciilor geriatrice de sănătate.** Următoarea generație de lucrători în sectorul sănătății va trebui să înțeleagă mai bine nevoile specifice de sănătate ale pacienților vârstnici. Acest lucru include gestionarea mai multor boli cronice și slăbirii funcțiilor cognitive, în principal în secții de ambulatoriu. În contextul unei forțe de muncă în scădere și al resurselor fiscale limitate, România va trebui să introducă o tranziție de la îngrijirea în spital la servicii primare consolidate de îngrijire și prevenire. De fapt, pe măsură ce populația îmbătrânește, și îngrijirea va trebui să fie furnizată din ce în ce mai mult la nivelul comunității. Mai multe țări din Europa și Asia Centrală, cum ar fi Turcia și Georgia, au reușit să introducă cu succes un model de medicină de familie în ciuda unei centrări istorice pe îngrijirea în spital (Smith și Nguyen 2013). Creșteri susținute ale raportului dintre medicii de familie și specialiști vor fi necesare pentru a gestiona povara reprezentată de bolile unei populații în proces de îmbătrânire. (Studiul EAC privind îmbătrânirea 2014).
- **Abordarea îmbătrânirii într-o stare bună de sănătate într-un mod sustenabil din punct de vedere fiscal: eficient și cu accent pe prevenire:**
 - (i) diseminarea și implementarea, după caz, de protocoale, programe de educație și instruire pentru profesioniștii din domeniul sănătății, personalul de îngrijire și îngrijitorii informal/din cadrul familiei, cu o atenție specială acordată rolurilor în formare și gestionarea completă a cazului, de exemplu privind fragilitatea, morbiditatea multiplă și monitorizarea la distanță;
 - (ii) Implementarea pilot și stabilirea unei gestionări a cazurilor cu morbiditate multiplă, cu noi modele de îngrijire pentru un set de boli cronice, inclusiv protocoale și planuri de îngrijire individualizată;
 - (iii) Reducerea spitalizării evitabile/inutile a vârstnicilor cu boli cronice, prin implementarea eficientă a programelor de îngrijire integrată și a modelelor de gestionare a bolilor cronice care ar trebui să contribuie în ultimă instanță la creșterea eficienței sistemelor de sănătate.

Pentru a concluziona, probabil că îmbătrânirea populației va contribui la creșterea presiunii asupra cheltuielilor de sănătate în România, care în prezent nu sunt încă foarte ridicate. Pentru a reduce preventiv această presiune, România ar trebui să investească în prevenirea, detectarea timpurie și tratamentul bolilor cronice. O atenție deosebită trebuie acordată reducerii consumului de tutun și alcool și promovării alimentației sănătoase și sportului, inclusiv în rândul persoanelor în vârstă, printr-o integrare mai bună a acestor măsuri preventive în serviciile primare 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 va avea de asemenea nevoie de o forță de muncă mult mai mare în domeniul geriatriei, care să fie bine echipată pentru a gestiona mai multe boli cronice și slăbirea funcțiilor cognitive în principal în secții de ambulatoriu.

Capitolul 2 Bibliografie

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Studiu privind sănătatea, îmbătrânirea și pensionarea în Europa). (mai 2014). Preluat de pe <http://www.share-project.org/>

Balestat, Lafortune, & Gaëlle. (2007). Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications (Tendențe în privința dizabilităților grave în rândul persoanelor vârstnice: evaluarea dovezilor din 12 țări OCDE și implicațiile viitoare). OCDE.

Barr, N. (2010). Long-term Care: A Sustainable Case for Social Insurance (Îngrijirea pe termen lung: un caz sustenabil pentru asigurările sociale). Social Policy and Administration (Politică socială și administrație), pp. 44(4), 359-374.

Beltrametti, L., & Valle, M. D. (2011). Centrul de cercetare pentru politici privind pensiile și bunăstarea.

Comisia Europeană. (2013). Commission Staff Working Document: Investing in Health (Documentul de lucru al serviciilor Comisiei: Investirea în sănătate). Bruxelles.

Comisia Europeană. (2013, 3 14). Indicele privind îmbătrânirea activă al UE. Preluat pe 6 februarie 2014 de la Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=1837&furtherNews=yes>

Eurostat. (mai 2014). Baza de date statistice a Eurostat.

Fries, J. (1989). The compression of morbidity: Near or far? (Comprimarea morbidității: apropiată sau îndepărtată?) Publicația trimestrială Milbank Memorial Foundation / Sănătate și Societate, 67,208-232.

Galasso, V., Gatti, R., & Profeta, P. (2009). Investing in Old Age: Pensions, Children, and Savings (Investirea în vârsta înaintată: pensii, copii și economii). Fiscalitate internațională și finanțe publice, 538-559.

Galasso, V., Profeta, P., Haskel, J., & Ventura, J. (aprilie 2004). Lessons for an Ageing Society; The Political Sustainability of Social Security Systems (Lecții pentru o societate care îmbătrânește; sustenabilitatea politică a sistemelor de asigurări sociale). Politică economică, 19(38), 63-115.

Indexul global de monitorizare a vârstei (mai 2014). Healthy Life Expectancy at Birth (Speranța de viață sănătoasă la naștere). Preluat în luna mai 2014, din Indexul global de monitorizare a vârstei: <http://www.helpage.org/global-agewatch/data/healthy-life-expectancy-at-birth/>

Gradus, J.-M. v. (2012). Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands (Estimarea efectelor reformelor recente în domeniul dizabilității în Olanda). Oxford Journal, 24.

Gruenberg, E. M. (1977). The failure of success (Eșecul succesului). Publicația trimestrială Milbank Memorial Foundation / Sănătate și Societate, 55,3-24.

Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities (Pandemia în creștere a tulburărilor mentale și a bolilor cronice și dizabilităților asociate). Suplimentul ACTA Paediatrica Scandinavica, pp. 382–397.

Kroger, T. (2011). Retuning the Nordic welfare Municipality. Central regulation of social care under change in Finland (Recalibrarea nivelului de bunăstare în municipiile din țările nordice. Reglementarea centrală a sistemului de asistență socială în schimbare din Finlanda). Jurnalul internațional de sociologie și politică socială, 31(3/4), 148-159.

Kryńska, E., & Szukalski, P. (2013). Active Ageing Measures in Selected European Countries (Măsurile de îmbătrânire activă în câteva țări europene), pp. 247-248.

Manton. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population (Schimbarea conceptelor de morbiditate și mortalitate în rândul populației vârstnice). Publicația trimestrială Memorial Fund 60, pp. 183–244.

Mazzonna, F., & Peracchi, F. (2012). Ageing, cognitive abilities and retirement (Îmbătrânire, abilități cognitive și pensionare). Revista economică europeană.

Institutul Național de Statistică al României. (fără dată). INSSE Statistical DB Tempo. România. Preluat în 2014, de pe <http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo2&lang=en&context=21>

OCDE. (2012). The Diabetes Epidemic and its Impact on Europe (Epidemia de diabet și impactul acesteia asupra Europei). Copenhaga: OCDE.

OCDE. (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators (Sănătatea la prima vedere 2013: Indicatori OCDE). Editura OCDE.

Olshansky, S. J., Rudberg, M. A., Carnes, B. A., & Cassel, B. A. (1991). Trading off longer life for worsening health: The expansion of morbidity hypothesis (O viață mai lungă în schimbul unei sănătăți mai precare: ipoteza extinderii morbidității). Jurnalul îmbătrânirii și sănătății, 3, 194±216.

Banca Mondială (2014) *Studiu de diagnosticare și consultanță pentru politicile de sprijinire a incluziunii romilor din România*

Banca Mondială (2014) ECA Regional Flagship on Ageing (*Studiul EAC regional de referință cu privire la îmbătrânire*). În curs de publicare

CAPITOL 3 MUNCA LA VÂRSTE MAI ÎNAINȚATE

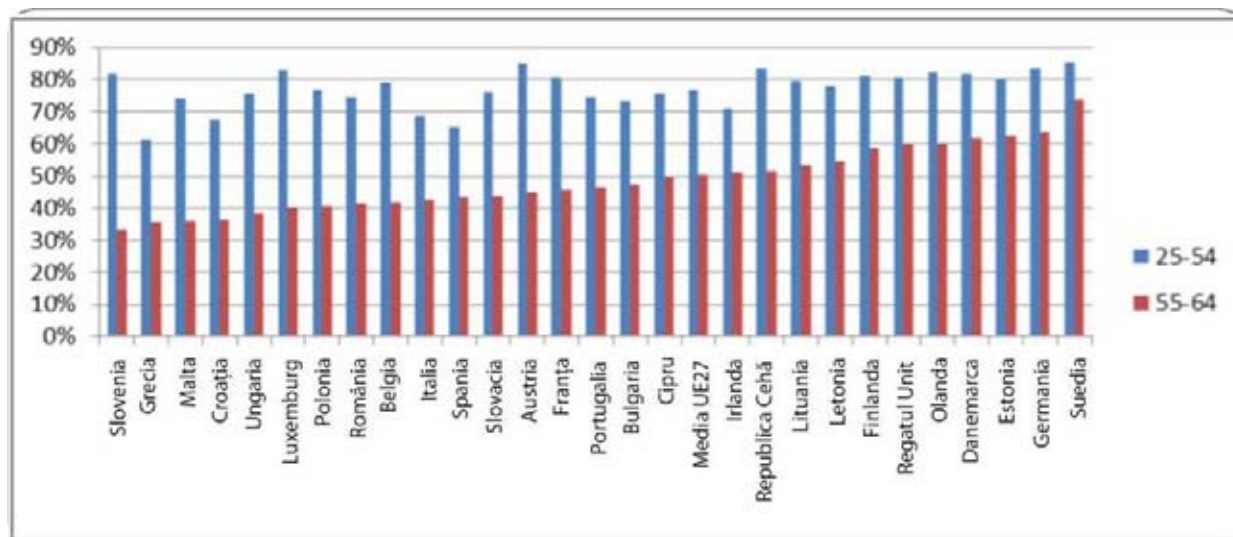
A. Populația vârstnică - o resursă slab folosită a economiei României

Obiectivul național al României de a atinge o rată de ocupare a forței de muncă de 70 de procente pentru populația cu vârsta între 20 și 64 de ani până în anul 2020 este extrem de ambițios. Până în prezent, progresul a fost lent. Conform datelor Eurostat, rata de ocupare a forței de muncă a înregistrat constant aproximativ 63 - 64 de procente între 2003 și 2012. Pentru a-și atinge obiectivul, România trebuie să depună eforturi concertate pentru creșterea ratelor de ocupare a forței de muncă în rândul tuturor segmentelor de populație aflate în șomaj, în special în zonele cele mai vulnerabile, cum sunt cele cu populație predominant de etnie romă, a cărei rată de ocupare a forței de muncă în 2011 se ridica la numai 30 la sută, în comparație cu vecinii lor care nu sunt de etnie romă, a căror rată de ocupare era de 44 la sută (Banca Mondială, 2014). Totuși, cohortele mai în vârstă, active profesional reprezintă actualmente cel mai mare potențial pentru creșterea forței de muncă, în special în zonele urbane, după cum se va prezenta în cele ce urmează. Rata de participare la forța de muncă a populației feminine cu vârsta între 50-64 este extrem de scăzută, plasându-se la doar 43% în 2012.

Progresul României în atingerea obiectivului său național de reducere a numărului de persoane afectate de sărăcie cu 580 de mii ar fi de asemenea mult mai ușor dacă ratele mai mari de ocupare a forței de muncă ar contribui la creșterea veniturilor populației mai vârstnice din rândul celor în vârstă de muncă. Acest lucru s-ar traduce mai departe în pensii viitoare mai mari, amplificând impactul pozitiv asupra veniturilor persoanelor vârstnice.

În prezent, ratele de ocupare a populației mai vârstnice din rândul celor în vârstă de muncă din România sunt destul de scăzute față de standardele UE, fără a lua în considerare o eroare de creștere artificială în măsurare, care va fi discutată mai jos (a se vedea Figura 3.1). Conform statisticilor, rata de ocupare a populației cu vârsta între 55 și 64 de ani este cu 9 puncte procentuale mai mică decât media UE 27, în timp ce rata de ocupare pentru populația cu vârsta între 25 și 54 de ani este cu numai 2 puncte procentuale mai mică. Numai în baza acestei singure statistici, cohortele mai în vârstă par să reprezinte un grup mare de posibili lucrători suplimentari, care nu poate fi ignorat în stabilirea politicilor pentru atingerea obiectivului ambițios privind ocuparea forței de muncă pe care România și l-a propus.

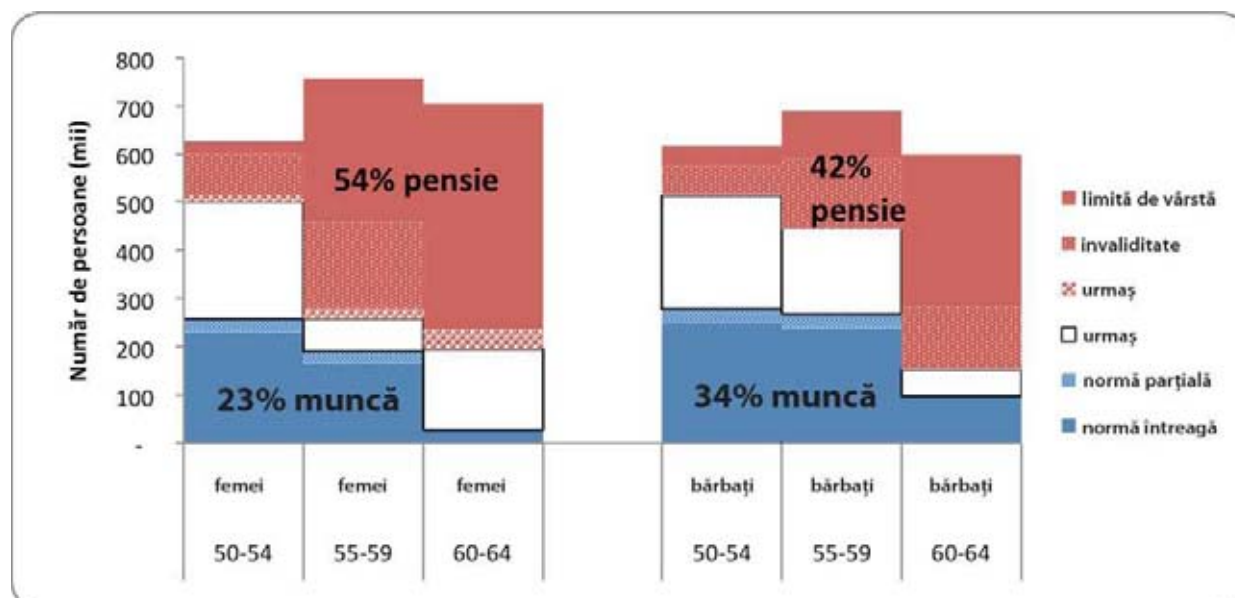
Figura 3.1 Ratele de ocupare a forței de muncă în rândul segmentului tânăr și al celui mai în vârstă al populației în vârstă de muncă, 2013



Sursa: Eurostat

Datele administrative privind ocuparea forței de muncă și pensiile, prezentate în Figura 3.2, clarifică mai bine statutul ocupării populației vârstnice. Figura indică faptul că o reducere semnificativă a procentului de persoane angajate oficial începe încă de la vârsta de 50 - 54 de ani. Între aceste vârste, 20 la sută dintre femei și 17 la sută dintre bărbați sunt deja pensionați, majoritatea prin programul de invaliditate, de obicei asumându-și statutul de pensionar permanent. În ciuda reformelor bine-intenționate din 2005, care au înăbușit condițiile de eligibilitate pentru pensionarea la limită de vârstă, pensionarea anticipată prin programul de pensionare la limită de vârstă rămâne la un nivel ridicat. Între vârstele de 55 și 59 de ani, cu până la cinci ani înainte de vârsta legală de pensionare, există deja 2,5 femei pensionare pentru fiecare femeie angajată. În mod similar, între vârstele de 60 și 64 de ani, cu cinci ani înainte de vârsta legală de pensionare pentru bărbați, există 4,5 bărbați pensionari pentru fiecare bărbat angajat.

Figura 3.2 Structura socio-economică populației cu vârste între 50 și 64 de ani



Sursa: Date administrative ale Guvernului României, date ale Recensământului din 2011

Notă: Lucrătorii independenți în principal din agricultură și beneficiarii pensiilor de agricultor sunt incluși în zona albă a graficului.

Este important faptul că prevederile actuale privind pensionarea și condițiile pieței forței de muncă nu par a crea un segment semnificativ de populație fără venit din salariu sau din pensie în rândul celor mai în vârstă din populația în vârstă de muncă. De fapt, datele din Figura 3.2 sugerează că proporția de populație feminină fără un astfel de venit scade de la vârstele de 50-54 de ani până la vârstele de 55-59 de ani, de la 39 la sută la numai 9 la sută. O observare similară se poate face referitor la bărbați între grupele de vârstă de 55-59 de ani și 60-64 de ani. Aceste tendințe sugerează cu tărie că regulile de eligibilitate pentru pensionare anticipată ar putea fi și mai mult înăprite fără a crea, în mod inechitabil, o povară asupra populației care va împlini peste câva ani vârsta legală de pensionare.

Un segment foarte mic al lucrătorilor cu normă redusă în Figura 3.2 arată de asemenea că tranziția de la angajarea cu normă întreagă la pensionarea permanentă este foarte abruptă, fără nicio semnificație care trec prin pensionare parțială care ar combina mai puține responsabilități o muncă mai ușoară mai puține ore de muncă și munca voluntară cu primele venituri din pensie.

Așa cum se poate vedea din Figura 3.2, numai 23 la sută din populația feminină și 34% din cea masculină cu vârste cuprinse între 50 și 64 de ani deține contracte de muncă cu normă întreagă sau cu normă redusă. Statistica generală a ocupării forței de muncă pentru această grupă de vârstă indică o cifră de 51 la sută mult mai bine aliniată cu statistica angajărilor prezentată pentru România în Figura 3.1. Diferența mare este cauzată de includerea în statistică

ocupării forței de muncă a unui grup apreciabil de mici proprietari de terenuri și de membri ai familiilor acestora, clasificați drept lucrători familiali independenți și neplătiți, dintre care mulți sunt implicați în mici activități agricole de subzistență, fapt reflectat parțial prin marea zonă albă din Figura 3.2.

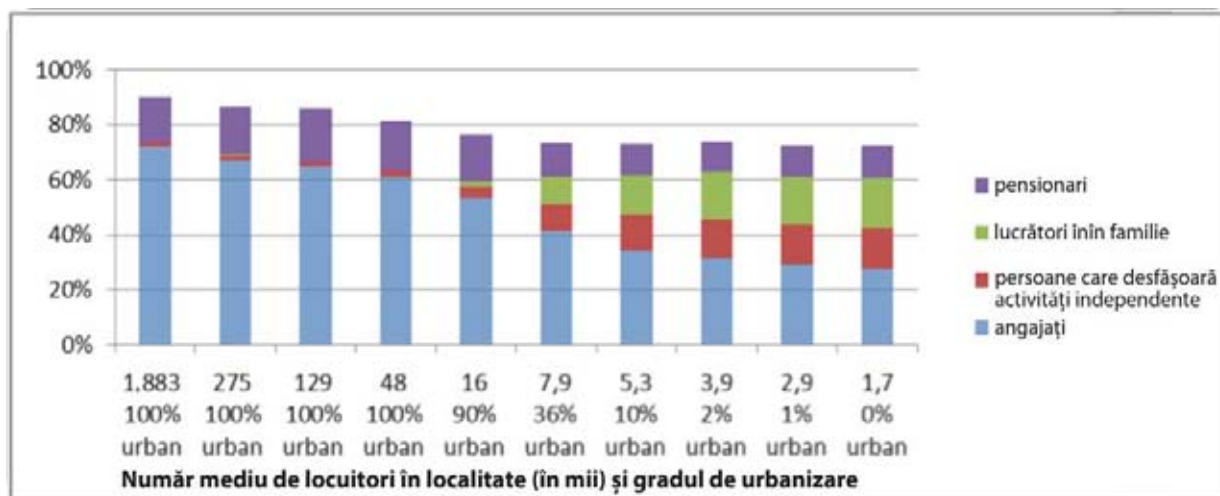
Includerea proprietarilor de terenuri și a membrilor familiilor acestora în statisticile de ocupare a forței de muncă într-o țară ca România, în care populația vârstnică din zonele rurale este numeroasă, ridică foarte mult rata totală de ocupare a vârstnicilor și maschează parțial discrepanța extrem de mare dintre procente de ocupare a populației mai tinere și cea mai în vârstă. Această abordare poate fi de asemenea parțial responsabilă pentru faptul că rata totală de ocupare se încorporează să rămână stabilă. Prin această metodă de măsurare, creșterea ratelor oficiale de ocupare în rândul micilor proprietari de terenuri și al membrilor familiilor acestora nu se vede într-un nivel total îmbunătățit al ocupării.

Poziția fruntașă a României în componenta de ocupare a forței de muncă din Indicele privind îmbătrânirea activă al UE este crescută artificial, în același fel. Indicele clasează România pe locul 9 în domeniul ocupării forței de muncă (din 27 de țări), indice care ia în calcul ratele de ocupare a forței de muncă ale persoanelor cu vârste de 55-59, 60-64, 65-69 și 70-74 de ani, considerându-se că o persoană este „angajată” dacă a efectuat orice muncă, chiar și numai o oră pe săptămână, contra cost, pentru profit sau pentru un câștig familial, ca angajat sau ca lucrător independent în săptămâna de referință. În România, circa jumătate din populația la care se face referire în aceste statistici locuiește în zone rurale și cea mai mare parte a acestora poate afirma că a lucrat pe terenul propriu cel puțin o oră pe săptămână, ridicând cifra statistică totală a ocupării în principal prin faptul că locuiește într-o zonă rurală și că deține o suprafață de teren. Această explicație este susținută și de faptul că poziția fruntașă a României în domeniul ocupării forței de muncă este influențată în principal de rata de ocupare a cohortelor foarte în vârstă, în particular în rândul populației cu vârste între 70 și 74 de ani. (European Commission, 2013) (European Commission, 2013)

Figura 3.3 face și mai multă lumină în ceea ce privește distribuția geografică a ocupării forței de muncă în România și importanța utilizării unor definiții relevante atunci când sunt luate în calcul potențiale intervenții. Cifra prezintă situația ocupării forței de muncă în rândul populației cu vârste între 18 și 64 de ani care nu este cuprinsă în sistemul de educație sau de formare. Populația a fost divizată în decile după mărimea localității de rezidență, care se corelează puternic cu gradul de urbanizare. Așa cum se arată clar în figură, activitățile independente în România sunt aproape exclusiv un fenomen rural care începe să fie pronunțat numai în localitățile cu până la 8 mii de locuitori. În zonele urbane, majoritatea populației activă profesional care nu este cuprinsă în sistemul de educație sau de formare este angajată legal sau pensionată. Figura 3.3 indică faptul că în București, care este reprezentat în coloana cea mai din stânga a graficului, 72,3 la sută din populație este angajată legal și numai 1,5 la sută lucrează independent. Arată de asemenea că 16% din populația cu vârste între 16 și 64 de ani care nu este cuprinsă în sistemul de educație sau de formare este deja pensionată, rezultând că numai 10% din

acest grup de persoane nu sunt angajate legal sau pensionate. Această statistică este destul de mică chiar și după standardele țărilor dezvoltate. Ca rezultat, în zonele urbane, persoanele pensionate anticipat formează singurul grup considerabil care are potențialul de a crește semnificativ ratele totale de ocupare a forței de muncă

Figura 3.3 Situația ocupării forței de muncă a populației din grupa de vârstă 18 -64 de ani necuprinse în sistemul de educație sau pregătire, în funcție de gradul de urbanizare



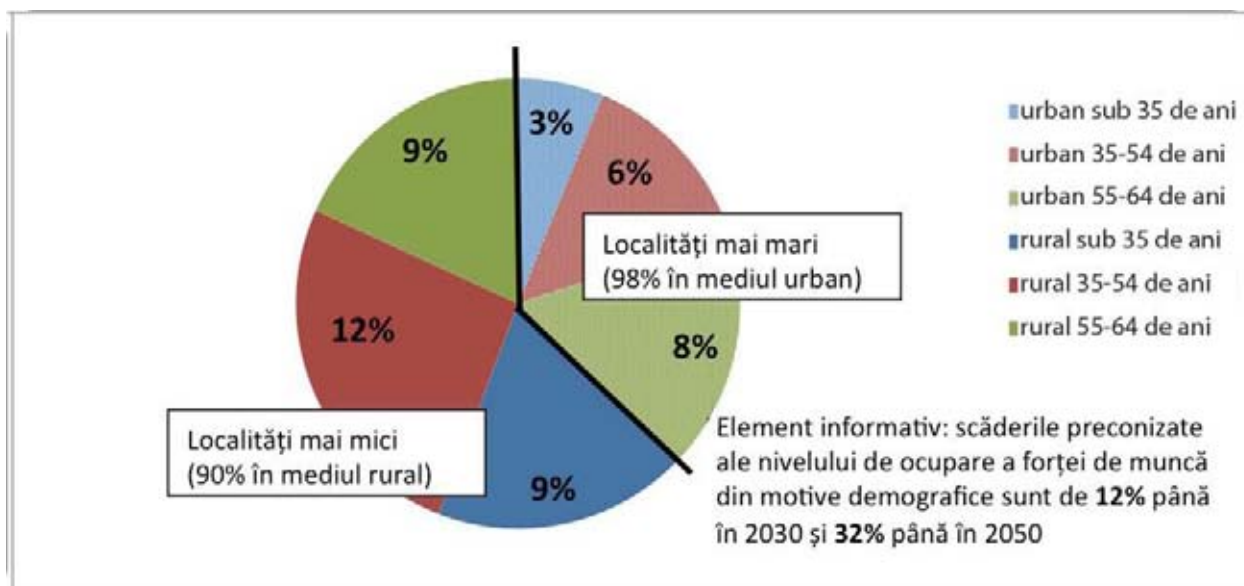
Sursa: Recensământ 2011

Figura 3.4 infirmă și ideea că angajarea și acoperirea asigurărilor sociale pot fi extinse substanțial prin „legalizarea” lucrătorilor angajați „la negru” și a celor independenți. În timp ce declararea unui nivel mai mic al venitului ar putea încăsă fie un fenomen important în România, cea mai mare parte a populației urbane este deja „înregistrată” drept contribuabilă la sistemul asigurărilor sociale, în timp ce mulți „lucrători independenți” din mediul rural ar putea fi în principal în afara economiei aducătoare de venit și nu este de așteptat ca aceștia să plătească impozite sau contribuții la asigurările sociale, nici măcar pe baza venitului minim. De aceea, lungul drum către creșterea ocupării forței de muncă și o extindere a sistemului asigurărilor sociale în zonele rurale trece prin îmbunătățirea educației, dezvoltarea economică generală a regiunilor periferice și urbanizarea treptată

Așa cum se poate vedea din Figura 3.4, în mediul urban, numărul persoanelor din grupa de vârstă 55 -64 de ani fără loc de muncă este egal cu mărimea întregii populații fără loc de muncă din grupa de vârstă 18 -54 de ani, atunci când este exclusă populația cuprinsă în sistemul de educație sau de formare. Spre deosebire de persoanele mai tinere fără loc de muncă dintre care multe poate nu au avut vreodată loc de muncă sau nu au loc de muncă de mult timp, cea mai mare parte a populației urbane cu vârste între 55 și 64 de ani fără loc de muncă a lucrat mult timp și ar putea fi angajată mai ușor, încadrându-se în forța de muncă ceea ce aduce îmbunătățiri importante pentru învățarea pe tot parcursul vieții politicele legate de muncă și

asigurări sociale. Atingerea obiectivului ambîps de ocupare a forței de muncă în proporție de 70% până în 2020, fără a prioritiza foarte mult programele orientate către ocuparea forței de muncă pentru acest grup de vîrstă crucial, care reprezintă jumătate din populația urbană, în loc de muncă va fi foarte dificilă, dacă nu imposibilă. Pentru a menține și a crește și mai mult obiectivul privind ocuparea forței de muncă după 2020, este nevoie de îmbunătățirea urgentă a perspectivelor educaționale ale tinerilor, în special ale celor de etnie română și ale populației care trăiește în zonele rurale.

Figura 3.4 Segmentele populației cu vîrste între 18 și 64 de ani necuprinse în sistemul de educație și fără contract de muncă ca proporție din totalul populației între 18 și 64 de ani



Sursa: Date administrative ale Guvernului României

Din cauza scăderii populației în vîrstă de muncă, România urmează să sufere o reducere cu 12 la sută a ocupării forței de muncă până în 2030 și o reducere cu 32 la sută până în 2050, dacă actualele modele de ocupare a forței de muncă rămân stabile. Dacă rata de ocupare a forței de muncă a populației române nu va crește, acest lucru va duce la scăderea semnificativă în continuare a forței de muncă. Pentru a împiedica declinul, creșterea participării forței de muncă în rândul tuturor segmentelor societății trebuie promovată puternic. Totuși, potențialul grupurilor mai în vîrstă de a contribui la forța de muncă a României, deja foarte mare, nu va face decât să crească viitor, odată cu creșterea proporției și a gradului de urbanizare a populației mai în vîrstă.

Politicile de creștere a gradului de ocupare a forței de muncă la vîrste mai înaintate trebuie direcționate către cinci grupuri distincte: 1) creșterea ratelor de ocupare a lucrătorilor mai în vîrstă și mai bine calificați din mediul urban ar putea fi cel mai rapid și mai ieftin mod de a crește gradul total de ocupare în economie pe termen scurt, mai ales dacă se separă acestui

grup de piața muncii poate fi întârziată; 2) un segment mai greu de atins, dar mult mai numeros al populației, cu potențialul de a crește semnificativ gradul de ocupare, este forța de muncă urbană mai în vârstă, mai puțin calificată, din care o mare proporție poate fi încă angajată, dar care este pe punctul de a îndeplini condițiile de pensionare prin diferite programe de pensionare; 3) trebuie făcute eforturi pentru a mări ratele de ocupare în rândul pensionarilor mai tineri, mai ales prin activități cu normă parțială; 4) dezvoltarea economică generală a regiunilor rurale trebuie de asemenea să dea rezultate privind îmbunătățirea perspectivelor de angajare a populației rurale mai în vârstă; și 5) trebuie create așteptări privind o viață activă mai lungă în rândul lucrătorilor tineri, cu implicații importante privind grija pentru propria sănătate și calificare.

B. Veniturile populației vârstnice vor avea nevoie de o creștere prin mărirea gradului de ocupare

Așa cum s-a arătat în Capitolul 2, 96% din populația urbană cu vârste de 65 de ani și peste primește cel puțin un salariu minim sau o pensie minimă. În zonele rurale, 93% din această populație este inclusă în sistemul de asigurări sociale sau în sistemul de pensii pentru agricultori. Populația rămasă neacoperită este dependentă de propriile familii sau de programele de asistență socială.

Totuși, este probabil ca proporția inclusă în sistemul de pensii să scadă semnificativ pe viitor, mai ales în zonele rurale, din cauza închiderii programului de pensii pentru agricultori, care nu mai primește noi membri, ca parte a reformei pensiilor din 2000. Cum nu mai există noi membri, numărul beneficiarilor din sistemul de pensii pentru agricultori scade cu peste 9 la sută pe an ca urmare a deceselor. Reforma a făcut voluntară participarea la sistemul național de pensii pentru agricultori, deoarece mulți dintre aceștia nu-și pot permite plata contribuțiilor. În consecință, în zonele rurale, 45% din persoanele cu vârste între 55 și 64 de ani și 35% dintre cele cu vârste între 45 și 49 de ani contribuie în prezent la sistemul de asigurări sociale sau primesc deja pensie.

Situația în curs de dezvoltare din zonele rurale va pune serios în pericol atingerea obiectivelor României pentru anul 2020 privind sărăcia și ridică întrebarea privind modul în care va fi abordat de către factorii de decizie riscul de sărăcie la vârste înaintate în zonele rurale, pe termen mediu și lung. Schimbările vor afecta în mod special femeile, din care 32% depind în prezent de o pensie de agricultor după ce au împlinit 65 de ani (numai 13% din bărbații din această grupă de vârstă primesc în prezent pensia de agricultor). Pensiile de vârstă universale, restabilirea pensiilor de agricultor sau programele larg extinse de asistență socială pentru zonele rurale par a fi singurele opțiuni viabile.

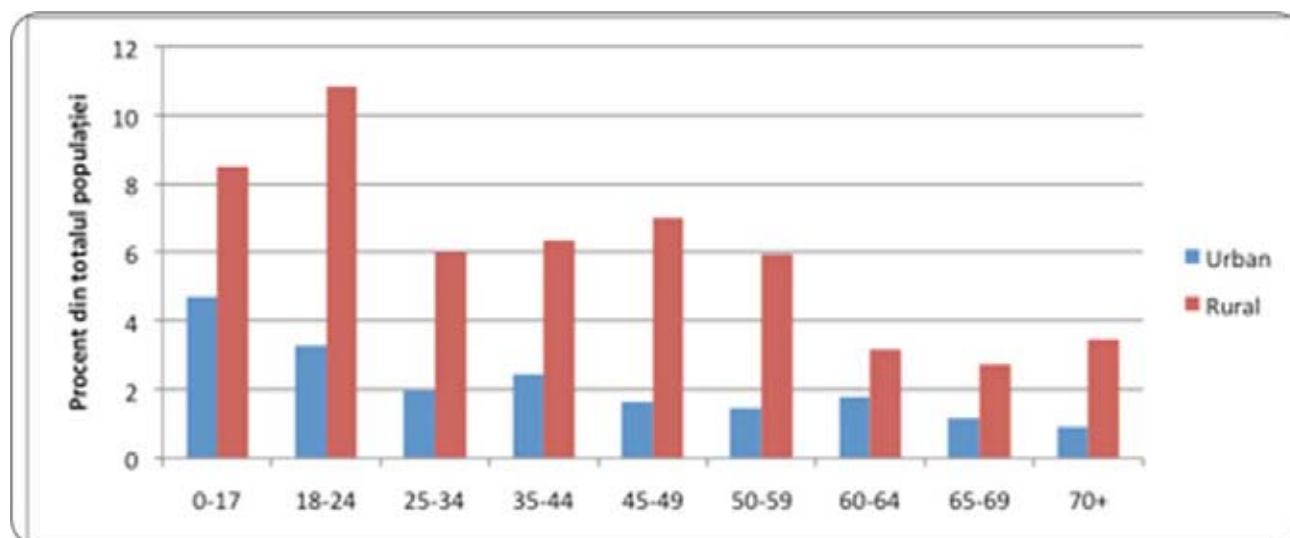
Este de așteptat ca sfera de acoperire a sistemului de pensii să scadă, într-o anumită măsură, și în mediul urban. Numai 80% din populația urbană cu vârste între 45 și 54 de ani contribuie activ la programul de asigurări sociale sau primește pensii în prezent. În timp ce o mică parte din restul de 20% a acumulat deja dreptul la cel puțin la o pensie minimă, este probabil ca majoritatea să devină dependentă de familii și de programele de asistență socială atunci când nu va mai putea să muncească.

Oamenii, în special femeile, care au cariere sporadice și și-au plătit contribuțiile la asigurările sociale pe baza unui salariu mic, ar putea de asemenea să aibă nevoie de o sporire a venitului la vârste înaintate. Femeile sunt mai vulnerabile în această privință din cauza întreruperilor carierei datorate obligațiilor de îngrijire a copiilor și bătrânilor, a salariilor mai mici și a vârstelor mai mici de pensionare. Pensia minimă, pe care se bazează în prezent cei mai mulți dintre acești oameni, este acum circa jumătate din salariul minim, dar este de așteptat să scadă în comparație cu salariile, fiind indexată numai cu inflația.

În zonele urbane, vârstele obligatorii de pensionare în creștere treptată vor începe de asemenea să-i expună pe unii oameni din grupa de vârstă 55-64 de ani riscului de șomaj și privațiunilor temporare înainte de a deveni eligibili pentru pensionare. Așa cum s-a arătat în Figura 3.5, acest risc nu s-a materializat încă de o manieră semnificativă și, date fiind câștigurile sociale mari din politicile de creștere a vârstei de pensionare, poate fi tolerat. De fapt, absența dificultăților pronunțate în rândul acestui segment de populație ar putea fi chiar privită ca o chemare la o creștere accelerată a vârstei de pensionare. Totuși, monitorizarea îndeaproape a situației și disponibilitatea de activare a pieței muncii și a programelor de asistență socială pentru a oferi dispozitivul de siguranță celor care își pierd prematur locurile de muncă sunt cruciale. De asemenea, creșterea vârstei de pensionare va pune probabil o presiune puternică pe programul de invaliditate, date fiind condițiile sale indulgente de contribuție discutate mai jos.

Ratele totale ale sărăciei pentru populația mai în vârstă sunt mici în prezent, mai mici decât în cazul copiilor sau populației mai tinere (a se vedea Figura 3.5). Oamenii mai în vârstă au trecut prin criza economică relativ bine, dat fiind faptul că cheltuielile de protecție socială au crescut cu peste 3 puncte procentuale din PIB între 2007 și 2011, cea mai pronunțată creștere fiind pentru cheltuielile cu pensiile pentru limită de vârstă, după cum se arată în Tabelul 3.. Mai mult, în anii dinaintea crizei financiare, România a cunoscut o creștere importantă a nivelului pensiilor, cu mai mult de 10 puncte procentuale din câștigul mediu salarial (a se vedea Figura 3.6) și raportul mai mare dintre pensii și salarii a fost păstrat din 2009.

Figura 3.5 Ratele sărăciei pentru diferite segmente de populație în 2011



Sursa: Recensământ 2012

Pe măsură ce veniturile au scăzut abrupt ca răspuns la criza economică România nu a putut anula creșterea pensiilor acordată în anii de dezvoltare pentru a se adapta noii realități fiscale. Această inflexibilitate este o caracteristică tipică a beneficiilor din pensii, iar creșterile pensiilor din perioada 2005-2009 vor avea un efect de durată asupra cheltuielilor sistemului de pensii. Din 2011, cheltuielile pentru pensii ca procent din PIB s-au stabilizat, ajungând la 7,3% din PIB în 2013. În ciuda unei scăderi modeste a cheltuielilor, sistemul de pensii bazat pe principiul redistribuirii a înregistrat un deficit egal cu 2,4% din PIB în 2013.

Tabelul 3.1 Cheltuieli de protecție socială pe categorii și funcții

	2007	2008	2009	2010	2011	Creștere între 2007 și 2011
Total Protecție socială	13,6%	14,3%	17,1%	17,6%	16,3%	20%
Boli/Îngrijirea sănătății	3,5%	3,5%	4,1%	4,4%	4,0%	14%
Dizabilități	1,3%	1,4%	1,6%	1,6%	1,5%	15%
Vârsta înaintată	5,5%	6,5%	8,0%	8,0%	7,9%	44%
Urmaș	0,5%	0,6%	0,8%	0,8%	0,7%	40%
Familie/Copii	1,7%	1,5%	1,7%	1,7%	1,4%	-18%

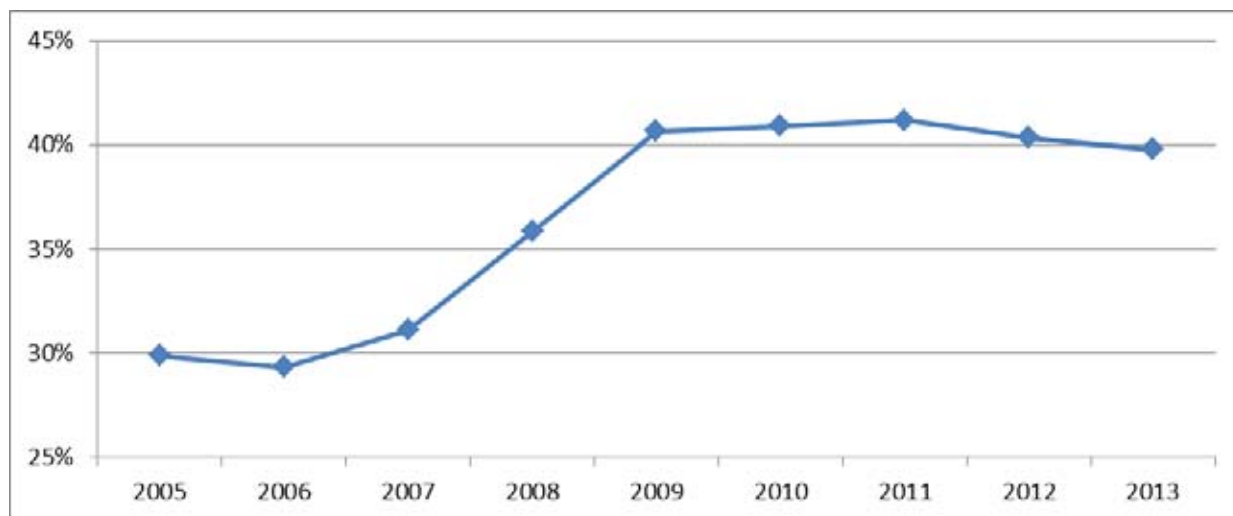
Șomaj	0,3%	0,2%	0,4%	0,6%	0,3%	0%
-------	------	------	------	------	------	----

Sursa: *Institutul Național de Statistică, România*

Având în vedere datele privind sărăcia și veniturile, se poate spune că oportunitățile privind locurile de muncă nu sunt extrem de necesare pentru persoanele mai în vârstă. Totuși, ar trebui încurajată suplimentarea veniturilor din pensie prin muncă, deoarece rezultatele nu pot fi decât pozitive atât pentru persoanele respective, cât și pentru creșterea economică. Bunicii care doresc pot fi de asemenea încurajați să preia mai multe responsabilități oficiale de îngrijire a copiilor, oferind posibilitatea mamelor copiilor mici să se întoarcă mai devreme la lucru (de exemplu indemnizația pentru creșterea copilului ar putea fi făcută mai flexibilă, astfel încât să poată fi plătită și bunicilor, dacă mama se întoarce mai devreme la lucru). Un număr mai mare de pensionari care lucrează ar ajuta la dezvoltarea unei norme sociale de viață mai activă la vârste înaintate.

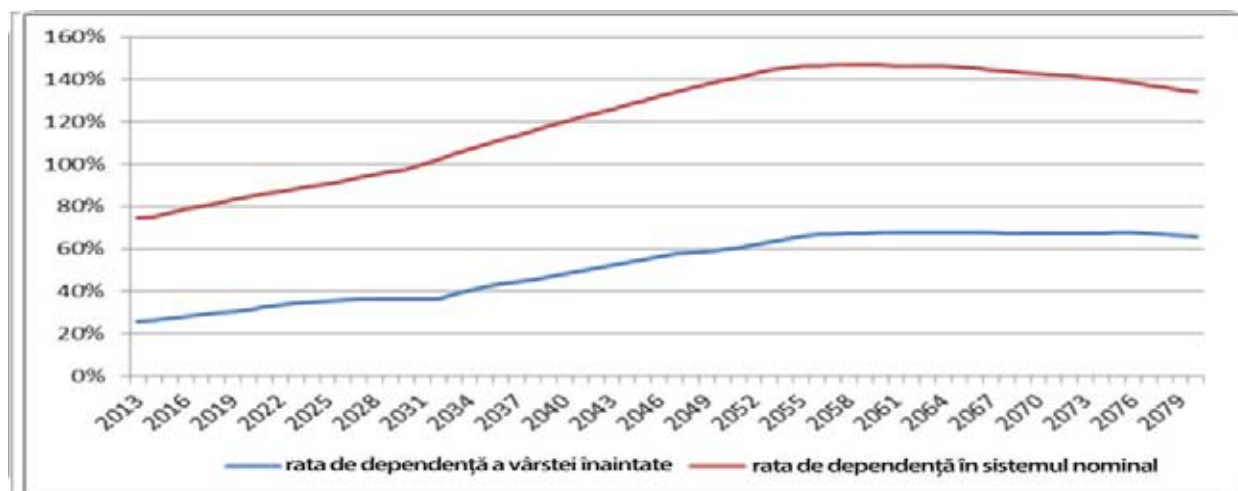
Pe viitor, este de așteptat ca venitul real mediu din pensii să continue să crească, dar va scădea încet comparativ cu salariile. Reforma pensiilor din 2000 a întărit legătura dintre contribuțiile plătite și pensiile primite, oferind unele stimulente pentru a lucra o perioadă mai lungă. Totuși, reforma a intenționat să rezolve și dezechilibrele fiscale proiectate care se dezvoltă odată cu ratele de dependență demografică în creștere rapidă (a se vedea Figura 3.7). Factorii de decizie trebuie apreciați pentru că au realizat din timp că evoluțiile demografice necesită o rată redusă de acumulare a drepturilor de pensie. Aceasta, desigur, înseamnă că ratele de înlocuire vor scădea dacă perioadele de contribuție nu vor fi prelungite semnificativ. Chiar și în condițiile unei proiectări de creștere graduală a vârstelor de pensionare, este de așteptat ca ratele de înlocuire să scadă în timp, după cum se arată în Figura 3.8B. Este probabil că oamenii afectați de această schimbare vor prefera să muncească mai mult pentru a-și atenua scăderea relativă a veniturilor din pensie.

Figura 3.6 Pensia medie (pensionari din sistemul de asigurări sociale, exclusiv agricultori) ca procent din salariul mediu brut



Sursa: Institutul Național de Statistică România

Figura 3.7 Sistemul proiectat și ratele de dependență a vârstei înaintate ²¹



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

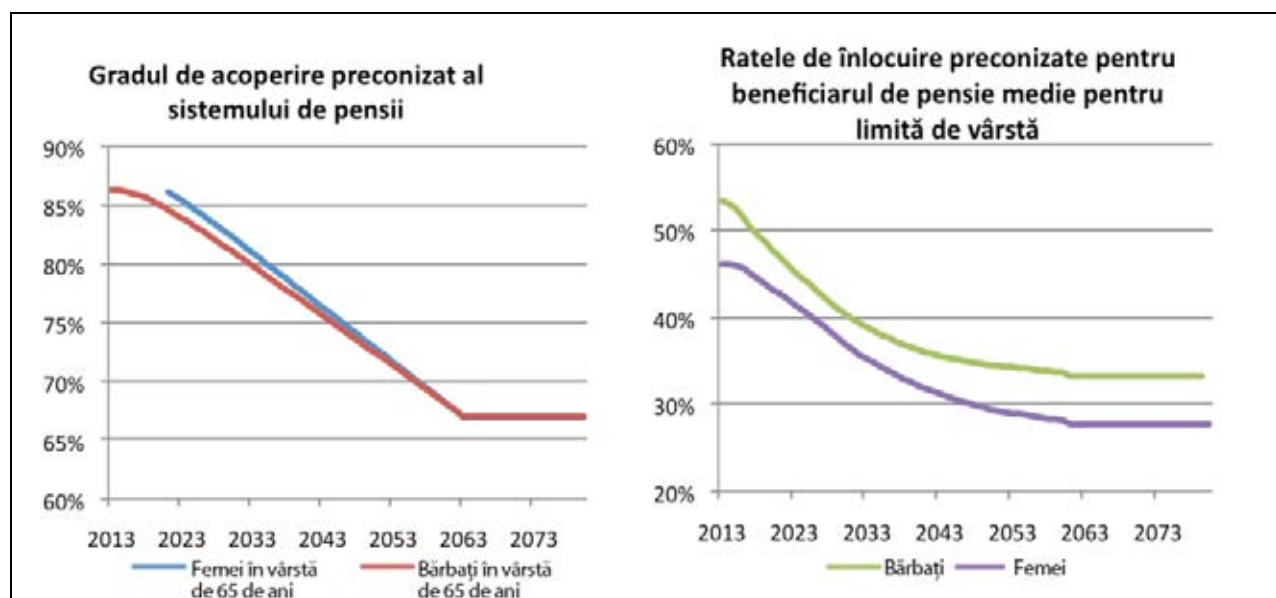
²¹ Raportul de dependență al sistemului de pensii este definit drept numărul de contribuabili la sistemul de pensii în raport cu numărul de beneficiari ai sistemului de pensii. Rata de dependență nominală a sistemului ia în calcul toți contribuabilii înregistrați pentru a obține raportul. În realitate, numărul contribuabililor care plătesc efectiv contribuții, numiți și „contribuabili efectivi”, este de obicei mai mic decât numărul contribuabililor nominali. De exemplu, o contribuabilă în concediu de maternitate continuă să acumuleze drepturi de pensie – și este astfel socotită contribuabilă - fără a plăti contribuții. În consecință, rata de dependență a sistemului deja foarte ridicată din Figura 8 este probabil și mai mare dacă sunt luate în calcul numai contribuabilii efectivi.

Notă: Raportul nominal proiectat de dependență al sistemului este responsabil pentru creșterile legiferaute ale vârstei standard de pensionare. Sursa: Casa Națională de Pensii a României

Din păcate, sistemul de pensii nu-și va putea permite o generozitate mai mare pentru grupele de populație vulnerabilă, mai în vârstă menționate mai sus, deci oportunitățile de angajare și continuarea capacității de inserție profesională a populației mai în vârstă vor fi din ce în ce mai importante. Figura 3.8 și 3.9 demonstrează că, chiar și cu beneficii proiectate mai mici și cu acoperire semnificativ redusă, care va micșora efectiv rolul sistemului de pensii în asigurarea venitului la vârste înaintate, sistemul de pensii va rămâne în deficit fiscal în viitorul previzibil. Pe baza previziunilor actuale, se preconizează deja că în următorii 15 ani, numai deficitul sistemului de pensii va depăși pragul de 3 la sută din PIB, pe care toate statele UE au convenit să îl respecte conform criteriilor de la Maastricht, care impun restrângerea cheltuielilor în alte domenii publice sau existența unor restricții suplimentare privind sistemul de pensii.

Comentariu: În deceniile viitoare, un număr în creștere de persoane mai în vârstă nu vor avea drept la o pensie de contribuabil - rezultatul carierelor scurte sau al muncii într-o economie neoficială. Calculul de mai sus presupune acordarea unei pensii minime celor care nu sunt cuprinși în sistemul de pensii, permițând o proiectare mai realistă a nevoilor de finanțare viitoare.

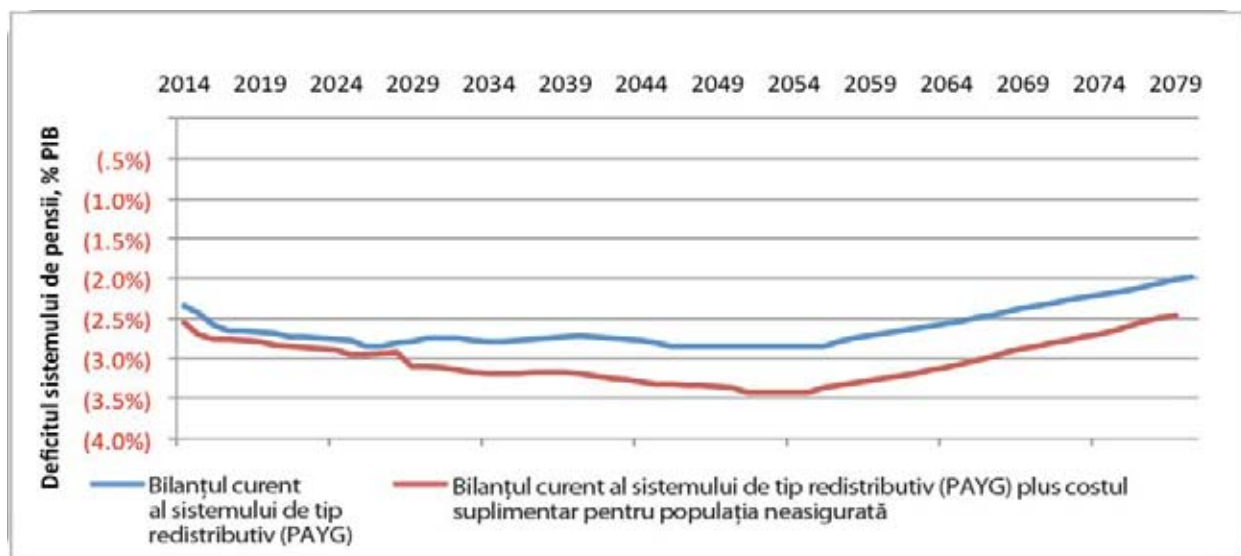
Figura 3.8 Se preconizează că acoperirea și generozitatea sistemului de tip redistributiv (PAYG) vor scădea. A (stânga) și B (dreapta)



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

Conștientizarea generală a nevoii de a munci mai mult pe viitor încă lipsește atât în România, cât și în întreaga UE. Majoritatea cetățenilor UE (59 la sută) cred că vor continua să muncească până când vor depăși vârsta de 60 de ani, în medie până la vârsta de 61,7 ani. Totuși, vârsta de pensionare așteptată diferă marcant în funcție de vârsta actuală a respondenților, cei în vârstă de 55 de ani și peste așteptându-se să muncească până la 66 de ani, iar cei cu vârste între 15 și 24 de ani așteptându-se să muncească numai până la vârsta de 56,7 ani.

Figura 3.9 Sistemul public de pensii este proiectat să rămână în deficit



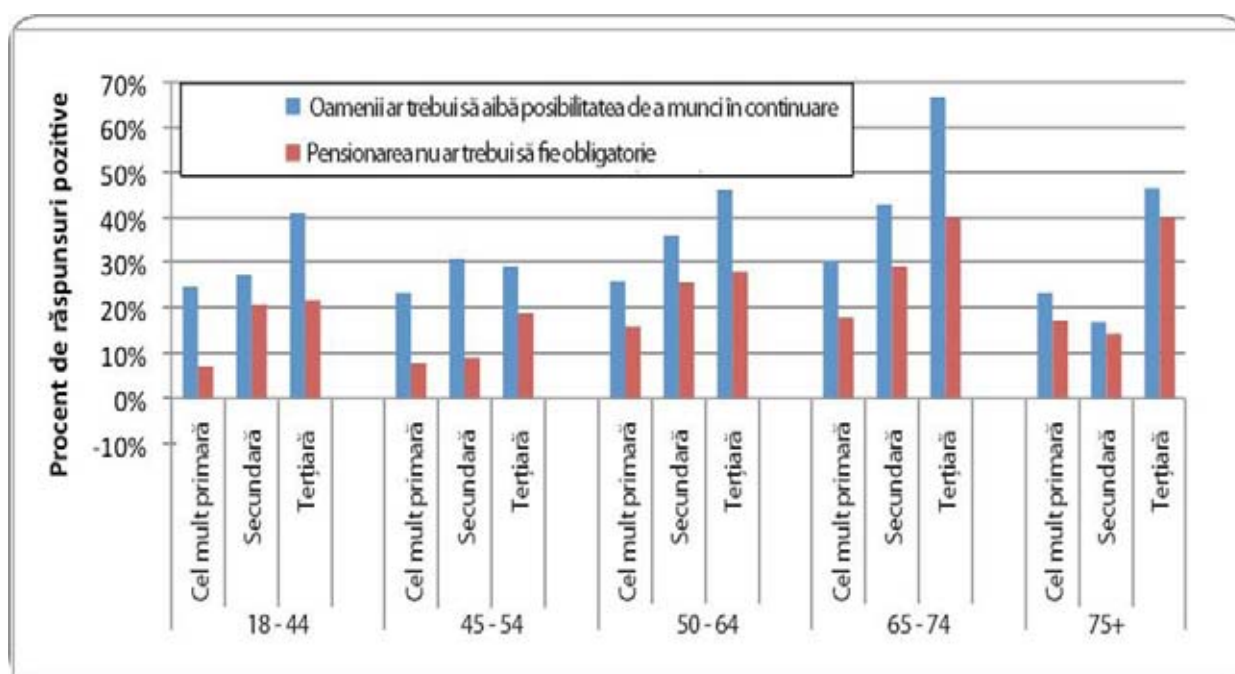
Sursa: Date administrative, rezultatele Băncii Mondiale de modelare a pensiilor cu ajutorul software-ului PROST

Comentariu: în următoarele decenii, un număr tot mai mare de vârstnici nu vor mai avea dreptul la o pensie cu caracter contributiv - rezultatul carierelor pe termen scurt sau al muncii într-o economie informală. Calculul de mai sus presupune dreptul la o pensie minimă pentru persoanele care nu sunt acoperite de sistemul de pensii, ceea ce permite o proiecție mai realistă a viitoarelor nevoi de finanțare.

În România, politicile actuale privind pensionarea anticipată și pensionarea obligatorie au contribuit la formarea opiniilor sociale, dar acestea nu sunt unitare. Figura 3.10 arată că în general, există susțineri substanțiale pentru politicile actuale, numai 31% dintre persoane considerând că oamenii trebuie să continue să muncească după ce au devenit eligibili pentru pensionare și numai 21% din respondenți fiind de acord cu politicile de pensionare obligatorie. Totuși, există o diversitate substanțială de opinii, dacă este luată în calcul educația și vârsta respondenților. Populația cu vârste între 50 și 74 de ani crede mult mai mult în continuarea muncii și respinge ideea de pensionare obligatorie, populația mai în vârstă bine educată opunându-se cel mai puternic actualelor politici.

Propria dorință a oamenilor de a munci la vârste mai înaintate diferă de asemenea semnificativ în funcție de caracteristicile personale, după cum se arată în Figura 3.11, femeile cu vârste între 45 și 64 de ani sunt mai dornice de a munci după pensionare și sunt în special interesate de pensionarea parțială peste jumătate din femeile cu vârste între 55 și 64 de ani ar dori să continue să muncească 2) circa jumătate din oamenii bine educați de toate vârstele ar dori să muncească după vârsta de pensionare, deși interesul lor pentru norma redusă este mai puțin pronunțat; interesant este că 60% din persoanele cel mai puțin educate cu vârste între 45 și 54 de ani ar dori de asemenea să continue să muncească ceea ce se transformă într-un interes ridicat pentru norma redusă între vârstele de 55 și 64 de ani; 3) defalcarea populației respondente după dificultatea de a plăti facturile dezvăluie mai departe faptul că în rândul populației cu vârste între 45 și 64 de ani, oamenii aflați în situații financiare mai dificile sunt mai interesați de continuarea muncii și de norma redusă

Figura 3.10 Opinii: Oamenii ar trebui să poată continua să muncească



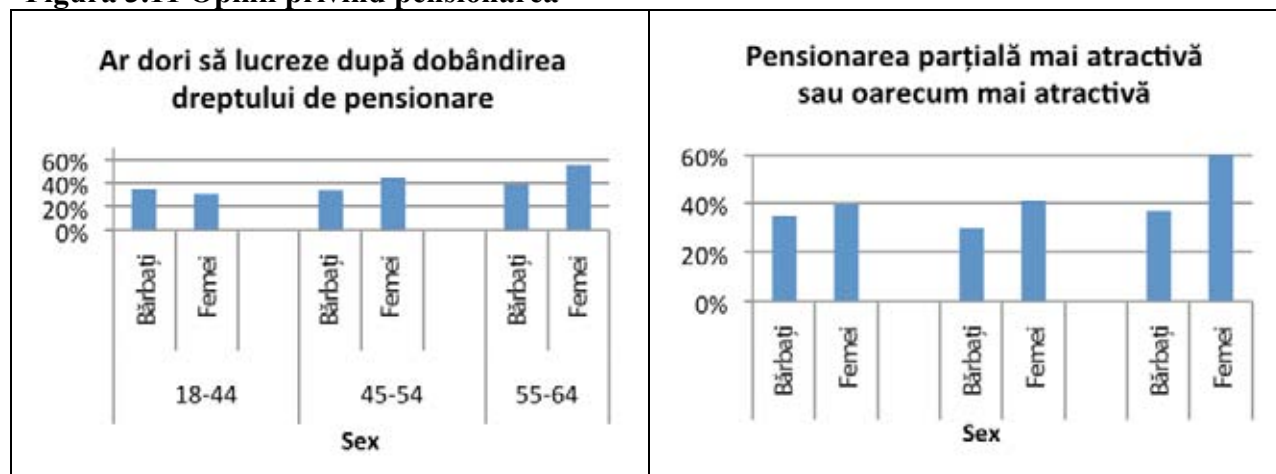
Sursa: EQLS 2011-2012

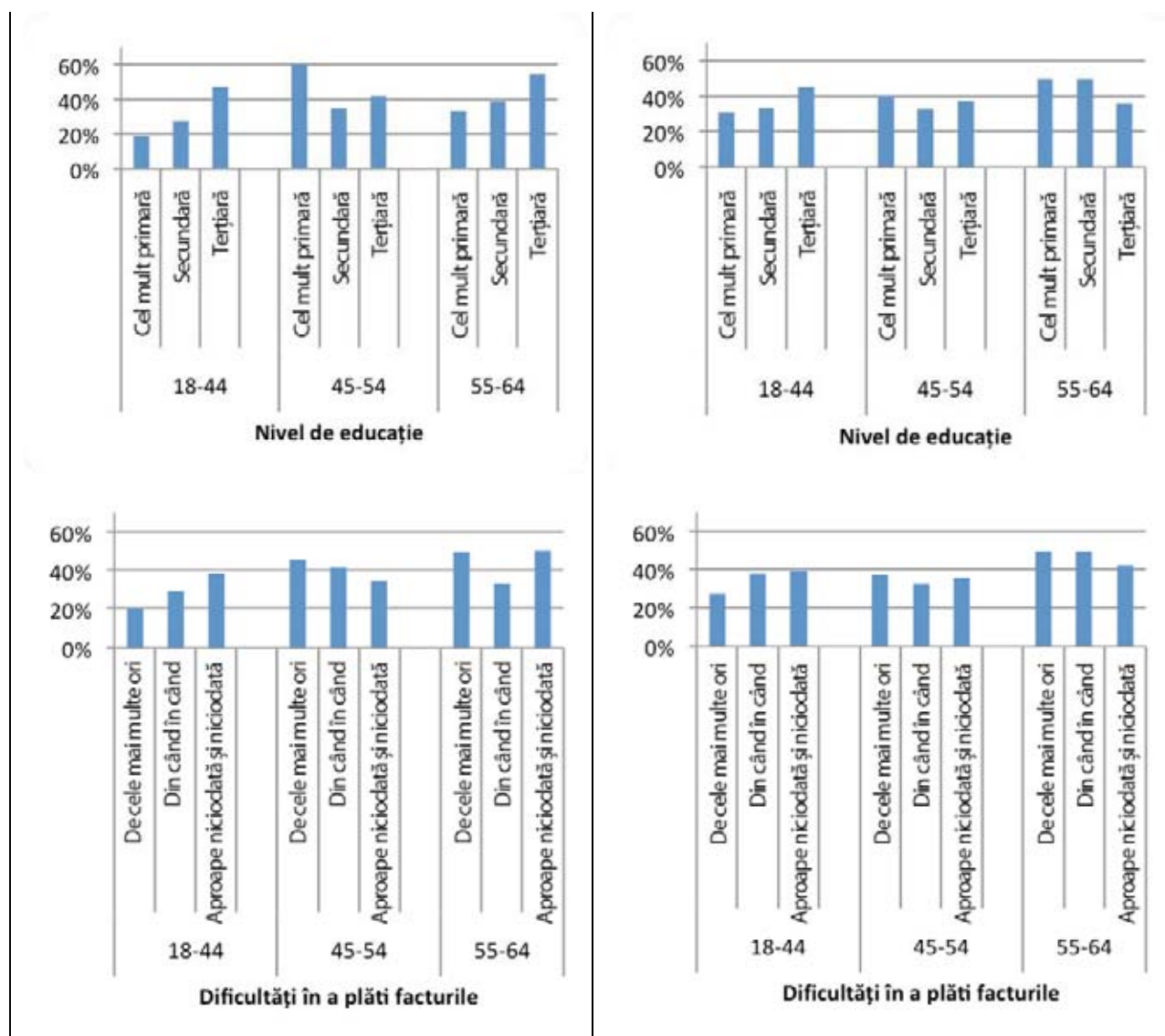
Interesant este că cele două seturi de date prezentate în figurile 10 și 11 par contradictorii. Pe de o parte, atunci când ne gândim la economie în general, circa 70% până la 80% din populație susține o vârstă obligatorie de pensionare și dezaproabă continuarea muncii, după cum se poate vedea în Figura 3.10. Totuși, atunci când i se cere să se gândească la propriile circumstanțe, 40% până la 50% din populație ar dori să muncească mai mult, o susținere puternică a ideii venind în special de la femeile mai în vârstă oamenii bine educați și oamenii

care au dificultăți în a plăti facturile. Discrepanța de opinii poate fi atribuită normelor sociale înrădăcinate referitoare la valoarea pe care lucrătorii mai în vârstă pot aduce în economie și unei temeri nefondate că oamenii mai în vârstă ar putea să ocupe locurile lucrătorilor mai tineri pe piața muncii.

Percepția socială a existenței unei alegeri între angajarea de lucrători tineri sau mai în vârstă este cunoscută universal drept „ideea falsă a numărului fix de locuri de muncă”. Ideea că lucrătorii mai în vârstă împiedică tinerii să găsească un loc de muncă nu este susținută de observații empirice. O comparație între ratele de ocupare a forței de muncă a persoanelor mai în vârstă (între 55 și 64 de ani) și ratele de ocupare a tinerilor (cu vârste între 20 și 24 de ani) din mai multe țări produce o relație negativă semnificativă din punct de vedere statistic. De fapt, dovezile sugerează că, întrucât forța de muncă din toate grupele de vârstă inclusiv lucrătorii mai în vârstă creează mai multe oportunități de angajare în sectoarele în creștere ale economiei, pentru lucrătorii de toate vârstele, inclusiv tineri. Analiza realizată de Gruber și Wise (2010) respinge clar ideea unui număr fix de locuri de muncă în economie și existența unei alegeri între angajarea lucrătorilor mai în vârstă și angajarea tinerilor.

Figura 3.11 Opinii privind pensionarea





Sursa: EQLS 2011-2012

Pe scurt, dată fiind scăderea rolului viitor al sistemului de pensii în furnizarea venitului la vârste mai înaintate, interesul pentru a lucra o perioadă mai lungă ar trebui să crească pentru toate segmentele populației. Deja poate fi observat un interes sporit în cariere îndelungate din partea femeilor, a persoanelor cu educație și a persoanelor care au dificultăți în a-și plăti facturile. Un segment din ce în ce mai mare al populației mai în vârstă fără asigurare de pensii care este de așteptat să apară în următorii ani va fi de asemenea, inevitabil, dependent de oportunități de angajare oricât de mici, ca și de programele de asistență socială mai ales în zonele rurale.

C. Îndepărtarea barierelor în calea angajării populației mai în vârstă

Așa cum s-a arătat anterior în acest capitol, creșterea ratelor de ocupare a populației mai în vârstă este necesară pentru economia românească, dar și extrem de necesară pentru segmente mari ale populației României, mai ales pe termen mediu și lung. Diferența relativ mare privind ratele de ocupare a forței de muncă dintre partea principală și partea mai în vârstă a populației în vârstă de muncă din România poate fi atribuită unei multitudini de factori din cadrul politicilor naționale ca și percepțiilor sociale față de populația mai în vârstă și de rolul acesteia în societate. Promovarea unui grad mai mare de ocupare în rândul populației mai în vârstă va necesita, prin urmare, o schimbare de atitudine a societății și a angajatorilor, revizuirea actualelor legi și reglementări ale pieței muncii și o reevaluare a cadrelor de protecție socială și de învățare pe tot parcursul vieții.

Opțiuni de pensionare pentru limită de vârstă

Vârstele standard de pensionare în România cresc treptat la 65 de ani pentru bărbați și 63 de ani pentru femei de la 64,8 ani și 59,8 ani cât erau în 2013; condiția privind vechimea în muncă crește de asemenea la 35 de ani pentru ambele sexe. Aceste condiții mai aspre privind pensionarea pentru limită de vârstă sunt o reflectare a unei vieți mai lungi și mai sănătoase, a scăderii așteptate a forței de muncă plătitore de contribuții și a nevoii unor cariere mai lungi în condițiile acumulării mai lente a drepturilor din pensie. Acestea sunt, deci, pași necesari pe drumul ajustărilor de care este nevoie în sistemul de asigurări sociale, chiar dacă sunt implementate relativ încet, pentru a-și atinge obiectivul abia în 2030.

Totuși, un număr de sectoare, industrii și ocupații din cadrul economiei românești sunt exceptate de la regulile normale și continuă să beneficieze de condiții de eligibilitate mult mai indulgente în cadrul programului pentru limită de vârstă. Aceste industrii și ocupații se bucură de o vârstă standard de pensionare redusă și de o condiție privind o vechime mai mică în muncă pe seama altor industrii și ocupații care nu oferă astfel de privilegii. Deși ratele de contribuție la sistemul de pensii sunt mai mari cu până la 10% din salariu pentru persoanele care lucrează în condiții speciale, chiar și această rată mai mare este departe de a fi suficientă pentru a acoperi costurile finanțării acestor programe.

Așteptarea unor cariere la fel de lungi pentru persoanele cu muncă de birou și pentru muncitorii angajați în condiții de muncă speciale nu ar fi rezonabilă pentru unele ocupații, de exemplu pentru acelea care necesită agilitate sau ridicarea de greutăți, cum ar fi în cazul acrobaților. Totuși, ar fi preferabilă crearea unor noi oportunități de angajare pentru oamenii mai în vârstă afectați în loc să se ofere pensii anticipate generalizate oricui a lucrat vreodată în astfel de condiții. De exemplu, atunci când un angajat ajunge la o vârstă la care nu mai poate munci în condiții speciale, acesta - după ce învață o nouă calificare, de preferat în avans - își poate asuma o responsabilitate diferită la același angajator. Alternativ, cu o recalificare și susținere adecvată, o persoană își poate schimba profesiile și poate continua să lucreze în condiții de lucru normale, cu normă întreagă sau parțială. Ratele de contribuție socială mai mari care sunt colectate de la industriile speciale ar putea fi folosite mai bine pentru a finanța programe de recalificare sau

pentru a furniza venituri suplimentare celor afectați de o pierdere a capacității de câștig din cauza schimbării ocupației.

Lista ocupațiilor speciale a fost scurtată semnificativ în 2005, dar munca desfășurată înainte de 2005 în cadrul ocupațiilor care făceau parte din vechea listă califică încă angajații pentru privilegii semnificative privind pensionarea anticipată și există noi discuții privind lungirea din nou a listei. Aceste drepturi dobândite sunt extrem de costisitoare pentru sistemul de pensii și, în multe cazuri, sunt greu de justificat. Eliminarea acestor privilegii ar fi soluția preferabilă, așa cum s-a întâmplat în câteva țări. Totuși, există și opțiuni mai blânde de a oferi drepturi parțiale pentru acești ani. De exemplu, punctele pentru vechime suplimentară în muncă ar putea fi încă revendicate pentru o pensie mai mare, dar numai la vârsta normală de pensionare. Alternativ, lucrătorilor li s-ar putea oferi o subvenție guvernamentală echivalentă cu o anumită parte din salariul lucrătorului (pensie parțială), dacă angajatorul este de acord să continue să angajeze lucrătorul cu o reducere proporțională a orelor de lucru și a salariului (un astfel de program funcționează în Austria și este cunoscut drept Beneficiu de normă redusă pentru vârstă - *Altersteilzeitgeld*).

Sistemul de protecție socială din România include de asemenea două căi de pensionare anticipată suplimentare - un program de pensionare anticipată completă și unul de pensionare anticipată parțială pentru lucrătorii care au cariere lungi. Pensia anticipată poate fi revendicată cu 5 ani înainte de vârsta standard de pensionare, dacă cel care o solicită are cel puțin 8 ani de contribuție suplimentară față de perioada completă de contribuție. Pensia anticipată parțială cu penalizare poate fi revendicată cu 5 ani înainte de vârsta standard de pensionare, cu perioada standard completă de contribuție. Femeile care au crescut trei sau mai mulți copii se califică de asemenea pentru pensionarea anticipată.

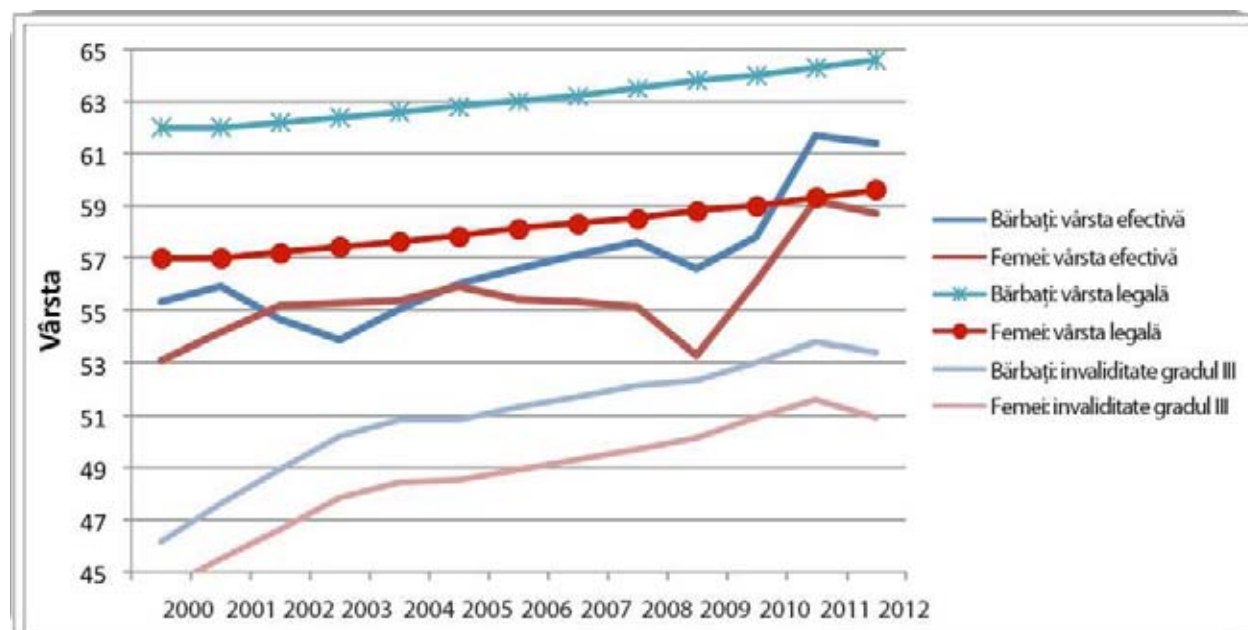
De importanță crucială este faptul că pensiile anticipate și anticipate parțiale nu pot fi suplimentate cu venituri din muncă. Deși aceste tipuri de programe pot servi drept dispozitive de siguranță de care lucrătorii care devin șomeri la o vârstă mai înaintată, cu mici șanse de a găsi un nou loc de muncă, au mare nevoie, acestea pot fi și un impediment în calea prelungirii vieții active, mai ales dacă pensiile nu pot fi suplimentate cu venituri din muncă. Această prevedere bine intenționată, destinată a încuraja lucrătorii să amâne pensionarea ar putea de fapt să contribuie la o participare mică la piața muncii în rândul grupelor de persoane mai în vârstă. Experiența Letoniei, unde după introducerea unei măsuri similare, peste 50 la sută din pensionarii care lucrau au ieșit din forța de muncă ilustrează potențialele efecte negative pe piața muncii ale acestor legi.

Pensia anticipată parțială este de asemenea prost concepută: acest tip de pensie se reduce cu 9% pentru fiecare an de anticipare sau cu 45% pentru 5 ani de pensionare anticipată cu perioadă de cotizare completă. Totuși, reducerea se aplică numai până când pensionarul ajunge la vârsta standard de pensionare. Dacă reducerea drastică inițială este corectă, revenirea la pensia inițială completă nu este. Pentru a fi corect din punct de vedere actuarial, plățile făcute în primii ani de

pensie ar trebui recuperate prin reduceri mai mici ale pensiilor aplicate după atingerea vârstei legale de pensionare. Un pensionar ar trebui să fie totuși eligibil pentru o creștere a pensiei după atingerea vârstei standard de pensionare, dar nu atât de mult cât prevăd actualele reguli.

Dacă au existat progrese semnificative în creșterea vârstelor efective de pensionare în România până în prezent (a se vedea Figura 3.12), planurile viitoare pentru continuarea creșterii vârstelor de pensionare nu sunt foarte ambițioase. Numeroase cercetări au arătat că cel mai frecvent motiv de pensionare este eligibilitatea pentru pensie. Așa cum s-a arătat la începutul acestui capitol, cohorta de populație care se află la câțiva ani de vârsta standard de pensionare nu trece prindificulă exagerate în perioada când, după pierderea ultimului loc de muncă nu se poate califica pentru pensie sau găsi n-oi oportunități de angajare, ceea ce justifică un program de reformă mai ambițios. Ar putea fi făcute progrese suplimentare prin înăprirea opțiunilor de pensionare anticipată utilizate mai mult de bărbați și prin creșterea mai rapidă a vârstei legale de pensionare pentru femei. Egalizarea în final a vârstelor de pensionare pentru ambele sexe este de asemenea necesară. Rezultate mai bune în privința opțiunilor de pensionare anticipată ar putea fi obținute prin înăprirea normelor de eligibilitate pentru pensionare anticipată și prin stabilirea corespunzătoare a costurilor reducerilor de beneficii asociate pensionării anticipate, oferind în același timp o plasă de siguranță mai bună și oportunități de recalificare, precum și creșterea posibilității de suplimentare a pensiei cu venituri din muncă

Figura 3.12 Evoluția vârstelor de pensionare în România



Sursa: Guvernul României, Ministerul Muncii și Protecției Sociale

Politicile de resurse umane

Actuala legislație cere angajatorilor să rezilieze contractele de muncă ale persoanelor care au îndeplinit condițiile de pensionare. Acest lucru se întâmplă adesea chiar înainte de vârsta standard de pensionare, dacă eligibilitatea pentru o pensie anticipată completă este atinsă la o vârstă mai mică. Ca rezultat, împlinirea vârstei de pensionare, cel puțin în sectorul public, este echivalată aproape perfect cu retragerea imediată, absolută și permanentă din forța de muncă. Singura posibilitate pentru angajații mai în vârstă de a continua să lucreze pentru angajatorul public după vârsta de pensionare este de a fi reangajați pe baza unui contract de personal contractual pentru o durată maximă de 2 ani, care poate fi reînnoit de 4 ori. În realitate, asemenea acorduri de angajare sunt extrem de rare.

Politica de pensionare obligatorie în sectorul public este extrem de contraproductivă. Sectorul public angajează o parte semnificativă a lucrătorilor din România și o proporție și mai mare a celor calificați. De aceea, guvernul însuși contribuie substanțial la problema predominării pensionării anticipate în România, mai ales în rândul angajaților calificați care adesea au și capacitatea și dorința de a lucra mai mult. Aceste politici sunt uneori justificate de către responsabili cu planificarea resurselor umane prin nevoia de a „elibera funcțiile de la vârf” pentru angajații mai tineri. Dacă acest lucru poate fi adevărat în unele cazuri, politica generală a pensionărilor anticipate la astfel de vârste relativ tinere pare a fi o soluție mult prea drastică pentru o problemă relativ mică. De exemplu, problema ar putea fi ușor rezolvată printr-o condiție de a aplica din nou pentru o funcție de conducere după împlinirea unei anumite vârste sau după deținerea funcției pentru un anumit număr de ani. O altă alternativă mai puțin drastică ar putea fi legiferarea vârstei obligatorii de pensionare ca fiind, să spunem, cu 5 ani mai mare decât vârsta obișnuită de pensionare. Totuși, cea mai bună abordare ar fi eliminarea completă a politicii de pensionare obligatorie, așa cum s-a făcut într-o majoritate a țărilor.

Mai general, guvernul, în calitate de cel mai mare angajator al țării, ar trebui să promoveze politici de resurse umane care țin cont de vârstă, încurajând de exemplu ideea unei vieți active mai lungi. Ar trebui să acorde atenție combinației de vârste ale angajaților săi ca întreg și la nivel de departament și echipă, asigurându-se că lucrătorii mai în vârstă nu sunt discriminați, iar cei mai tineri pot beneficia de experiența colegilor mai în vârstă. Guvernul trebuie de asemenea să investească în programe care promovează sănătatea angajaților săi, să ofere oportunități de actualizare și dezvoltare de noi calificări pentru personalul de vârstă mijlocie, să asigure rotația angajaților săi pentru a încuraja mai departe învățarea și adaptabilitatea acestora și să ofere mai multe oportunități de lucru cu normă redusă pentru lucrătorii mai în vârstă.

În sectorul privat, piața inflexibilă a muncii și reglementările privind munca fac dificilă concedierea, concentrând orice ajustări necesare ale forței de muncă pe angajații mai în vârstă care sunt eligibili pentru un tip de pensie. Acest lucru se datorează parțial faptului că lucrătorii își pierd toate drepturile de protecție ce revin angajaților după îndeplinirea condițiilor de pensionare, ceea ce îi expune unei discriminări pe bază de vârstă, cu puține posibilități de reacție pe cale juridică. Alteori, angajatorul încearcă pur și simplu să aleagă între a concedia un

angajat mai tânăr, despre care se presupune că are posibilități de reangajare limitate și a concedia unul mai în vârstă, care „cel puțin” are opțiunea de a solicita pensie. Chiar dacă aceste practici ar putea fi considerate normale și „umane” de către mulți, ele sunt de fapt discriminatorii, deoarece aceste alegeri ale angajatorului nu sunt făcute pe baza meritelor angajatului, ci pe baza vârstei acestuia. În multe astfel de cazuri, un angajat mai în vârstă care și-a pierdut locul de muncă și care are șanse mici de a găsi altul, este forțat să primească o pensie parțială redusă sau să încerce să obțină o pensie de invaliditate, în condițiile în care niciuna dintre aceste opțiuni nu ar fi fost poate cea preferată. Pentru a face mai corecte practicile concedierii, legea ar putea cere ca disponibilizările în masă din întreprinderi mai mari să reflecte combinația de vârste ale angajaților societății. Regulile anti-discriminare pe piața muncii ar trebui aplicate cu mai multă vigilență.

Este de asemenea importantă promovarea continuării lucrului după îndeplinirea condițiilor de pensionare, deoarece pensionarea și dreptul de a primi pensie nu trebuie să coincidă. Cercetările indică faptul că oamenii consideră adesea pensionarea mai puțin satisfăcătoare decât credeau inițial, dar reîntoarcerea la un vechi loc de muncă sau începerea activității la un altul ar putea fi mult mai dificilă după întreruperea carierei. Studiile arată de asemenea că majoritatea cazurilor de pensionare, în multe țări, se petrec „de la sine” după ce sunt îndeplinite condițiile de pensionare, fără o discuție anterioară între angajator și angajat despre opțiunile de a continua activitatea. De aceea, angajaților mai în vârstă trebuie să li se dea mai multe informații despre drepturile lor legale de a fi protejați împotriva separării involuntare de locul de muncă, despre ceea ce trebuie să aștepte la pensie și despre opțiunile de a continua activitatea, înainte de a lua decizia crucială de a se pensiona complet. Ar fi benefică cerința ca astfel de consiliere să fie obligatorie (a se vedea caseta 3). Mai multe informații și, posibil, stimulente financiare, trebuie de asemenea furnizate angajatorilor privind modurile de a integra angajații mai în vârstă în forța de muncă și baza legală pentru revizuirea contractelor de muncă pentru responsabilități reduse sau reducerea orelor de muncă.

Caseta 3. **Exemple de programe pentru promovarea consilierii înainte de pensionare**

Cariera cetățenilor vârstnici - Îmbătrânirea activă și consilierea înainte de pensionare este un program finanțat de Uniunea Europeană prin programul de învățare pe tot parcursul vieții Grundtvig, pentru a promova ideea consilierii obligatorii înainte de pensionare în întreaga Europă pentru oamenii cu vârste peste 55 de ani sau pentru cei care urmează să se pensioneze în viitorul apropiat. În acest proiect au fost reprezentate organizații din Danemarca, Italia, Polonia, Germania și Grecia. Parteneriatul a fost format pe baza asigurării unei reprezentări geografice largi, deoarece cei cinci parteneri sunt din nordul, sudul, vestul și estul Europei. Principalele obiective au inclus: punerea în comun a observațiilor și a ultimelor rezultate ale cercetărilor privind principalele probleme pe care le întâmpină angajații în vârstă la pensionare; punerea în comun a experiențelor și a know-how-ului privind consilierea și îndrumarea angajaților mai în vârstă înainte ca aceștia să ia decizii privind când și cum intenționează să părăsească forța de muncă; schimbul de experiență privind modul de îmbunătățire și dezvoltare a consilierii pentru angajații în vârstă în beneficiul angajaților în vârstă, al societăților acestora; și al comunităților acestora; promovarea ideii de consiliere obligatorie înaintea pensionării pentru angajații în vârstă din UE. (Kryńska & Szukalski, 2013) a se vedea și: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=975&langId=en&mode=initDetail&initiativeId=317&initLangId=en>.

Vârstnicii tineri din Nancy (Franța) este un program prin care un grup de pensionari este invitat să viziteze societăți din regiune pentru a discuta cu angajații mai în vârstă despre pensionarea iminentă a acestora. Se face schimb de experiență și se împărtășesc idei despre modul cum se poate structura noua fază a vieții, de exemplu prin angajamente voluntare. Citat în Stula (2012), p. 79.

Ar putea fi garantată reducerea ratelor de asigurări sociale plătite de lucrătorii vârstnici și de angajatorii lor. Presiunea fiscală generală în România este printre cele mai mari din UE, dar reduceri generale ale ratelor de contribuție la asigurările sociale pentru a stimula angajările ar fi greu de justificat în prezența unui deficit semnificativ al fondului de asigurări sociale. Totuși, dată fiind mulțimea barierelor în calea unor cariere mai lungi, o presiune mai mică pe salarii la vârste mai înaintate ar putea fi de dorit. De exemplu, ratele contribuțiilor la asigurări sociale ar putea fi micșorate pentru pensionarii care muncesc și pentru angajații care îndeplinesc condițiile de pensionare prin eliminarea componentelor de maternitate, șomaj și dizabilități din ratele contribuțiilor la asigurările sociale pe care le plătesc angajații și angajatorii acestora.

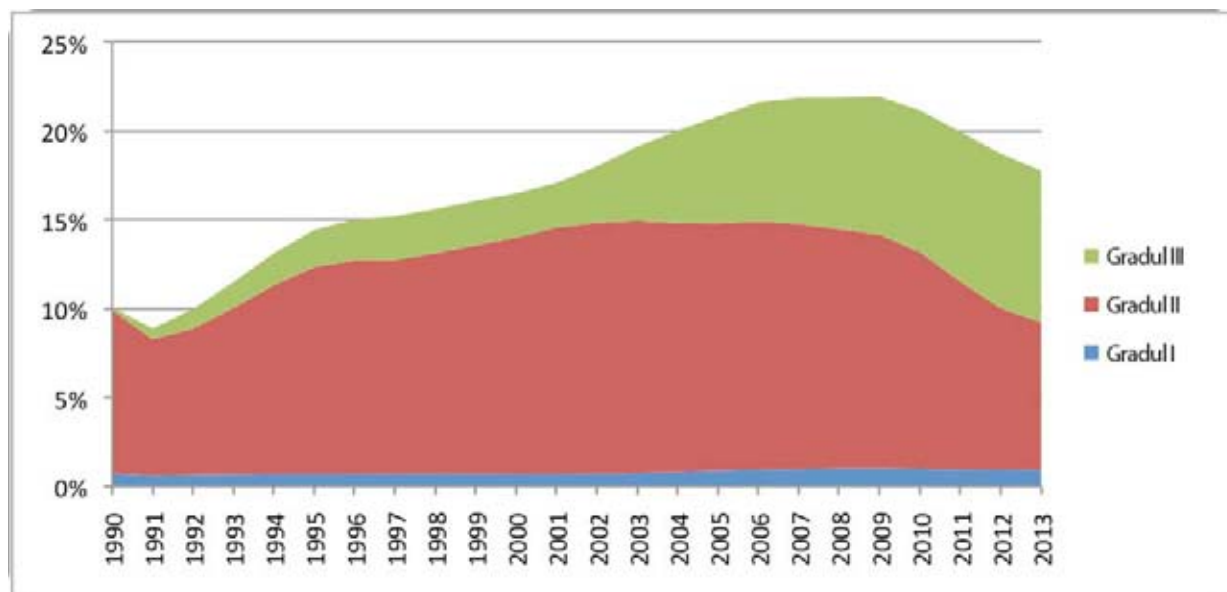
În concluzie, legile privind pensionarea obligatorie trebuie desființate și trebuie implementate politici de resurse umane care țin cont de vârstă, inclusiv: monitorizarea combinației de vârste ale angajaților și a celor care sunt concediați; investiții în programe de promovare a sănătății pentru angajați; oferirea de oportunități pentru actualizarea și dezvoltarea abilităților; asigurarea rotației angajaților pentru a încuraja învățarea și adaptabilitatea; și oferirea mai multor oportunități de lucru cu normă redusă pentru lucrătorii mai în vârstă. Toate aceste măsuri sunt benefice și pentru lucrătorii mai tineri care vor putea profita de experiența colegilor mai în vârstă. Consilierea obligatorie înaintea pensionării (inclusiv în grup, pentru creșterea eficienței) ar fi benefică. Guvernul, fiind cel mai mare angajator din țară, ar trebui să conducă această agendă și să consolideze legile împotriva discriminării pe motive de vârstă la locul de muncă și în afara acestuia.

Invaliditatea și programele de beneficii pentru dizabilități

După cum s-a discutat în Capitolul 2, există o serie întreagă de afecțiuni care creează dizabilități care tind să se înmulțească odată cu înaintarea în vârstă, iar tragerea liniei între a putea sau a nu putea munci din motive de sănătate reprezintă în multe cazuri, o evaluare foarte subiectivă. Pentru programele de beneficii pentru invaliditate, care sunt destinate a asigura o persoană împotriva pierderii venitului din cauza unei afecțiuni care creează invaliditate, concentrarea oricărei astfel de aprecieri trebuie să fie pe evaluarea capacității de muncă rămase (inclusiv pentru o altă profesie), și nu pe diagnosticul medical. Multe afecțiuni medicale cronice grave nu sunt debilitante dacă sunt gestionate corespunzător: de exemplu, prescrierea de antidepressive pentru a controla o boală psihică sau de medicamente care micșorează tensiunea arterială pentru o boală cardiovasculară.

Îmbătrânirea demografică și condițiile de pensionare care se înăpesc lent în cadrul programului de pensionare pentru limită de vârstă vor conduce la un număr mai mare de persoane care vor încerca să se pensioneze prin programul de invaliditate pe viitor și tendința este deja vizibilă (a se vedea Figura 3.13). În timp ce numărul total de cazuri de invaliditate a scăzut, se pare, începând din 2009, cazurile de invaliditate de gradul III (cele mai puțin severe) au continuat să se înmulțească. Tendința mai recentă a numărului în scădere de cazuri totale de invaliditate poate de asemenea să fie mai mult influențată de noua politică de înregistrare atentă a tuturor beneficiarilor pensiilor de handicap care îndeplinesc condițiile de pensionare pentru limită de vârstă ca pensionari pentru limită de vârstă decât de un flux semnificativ mai mic de noi solicitări de pensii de handicap.

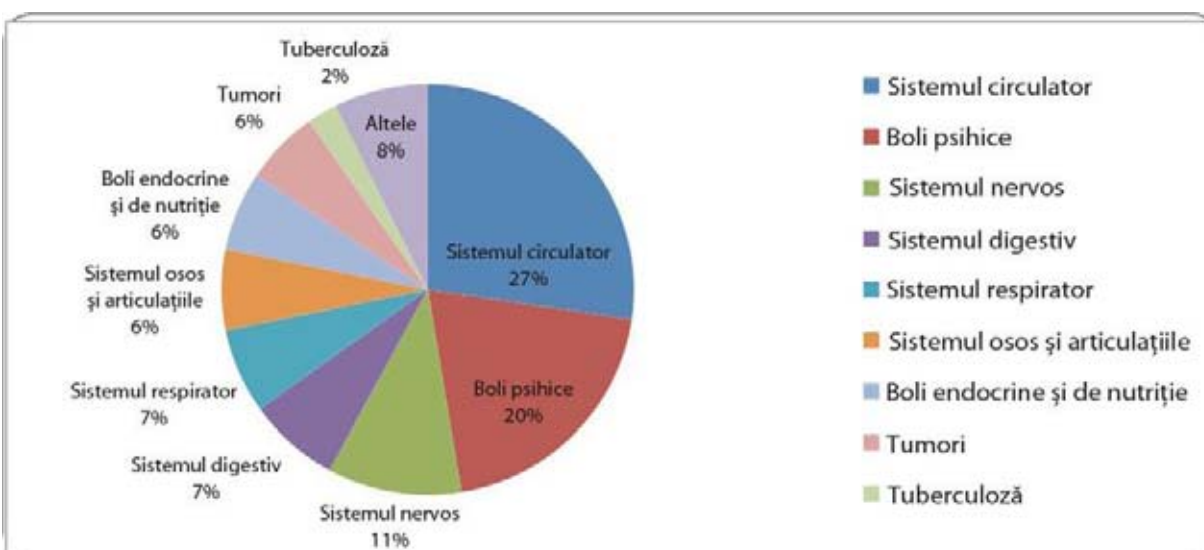
Figura 3.13 Pensionarii de invaliditate pe categorii, ca procent din toți pensionarii pentru limită de vârstă și invaliditate



Sursa: Institutul Național de Statistică al României

De aceea, o bună structură de guvernare, monitorizarea și aplicarea regulilor vor deveni mai importante pe viitor. Este de asemenea necesară revizuirea procedurilor de certificare a invalidității pentru a atenua o potențială creștere a numărului de cazuri frauduloase și „la limită”. În 2013, rata de respingere a cererilor de pensie de invaliditate a fost de 11 la sută dar acest număr nu a fost monitorizat regulat în timp de către autorități. De asemenea, sistemul nu are suficientă capacitate de a reevalua cazurile dificil de diagnosticat printr-un al doilea cadru medical. De exemplu, numărul de cereri bazate pe boli psihice este în creștere în România și fiind greu de diagnosticat, multe astfel de cazuri ar putea beneficia de o a doua opinie. Defalcarea tuturor cererilor în funcție de diagnostic este prezentată în Figura 3.14.

Figura 3.14 Principalele cauze de invaliditate în 2013



Sursa: (National House of Pensions and Other Social Insurance Rights, 2014)

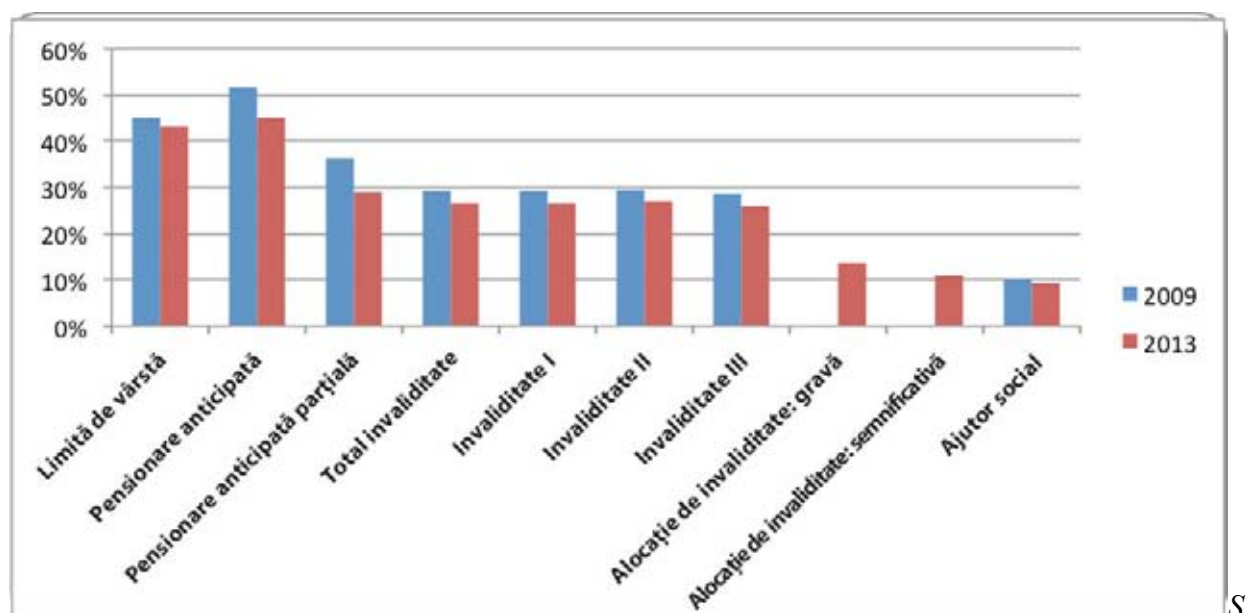
Presiunea asupra programului de invaliditate este și mai mult amplificată de o decizie recentă a Curții Constituționale, care reduce obligația privind contribuția necesară pentru calificarea pentru pensia de invaliditate la o singură zi. Este probabil ca numărul mare de noi cereri de pensie de invaliditate cu mai puțin de 30 de zile de contribuție, care s-a ridicat la 17.225 numai în octombrie 2013, să fie atribuibil acestei decizii (în acest ritm lunar, într-un an numărul cererilor cu mai puțin de 30 de zile de asigurare s-ar ridica la 26% din numărul total al pensiilor de handicap care se plătesc în prezent).

Programul de pensii de invaliditate oferă un beneficiu mult mai generos decât programul de indemnizații de handicap, creând un stimulent pentru ca potențialii beneficiari să încerce să devină eligibili, mai ales că legislația curentă permite cumularea celor două beneficii

(a se vedea Figura). La nivelul anului 2010, circa 50% din beneficiarii alocațiilor de invaliditate primeau și pensie, iar 20% primeau pe nsie de invaliditate.

Armonizarea certificării dizabilităților pentru primirea alocației de invaliditate sau a pensiei de invaliditate și unificarea cadrului instituțional reprezintă unul dintre obiectivele Guvernului, sprijinite de Banca Mondială *Unificarea sistemelor are drept scop reducerea semnificativă a dublării serviciilor, reducerea costurilor administrative și îmbunătățirea eficienței generale și a imparțialității rezultatelor. Totuși, chiar și cu proceduri, baze de date și monitorizări mai bune, sistemul va continua să întâmpine probleme, având în vedere stimulentele semnificative pentru obținerea certificatelor de invaliditate, în special de către persoanele care nu au vechime suficientă pentru a fi eligibile pentru o pensie pentru limită de vârstă dar care pot revendica relativ ușor pensia de invaliditate conform deciziei Curții Constituționale. Trebuie să existe niște rute de parcurs de la invaliditate înapoi în câmpul muncii, inclusiv posibilitatea angajării cu normă redusă pentru persoanele cu dizabilități*

Figura 3.15 Valoarea pensiei medii lunare în funcție de program, % din salariul mediu brut



ursa: Casa de Pensii, România

Medii de lucru adaptate persoanelor mai în vârstă care nu afectează sănătatea

Un alt set de măsuri care sunt în mod special importante pentru reducerea numărului de cereri de pensie de invaliditate și pentru prelungirea vieții active se referă la îmbunătățirea mediului de lucru. În timp ce incidența ridicată a pensionărilor anticipate din motive de sănătate

este inevitabilă la vârste mai înaintate, angajatorii, factorii de decizie și persoanele fizice trebuie să-și unească forțele pentru a reduce aceste situații.

Departamentul de Securitate și Sănătate în Muncă din Ministerul Muncii este însărcinat cu aplicarea standardelor de sănătate la locul de muncă în România. Întreprinderile plătesc de asemenea contribuții la Fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale. În 2012, fondul a înregistrat un surplus de 0,04% din PIB, costurile reprezentând numai 30% din venituri. Numărul de cereri compensate de fond este prezentat în Tabelul 3.1. Tabelul indică tendința descrescătoare pentru cele mai multe categorii de cereri, numărul total de cereri scăzând cu 32 la sută din 2003 până în 2012. Această tendință este cel mai probabil asociată cu îmbunătățirea condițiilor de sănătate și cu scăderea importanței industriilor predispuse la accidente de muncă în România.

Totuși, Tabelul 3.1 arată și o creștere abruptă a afecțiunilor musculo-scheletice (AMS) în ultimul deceniu, care ar putea fi oprită prin intervențiile potrivite (a se vedea Tabelul 3.2). Între 2003 și 2012, incidența afecțiunilor musculo-scheletice a crescut de la 33 la 258 de cazuri, cu un maxim de 300 cazuri în 2009. Creșterea generală se datorează în principal faptului că AMS abia au început să fie recunoscute ca boală profesională și este probabil ca multe cazuri să fie încă neraportate. Totuși, îmbătrânirea forței de muncă va contribui inevitabil și mai mult la creșterea riscului de AMS pe viitor. Incidența mai mare a muncii de birou, care necesită utilizarea intensivă a computerului va mări probabil de asemenea numărul de cereri. Reglementările privind îmbunătățirea siguranței în muncă, propriul interes al angajatorului și posibila finanțare a măsurilor de prevenție din surplusul Fondului pentru accidente de muncă și boli profesionale ar putea, împreună, să scadă riscul de AMS pe viitor.

Tabelul 3.1 Ratele de incidență a bolilor profesionale în funcție de tipul afecțiunii

Boală/An	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total cazuri	1376	990	1002	910	1353	1286	1366	1065	929	879
Boli cauzate de activități specifice	41	27	46	49	133	218	394	308	301	263
- Laringe	0	2	2	1	6	4	0	8	5	4
- Afecțiuni musculo-scheletice	33	24	34	47	117	197	384	300	296	258
- Vizuale	8	0	2	1	0	0	0	0	0	1
Silicoză	428	269	209	268	268	308	282	305	237	203
Bronșită cronică	44	26	71	62	152	193	174	64	23	29
Astm profesional	108	89	98	105	119	90	149	43	32	26
Deficiențe auditive cauzate de zgomot	292	258	213	153	302	178	145	90	67	44
Boli profesionale	503	365	408	347	446	357	324	213	184	136

Azbestoză	24	7	12	10	10	8	24	37	109	173
Boli infecțioase sau parazitare	35	36	42	20	42	23	22	46	8	31
Ulcer, perforație de sept nazal (crom)	7	1	1	1	0	0	1	2	0	0

Sursa: Institutul Național de Sănătate Publică din România Centrul Național de Monitorizare a Riscurilor din Mediul Comunitar Compartimentul sănătate ocupațională și mediul de muncă Adriana Todea, Felicia Steliana Popescu, Lavinia Călugăreanu. Morbiditate profesională în RO, 2013

http://www.insp.gov.ro/cnmrmc/images/pdf/rapoarte/Boli_Profesionale.pdf

Componenta echipelor ținând cont de vârstă și ajustarea locului de muncă în funcție de nevoile în schimbare ale angajaților mai în vârstă este un domeniu de intervenție promițător. De exemplu, BMW, producătorul german de mașini de lux, a implementat cu succes un număr de intervenții pentru a se adapta forței sale de muncă în îmbătrânire. Unele dintre măsuri au inclus mașini de ridicat pentru ca angajații mai în vârstă să nu își solicite spatele, mese de lucru cu înălțime ajustabilă și podele de lemn în locul celor de cauciuc pentru a ajuta la mișcarea șoldurilor în timpul muncii repetitive. În cursul unui an, printr-o serie de 70 de intervenții, nivelul de productivitate al lucrătorilor mai în vârstă din studiu a crescut cu 7 la sută, aducându-l la egalitate cu media pe fabrică. Defectele de calitate s-au redus repede la nivelurile așteptate și, mai târziu, s-au redus și mai mult. Absenteismul din cauza concediilor medicale și a reabilitării a scăzut de la un nivel de 7 la sută, peste medie, până la 2 la sută, mult sub medie. Astfel de intervenții nu sunt utile numai pentru populația mai în vârstă, ci și pentru persoanele mai tinere cu dizabilități, femei gravide etc. Este probabilă de asemenea o scădere a riscului general de vătămare în rândul lucrătorilor. (Pentru mai multe informații privind productivitatea lucrătorilor mai în vârstă, a se vedea Skirbekk, 2008 și Bloom & Sousa-Poza, 2013)

Tabelul 3.2 Afecțiunile musculo-scheletice și prevenirea lor la locul de muncă

Afecțiunile musculo-scheletice (AMS) sunt leziuni sau afecțiuni ale mușchilor, nervilor, tendoanelor, încheieturilor, cartilagiilor și discurilor spinale. AMS sunt asociate cu cheltuieli mari pentru angajatori, cum ar fi absenteismul, pierderea de productivitate și cheltuieli mai mari cu sănătatea, dizabilitățile și compensarea lucrătorilor. O categorie importantă de lucrători expuși riscului de AMS sunt utilizatorii de computere din mediul de lucru de birou. Leziunile spatelui și durerea de spate sunt printre cele mai frecvente AMS. Există numeroase studii privind factorii de risc ai AMS în literatura privind siguranța și sănătatea în muncă. <u><i>Datele studiilor științifice ale intervențiilor primare și secundare în Statele Unite indică faptul că durerea lombară poate fi redusă prin:</i></u>
Mijloace tehnice (de ex. reproiectarea ergonomică a locului de muncă) ▪ Schimbarea modului cum sunt transportate materialele, piesele și produsele. De exemplu, folosirea de dispozitive mecanice de ajutor pentru a ușura ridicarea greutăților și sarcinile de cărare sau utilizarea de mâneri sau de suporturi pentru mâini la pachetele care necesită manipulare manuală. ▪ Schimbarea configurației postului de lucru, care ar putea include folosirea de mese de lucru cu înălțime ajustabilă sau poziționarea uneltelor și materialelor la distanțe mici
Mijloace administrative (și anume ajustarea programelor de lucru și a volumului de muncă) ▪ Reducerea duratei schimburilor sau limitarea timpului de lucru suplimentar ▪ Schimbări privind regulile și procedurile de la locul de muncă, cum ar fi programarea mai multor pauze pentru a permite odihna și recuperarea ▪ Rularea lucrătorilor în cazul locurilor de muncă care sunt obositoare din punct de vedere fizic ▪ Pregătirea pentru recunoașterea factorilor de risc pentru AMS profesionale și instrucțiuni privind practicile și tehnicile de lucru care pot ușura cerințele sau sarcinile activității (de ex. stresul și încordarea)
Programe concepute pentru a modifica factori individuali, cum ar fi exerciții ale angajaților
Combinații ale acestor abordări

Încă un exemplu de program concentrat pe prevenirea pensionării anticipate din motive de sănătate a fost implementat cu succes în Austria. Programul Fit2work este supravegheat de comitetul de coordonare condus de Ministerul Asistenței Sociale și are obiectivul de a păstra sau mări capacitatea de muncă a persoanelor cu afecțiuni medicale, de a reduce concediile medicale, de a promova integrarea durabilă la locuri de muncă adecvate din punct de vedere al sănătății, de a preveni ieșirea prematură din forța de muncă (și astfel șomajul sau pensionarea din motive de sănătate) și de a oferi oportunități de reintegrare a oamenilor la locul de muncă după perioade lungi de concediu medical (a se vedea Caseta 5).

Caseta 4. **Experiența Austriei: programul Fit2work**

Grupurile țintă includ persoane angajate și lucrători independenți cu perioade lungi de concediu medical sau cu probleme de sănătate, societăți comerciale și angajați, mai ales cu un număr peste medie de zile de concediu medical și șomeri cu afecțiuni medicale.

Programul se bazează pe următoarele **principii fundamentale**:

- Dezvoltarea structurilor existente
- Evitarea redundanțelor și a supracapacității
- Voluntar, gratuit, confidențial
- Intervenție din timp
- Asistență durabilă
- Personalizare
- Luarea în calcul a aspectelor legate de sex și diversitate
- Susținerea responsabilității personale

Cadrul organizațional:

Grup de coordonare condus de Ministerul Asistenței Sociale

- Membri: Ministere (Asistență Socială, Sănătate, Economie, Finanțe), Serviciul Public de Ocupare a Forței de Muncă, instituții de asigurări sociale (Pensii, Sănătate, Accidente)
- Echipa de susținere: Biroul Social Federal

Consiliul consultativ

- Membri: Parteneri sociali, Consiliul Național al Persoanelor cu Dizabilități, inspectorate de muncă

Cofinanțat de Serviciul Public de Ocupare a Forței de Muncă, instituțiile de asigurări de pensii, sănătate și accidente și Biroul Social Federal

40 de puncte de contact regionale în toată Austria

Asigurarea unor medii de lucru sănătoase, 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 forța de muncă din România îmbătrânește. Angajatorii și factorii de decizie trebuie să monitorizeze sănătatea angajaților și să intervină din timp prin consiliere și ajustări necesare, astfel încât sănătatea să poată fi redobândită, iar pensionările să fie amânate. De asemenea, este important să se conștientizeze ajustările necesare la locul de muncă pentru angajații vârstnici și cu dizabilități, deoarece aceste ajustări nu sunt doar în beneficiul lucrătorilor, ci cresc și productivitatea firmelor. Multe dintre aceste schimbări sugerate nu sunt foarte scumpe. Unele dintre ele pot fi implementate cu surplusul din Fondul de asigurare pentru accidente de muncă și boli profesionale.

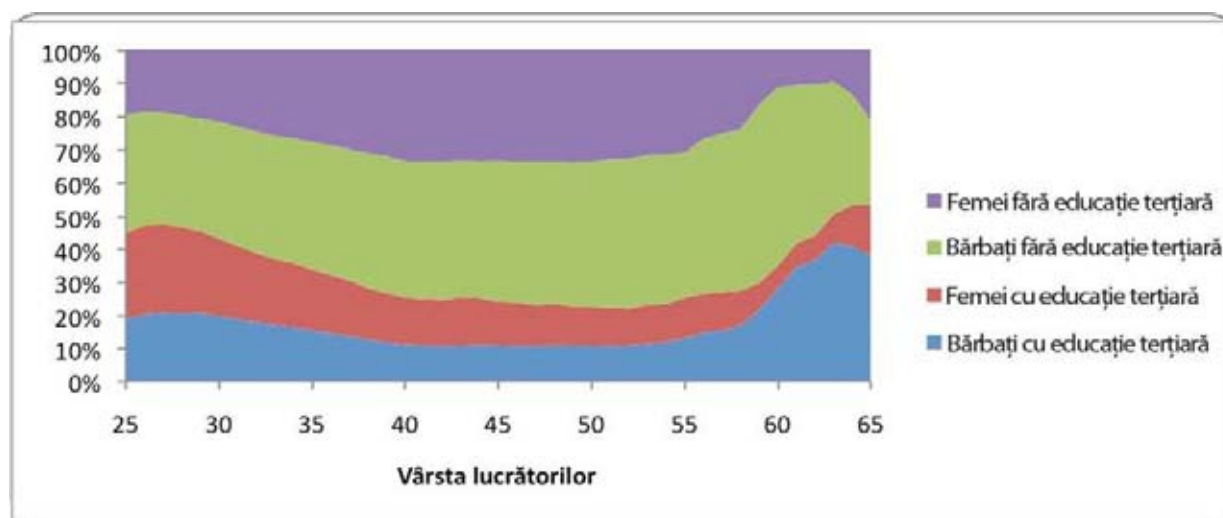
Învățare pe tot parcursul vieții

Defalcarea forței de muncă din România după nivelul de educație este prezentată în Figura 3.15. Graficul demonstrează că, în jurul vârstei de 55 de ani, populația cu mai puține calificări dobândite prin educație formală începe să piardă teren în rândul populației angajate. Acest lucru poate fi atribuit multor factori, de exemplu drepturilor de pensionare dobândite mai devreme datorită începerii mai devreme a carierei și recunoașterii predominante a muncii în condiții speciale, ambele aplicându-se mai accentuat populației mai puțin educate. Totuși, este de asemenea foarte probabil că muncitorii mai puțin educați au calificări mai reduse decât cele care sunt relevante pentru economia de astăzi. Din păcate, această problemă nu va dispărea repede, deoarece nivelurile de educație ale angajaților de 40 de ani din prezent din România sunt foarte

similare cu ale celor în vârstă de 55 de ani, după cum se poate vedea din grafic. De aceea, România nu își poate permite să aștepte ca o problemă să se rezolve de la sine, ci ar trebui să încerce să stimuleze învățarea de-a lungul vieții, mai ales în rândul populației de vârstă mijlocie și mai înaintată. O bază mai solidă pentru învățarea de-a lungul vieții trebuie de asemenea construită pentru tinerii din România, în special pentru cei de etnie română și pentru tineretul din zonele rurale, în vederea atingerii obiectivelor stabilite pe termen mai lung.

Datele sondajelor de atitudine indică faptul că lucrătorii mai în vârstă sunt adesea priviți drept slabi candidați la educație sau recalificare. Din păcate, adesea asemenea așteptări se auto-împlinesc, reducând motivarea de a învăța și ducând la rezultate mai slabe. De fapt, lucrătorii mai în vârstă tind să învețe diferit, cu rezultate mai bune obținute în cazul formării la locul de muncă dezvoltate pe baza experienței deja dobândite, decât în săli de clasă încă predominante. De aceea, schimbarea atitudinilor în favoarea învățării la vârste mai înaintate în rândurile angajatorilor și ale angajaților mai în vârstă înșiși ar trebui să fie prima pe agenda îmbătrânirii active, deoarece stereotipurile nefondate pot împiedica succesul tuturor celorlalte intervenții de pe agenda îmbătrânirii active.

Figura 3.15 Defalcarea forței de muncă a României în funcție de nivelul educației formale



Sursa: Date recensământ, analiză proprie

Învățarea pe tot parcursul vieții în cel mai larg sens 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. Mai mulți factori contribuie la creșterea importanței învățării pe tot parcursul vieții în secolul XXI, în toate țările Uniunii Europene și în afara acesteia. Aceștia includ, din punct de vedere economic, o competiție globală în creștere, o cerere mai mare de forță de muncă mai bine calificată și accelerarea schimbărilor tehnologice. Din punct de vedere social, acești factori

inclus necesitatea integrării sociale reînnoite constant și capacitatea de a participa la o societate democratică. Acești factori operează în contextul modificării profilurilor demografice și a mobilității transfrontaliere crescute. România, asemenea altor state membre ale Uniunii Europene, se confruntă simultan cu aceste provocări, ceea ce necesită o extindere strategică a învățării pe tot parcursul vieții.

În 2009, Comisia Europeană (CE) a întocmit Cadrul strategic pentru cooperare europeană în domeniul educației și formării profesionale (ET 2020). Acest document strategic evidențiază rolul decisiv al politicilor privind educația și formarea profesională în creșterea productivității și dezvoltarea durabilă. Educație și formare 2020 recunoaște învățământul preșcolar, primar, secundar, superior și educația și instruirea profesională de calitate drept esențiale pentru succesul Europei. Obiectivele strategice pe termen lung ale politicilor de educație și formare ale UE sunt: (1) să facă din învățarea pe termen lung și din mobilitate o realitate; (2) să îmbunătățească calitatea și eficiența educației și formării; (3) să promoveze echitatea, coeziunea socială și rolul activ al cetățeanului; și (4) să mărească creativitatea și inovarea, inclusiv antreprenoriatul, la toate nivelurile educației și formării.

O strategie a învățării pe tot parcursul vieții (IPV) este pregătită de Guvernul României pentru a crește participarea la învățarea pe tot parcursul vieții și a spori relevanța sistemelor de educație și formare profesională pentru piața muncii. Obiectivul privind IPV pentru România este de a crește rata de participare a adulților (cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani) la 10% până în 2020. În perioada 2007-2013, România nu a înregistrat progrese semnificative în acest domeniu, participarea crescând numai de la 1,3% până la 1,8%. Aceasta este semnificativ sub media UE27, care a fost de 8,9 la sută în 2011 și obiectivul este de a crește la 15 la sută până în anul 2020. Pilonii propuși ai Strategiei IPV în România sunt: accesul și stimulentele pentru participare; calitatea și relevanța; și parteneriatele pentru o mai bună informare. Pentru a implementa această strategie, Guvernul va trebui să joace un rol cheie în coordonarea, finanțarea și reglementarea activităților părților interesate.

Cadrul legal existent în domeniul educației include cerințe privind înființarea de Centre comunitare de învățare permanentă (CCIP) pentru a implementa inițiativele IPV. Aceste centre trebuie să fie înființate de autoritățile locale în parteneriat cu furnizorii de educație și formare profesională. Centrele trebuie să fie furnizori principali de IPV pentru comunitățile locale și se așteaptă să aibă un mare impact asupra participării mai ridicate a grupurilor slab reprezentate în prezent, inclusiv a populației mai în vârstă. Principalele funcții propuse pentru centre sunt: furnizarea de educație și pregătire, diseminarea informației și stimularea dezvoltării personale. Activitățile acestor centre ar putea include programe pentru a doua șansă și certificarea competențelor și aptitudinilor dobândite prin educația non-formală și informală.

Strategia IPV include măsuri de sprijinire a implementării CCIP, care vor necesita de asemenea furnizarea de resurse umane și financiare. Participarea populației mai în vârstă la activitățile care vor fi desfășurate în aceste centre ar putea juca un rol dublu de promovare a IPV

și de angajare a acestei populații în inițiative comunitare. În prezent, lipsa de resurse umane este o principală constrângere pentru funcționarea corespunzătoare a centrelor. Implicarea persoanelor mai în vârstă ar putea ajuta Guvernul să facă față acestei constrângeri fie printr-un acord pe bază de voluntariat, fie printr-o abordare finanțată parțial.

Campaniile de creștere a conștientizării care ținesc populația de vârstă mijlocie și mai înaintată ar putea promova o cultură a învățării pe întreaga durată a vieții. Aceste campanii ar putea face parte dintr-o inițiativă mai amplă menită să dezvolte un spațiu comun pentru învățare, promovarea responsabilităților inter-generații și creșterea gradului de conștientizare a diversității culturale, pe baza unor valori comune. Campaniile ar putea fi de asemenea utile pentru încurajarea oamenilor mai în vârstă să rămână activi cât mai mult timp posibil și pentru promovarea unei imagini mai pozitive a persoanei mai în vârstă în vederea combaterii stereotipurilor.

Finanțarea publică este justificată în unele cazuri pentru a soluționa eșecurile pieței în domeniul educației și formării și pentru a oferi stimulente pentru participarea grupelor slab reprezentate, inclusiv a populației mai în vârstă. Stimulente financiare pentru lucrătorii mai în vârstă ar putea fi puse la dispoziție pentru recalificare sub forma instrumentelor pe partea de cerere, precum cupoane pentru pregătire, în special pregătire profesională și la locul de muncă cu obligația angajatorului de a angaja cel puțin o parte a celor pregătiți. Inițiativa cupoanelor trebuie combinată cu realizarea profilului și consilierea posibililor participanți pentru a-i ajuta să facă alegeri bune și a asigura utilizarea eficientă a resurselor. O altă idee interesantă, implementată cu succes în Austria, este o plasare temporară, finanțată de guvern, a lucrătorilor mai în vârstă aflați în șomaj pentru a lucra în întreprinderi ale economiei sociale, care furnizează pregătire la locul de muncă, formare individuală și susținere socială și ajută la reintegrarea beneficiarilor pe piața muncii.

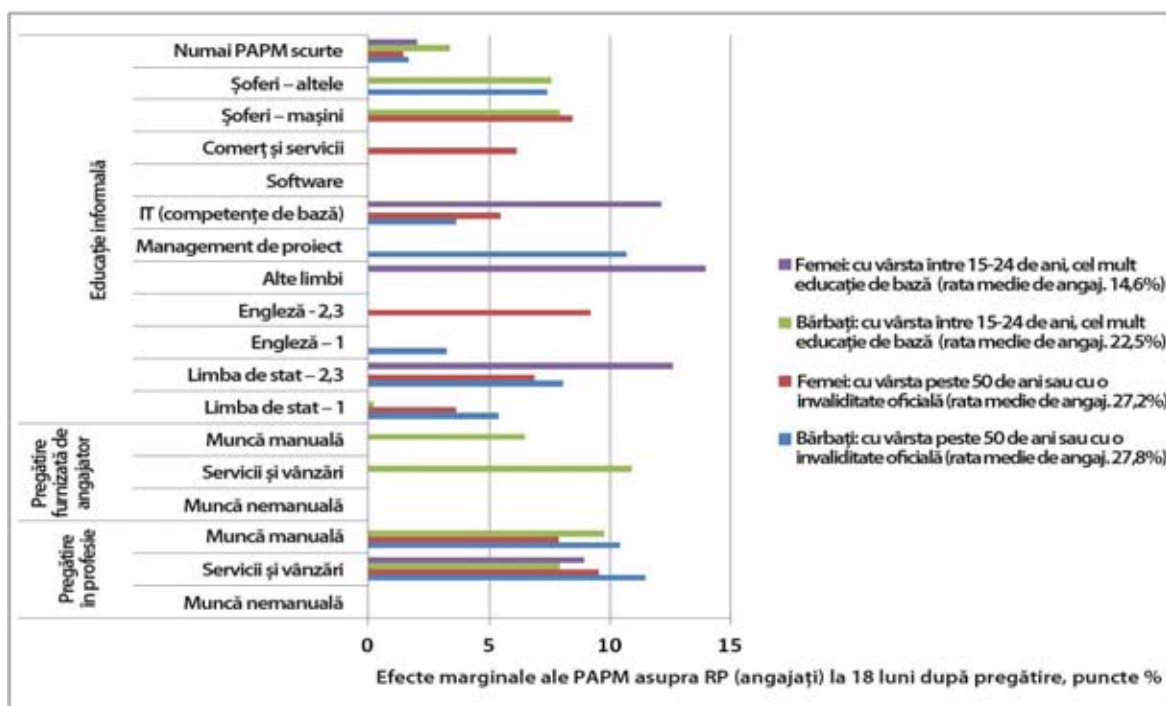
Învățarea trebuie promovată în rândul oamenilor mai în vârstă, astfel încât aceștia să poată observa valoarea învățării continue, inclusiv pentru viața de zi cu zi și să devină motivați să ia parte la activități de învățare. Acest tip de intervenție trebuie să fie concentrată atât pe aspecte legate de angajare, cum ar fi recalificarea (pentru muncitorii mai în vârstă), ca și pe aspecte legate de viața de zi cu zi, cum ar fi sănătatea, îngrijirea vârstnicilor, planuri financiare și din punct de vedere juridic pentru pensionare și pentru gestionarea moștenirilor și beneficiile tehnologiei pentru creșterea conectării sociale. Pentru a ajunge la o mulțime mare de beneficiari, consilierea și pregătirea trebuie furnizate la nivel comunitar. În domeniul recalificării, programele active privind piața muncii (PAPM) avute în vedere – pregătire foarte concentrată având ca țintă populația mai vârstnică – pot mări perspectivele de angajare ale populației mai în vârstă, așa cum se arată în Figura 3.16 pentru cazul Letoniei.

În sfârșit, politicile de promovare a învățării pe întreaga durată a vieții și cele care vizează îmbătrânirea activă în general pot avea succes numai în combinație cu o serie de politici suport din alte sectoare. De exemplu, învățarea pentru dobândirea permisului auto se pare că a

contribuit la creșterea posibilităților de angajare ale femeilor de 50 de ani și peste, dar pentru ca aceste politici să ducă la obținerea unor rezultate pozitive în zonele rurale, s-ar putea să fie nevoie de îmbunătățirea rețelei rutiere. În mod similar, rezultatele pozitive ale formării evidențiate în Figura 3.17 pentru Letonia ar putea depinde de asemenea de niște criterii foarte restrictive de pensionare și de eligibilitate pentru pensia de handicap, care să ducă la creșterea motivației persoanelor mai în vârstă de a învăța și de a-și căuta un loc de muncă în țara respectivă.

În concluzie, învățarea pe tot parcursul vieții reprezintă un alt obiectiv esențial pentru a avea o viață profesională mai lungă. În România, populația cu calificare mai scăzută începe să-și piardă ponderea în angajare încă de la vârsta de 55 de ani. Probabil că acest fenomen nu se va schimba cel puțin încă 15 ani, dacă lucrătorii de vârstă mijlocie și cei mai în vârstă și angajatorii lor nu sunt convinși de beneficiile învățării pe tot parcursul vieții. Strategia Guvernului român privind învățarea pe tot parcursul vieții include investiții masive în centre comunitare de învățare, care, printre altele, se preconizează că vor oferi educație și formare, vor disemina informații și vor ajuta la dezvoltarea personală a populației vârstnice. De asemenea, centrele vor oferi locuri de muncă, adesea foarte potrivite pentru persoanele vârstnice. O provocare va fi asigurarea faptului că resursele sunt utilizate eficient și de aceea monitorizarea atentă a rezultatelor educației și formării va fi esențială.

Figura 3.16 Dovezi din Letonia: Evidențele legate de Programul PAPM indică faptul că pregătirea foarte concentrată poate da rezultate de succes



Sursa: ECA Regional Flagship on Ageing (Studiul EAC regional de referință cu privire la îmbătrânire). În curs de publicare.

Capitolul 3 Bibliografie

Bloom, D & Sousa-Poza, A. (2013), Aging and productivity. Introduction. Labor Economics (Îmbătrânirea și productivitatea. Introducere. Economia muncii)

Cartea albă a Comisiei Europene. (2012). Cartea Albă Program pentru pensii adecvate, sigure și durabile. Cartea albă, Bruxelles.

Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale. (aprilie 2014). Preluat în aprilie 2014, de pe <http://www.cnpas.org/portal/media-type/html/language/en/user/anon/page/pensions.psml/template/generic;jsessionid=C3F72177A82C779A7A683544E89EC983?url=%2Fcontent%2Fcpas%2Fdisclaimer.html&title=Disclaimer>

Comisia Europeană. (2012). Raportul privind îmbătrânirea 2012: Proiecții economice și bugetare pentru cele 27 de state membre UE (2010-2060).

Comisia Europeană. (2013, 3 14). Indicele privind îmbătrânirea activă al UE. Preluat pe 6 februarie 2014 de la Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=1837&furtherNews=yes>

Comisia Europeană. Comisia pentru protecție socială. (2012). Adecvarea pensiilor în Uniunea Europeană 2010-2050.

Departamentul de Statistică al Organizației Internaționale a Muncii. (fără dată). Baza de date privind statistica muncii. Preluat de pe <http://laborsta.ilo.org/>

Eurostat. (mai 2014). Baza de date statistice a Eurostat.

Guyen, M. U. (2011). România: Considerarea opțiunilor pentru acordarea de protecție socială pentru agricultorii vârstnici. Banca Mondială.

Institutul Național de Statistică al României. (fără dată). INSSE Statistical DB Tempo. România. Preluat în 2014, de pe <http://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo2&lang=en&context=21>

Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. (fără dată). Preluat în aprilie 2014, de pe <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/en/>

Națiunile Unite. (2013). World Populations Prospects (Perspectivele populației mondiale). Ediție revizuită 2012. NY: ONU.

OCDE. (2011). Pensions at a Glance 2011: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries (Privire asupra pensiilor 2011: sisteme pensie-venit în OCDE și în țările G20). OCDE.

Organizația Mondială a Sănătății. (2002). Active Ageing: A Policy Framework (Îmbătrânire activă: cadru de politici)

Banca Mondială (2014), ECA Regional Flagship on Ageing (*Studiul EAC regional de referință cu privire la îmbătrânire*). În curs de publicare.

Raportul Comisiei Europene privind îmbătrânirea 2012. (2012). Raportul privind îmbătrânirea 2012.

Skirbeckk, V. (2008), Age and Productivity Capacity: Descriptions, Causes and Policy Options (Vârsta și productivitatea: descrieri, cauze și opțiuni de politici), Oxford Institute of Ageing.

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Studiu privind sănătatea, îmbătrânirea și pensionarea în Europa). (mai 2014). Preluat de pe <http://www.share-project.org/>

Banca Mondială (2014) *Studiu de diagnosticare și consultanță pentru politicile de sprijinire a incluziunii romilor din România*. Washington DC: Grupul Banca Mondială

CAPITOL 4 PARTICIPARE SOCIALĂ

În ciuda tuturor provocărilor, îmbătrânirea populației oferă de asemenea o oportunitate societății românești. În anii următori, va exista un număr mai mare de persoane mai în vârstă, dintre care cele mai multe nu vor mai fi probabil angajate. Îmbunătățirea în continuare a speranței de viață și în special a speranței de viață sănătoasă, va conduce la un interval mai lung post-angajare cu mai mult timp disponibil, la discreție. Cohortele următoare de pensionari români vor avea de asemenea niveluri mai mari de educație față de cohortele actuale de vârstnici.²² Responsabilitățile inter-generații privind îngrijirea copiilor vor fi mai puține și vor consuma mai puțin timp, având în vedere ratele mici ale natalității care predomină în prezent și înmulțirea opțiunilor privind îngrijirea copiilor. Și dacă îmbunătățirile privind situația economică a vârstnicilor se materializează, combinația între mai mult timp, o sănătate mai bună, mai multă educație, mai puține responsabilități privind copiii și circumstanțe financiare mai bune va oferi un grup de pensionari capabili să contribuie semnificativ la dezvoltarea societății românești prin participarea lor socială. După cum s-a observat în general de către Comitetul European Economic și Social (2013, p. 7):

Oamenii mai în vârstă contribuie la dezvoltarea societății din punct de vedere social și economic. Din perspectivă socială, rolul oamenilor mai în vârstă poate fi descris drept „liant social”, datorită contribuției lor în familie și comunități prin voluntariat și participare la instituțiile democratice. Din perspectivă economică, creșterea numărului vârstnicilor trebuie considerată o oportunitate, așa-numita „economie de argint”.

Acest capitol se concentrează pe formele pe care le poate îmbrăca participarea socială, pe rezultatele cercetărilor privind varietatea beneficiilor care rezultă din participarea socială, pe comparațiile dintre România și alte țări privind nivelurile sale generale de participare, pe examinarea barierelor și impedimentelor în calea participării și pe pașii care ar putea fi făcuți pentru a promova și încuraja participarea socială în România, în special în rândul cohortelor mai în vârstă.

A. Participarea socială, tipurile și beneficiile sale

²² Datele Sondajului European privind calitatea vieții 2011-2012 arată că 25,2% din românii cu vârste între 30 și 44 de ani, 15,8% din cei cu vârste între 45 și 59 de ani și 7,9% dintre cei de 60 de ani și peste și-au finalizat educația la nivelul terțiar.

„Participarea socială” se referă în acest capitol la activitățile în care oamenii se angajează prin intermediul rețelelor lor sociale formale și informale. În general, aceste activități sunt informale, cum ar fi, de exemplu, interacțiunea socială cu prietenii și vecinii. Pe de altă parte, unele forme de participare socială pot fi de natură mai formală sau se pot desfășura într-un cadru mai formal. Deținerea unei funcții într-o asociație de voluntari ar fi o ilustrare a primului caz, în timp ce voluntariatul pentru copii într-o școală elementară ar fi o ilustrare a celui de-al doilea. Pentru unele tipuri de activități, participarea ar putea fi complet opțională (cum ar fi corespondența cu un prieten de pe Facebook), în timp ce alte tipuri își pot asuma un caracter mai obligatoriu (cum ar fi îngrijirea în timpul zilei a unui nepot de vârstă mică, astfel încât unul sau ambii părinți ai nepotului să poată lucra).

Indiferent de forma specifică pe care o îmbracă, nenumărate studii în domeniul îmbătrânirii au indicat o varietate de beneficii pentru persoanele implicate în participarea socială. Pentru persoanele în vârstă, s-a demonstrat că activitățile în care se implică prin participare socială promovează bunăstarea fizică și psihică (a se vedea, de exemplu, GHK, 2010; Paganini-Hill, Kawas și Corrada, 2011; Huxhold, Miche și Schüz, 2014; Katja, Timo, Rantanen și Tiina-Mariet, 2014; Corporația pentru Servicii Naționale și Comunitare, 2012).²³ Relațiile dintre implicarea civică, de exemplu, și bunăstarea fizică și psihică au fost examinate folosind mai multe seturi de date din Studiul „Viața în schimbare a americanilor”, Studiul privind dinamica proprietății și a sănătății în rândul persoanelor cu vârste de peste 85 de ani, Studiul Național al Familiilor și Gospodăriilor, Studiul longitudinal Wisconsin și Studiul longitudinal al îmbătrânirii II (a se vedea Cutler, Hendricks și O'Neill, 2011 pentru referințe specifice). Împreună, aceste studii duc la concluzia că implicarea civică, așa cum este măsurată prin voluntariat și fără variabilele care pot duce la confuzii, îmbunătățește o varietate de parametri ai bunăstării: fericirea, satisfacția vieții, respectul de sine, sentimentul de control, sănătatea fizică (incluzând atât sănătatea autoevaluată, cât și dependența funcțională), depresia și longevitatea. Relații generale similare între activitatea voluntară și bunăstare se întâlnesc în studiile vârstnicilor din Germania (Huxhold, Miche și Schüz, 2014), Taiwan (Li, Chen și Chen, 2013), Japonia, Australia și Israel (Corporația pentru Servicii Naționale și Comunitare, 2012; Cutler, Hendricks și O'Neill, 2011).

Participarea socială sub formă de implicare civică și voluntariat contribuie și la bunăstarea beneficiarilor acestor eforturi, a comunităților în care trăiesc furnizorii și beneficiarii și a societății în general. De exemplu, adulții mai în vârstă aduc contribuții vitale economice și

²³ 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.

sociale în comunitățile și familiile lor prin munca de îngrijire neplătită. Destinatarii serviciilor voluntarilor mai în vârstă beneficiază de asemenea de relația pe care o au cu adulții mai în vârstă. Copiii, în special, în cadrul activităților educative, beneficiază de acest lucru. Mai mult, activitățile voluntare ale adulților mai în vârstă ajută guvernele și organizațiile non-profit să satisfacă cererea în creștere de servicii sociale, deoarece aceste activități, chiar dacă nu sunt plătite și adesea sunt nerambursate, pot fi cu siguranță privite drept „productive” (Kryńska și Szukalski, 2013).

Cum constrângerile bugetare scurtează programele sociale, sectoarele non-profit și de voluntariat câștigă importanță pentru satisfacerea nevoilor sociale. Folosirea capitalului social imens al unei populații în curs de îmbătrânire prin intermediul parteneriatelor de voluntariat public/privat poate ajuta la satisfacerea acestor necesități sociale în creștere (Fundatia MacArthur, Network on an Ageing Society (Rețea pentru o societate în curs de îmbătrânire), 2012, p. 3).

În România, se estimează că valoarea economică a contribuțiilor civice neplătite ale adulților în vârstă depășește 2 procente din PIB, compensând parțial scăderea cheltuielilor publice și private pentru necesitățile sociale. În Sondajul european privind calitatea vieții (EQLS), 22,9% din persoanele în vârstă de 60 de ani și peste au declarat că petrec în medie 23 de ore pe săptămână îngrijind copiii sau nepoții fără nicio retribuție și 9,6% au declarat că petrec în medie 22 de ore pe săptămână îngrijind rudele bătrâne sau cu dizabilități. Extrapolând aceste cifre la mărimea populației de +60 de ani rezultă o estimare totală anuală de 1,03 miliarde de ore de îngrijire informală a copiilor și nepoților și 494,2 milioane de ore de îngrijire a rudelor în vârstă sau cu dizabilități, evaluate la 8,24 miliarde RON și respectiv 3,95 miliarde RON²⁴. Eurobarometrul special privind îmbătrânirea activă are ca obiect numărul lunar de ore de activități voluntare ale respondenților pentru 15 tipuri de organizații, permițându-ne să facem estimări ale valorii economice pentru alte activități voluntare. S-a calculat că 8,7% din românii cu vârste de 60 de ani și peste au lucrat voluntar în medie 29,1 de ore pe lună, totalizând 140 de milioane de ore pe an, evaluate la 1,1 miliarde RON.

Deci, participarea socială poate fi cu adevărat considerată o propunere din care toată lumea câștigă, un câștig pentru persoanele mai în vârstă care pot avea o perioadă mai mare de timp liber la dispoziție – așa cum va fi cu siguranță cazul vârstnicilor români în anii viitori – și un câștig pentru cei care sunt beneficiarii contribuțiilor vârstnicilor. Guvernul câștigă și el, deoarece voluntariatul și participarea socială au efecte demonstrabile asupra economiei și pot reduce costurile guvernamentale pentru îngrijirea sănătății, dat fiind efectul salutar al participării asupra sănătății fizice și mentale.

²⁴ Calculele folosesc un câștig mediu pe oră de 8 RON, pe baza venitului lunar brut din 2012 de 1265 RON al lucrătorilor din categoria „alte activități de prestări servicii” (NIS, 2014, Tabelul 4.8).

În restul acestui capitol participarea socială va fi privită în modul adoptat de Indicele privind îmbătrânirea activă (Centrul European din Viena, 2013) și așa cum este măsurată prin Sondajul european privind calitatea vieții (EQLS) 2011-2012. Aceasta înseamnă că participarea socială va fi considerată ca fiind compusă din patru dimensiuni individuale și de asemenea ca un indice succint (a se vedea Centrul European din Viena, 2013 pentru elementele specifice folosite pentru măsurarea fiecărei dimensiuni):

1. **Activități voluntare:** prestarea de muncă voluntară neplătită prin intermediul organizațiilor;
2. **Îngrijirea copiilor, nepoților:** îngrijirea copiilor și/sau nepoților (cel puțin o dată pe săptămână, în afara muncii);
3. **Îngrijirea adulților mai în vârstă:** îngrijirea rudelor în vârstă sau cu dizabilități (cel puțin o dată pe săptămână, în afara muncii);
4. **Participarea politică:** participarea la activitățile unui sindicat, partid politic sau grup de acțiune politică;
5. **Participarea în societate:** indicator compus, pe baza celor patru indicatori precedenți.

În plus, și pentru a respecta din punct de vedere conceptual eforturile legate de Indicele privind îmbătrânirea activă, este examinat și un indicator de conectare la diferite rețele sociale pe baza datelor EQLS 2011-2012²⁵:

6. **Conectarea socială:** contactul avut față în față în afara locuinței cu copiii, părinții, frații, surorile sau alte rude, prietenii sau vecinii și contactele avute în afara locuinței prin telefon, internet sau prin poștă cu copiii, părinții, frații, surorile sau alte rude, prietenii sau vecini.

În final, pentru analizele pe baza EQLS, sunt examinate trei cohorte: (1) cei din grupa de vârstă 45-59 de ani, cohortă ai cărei membri vor intra în curând în populația vârstnică; (2) cei din grupa de vârstă 60-74 de ani, „bătrânii tineri” sau cohorta ai cărei membri au ajuns în majoritate la vârsta de pensionare; și (3) cei de 75 de ani sau mai în vârstă, „bătrânii bătrâni” sau cohorta ai cărei membri au ajuns la etapele mai avansate ale vârstei înaintate.

În concluzie, nenumărate studii au arătat o varietate de beneficii - atât fizice cât și mentale - pentru persoanele implicate în participarea socială. *Implicarea civică, atât prin rețele sociale formale, cât și informale, a fost pusă în legătură cu îmbunătățiri aduse unei varietăți de*

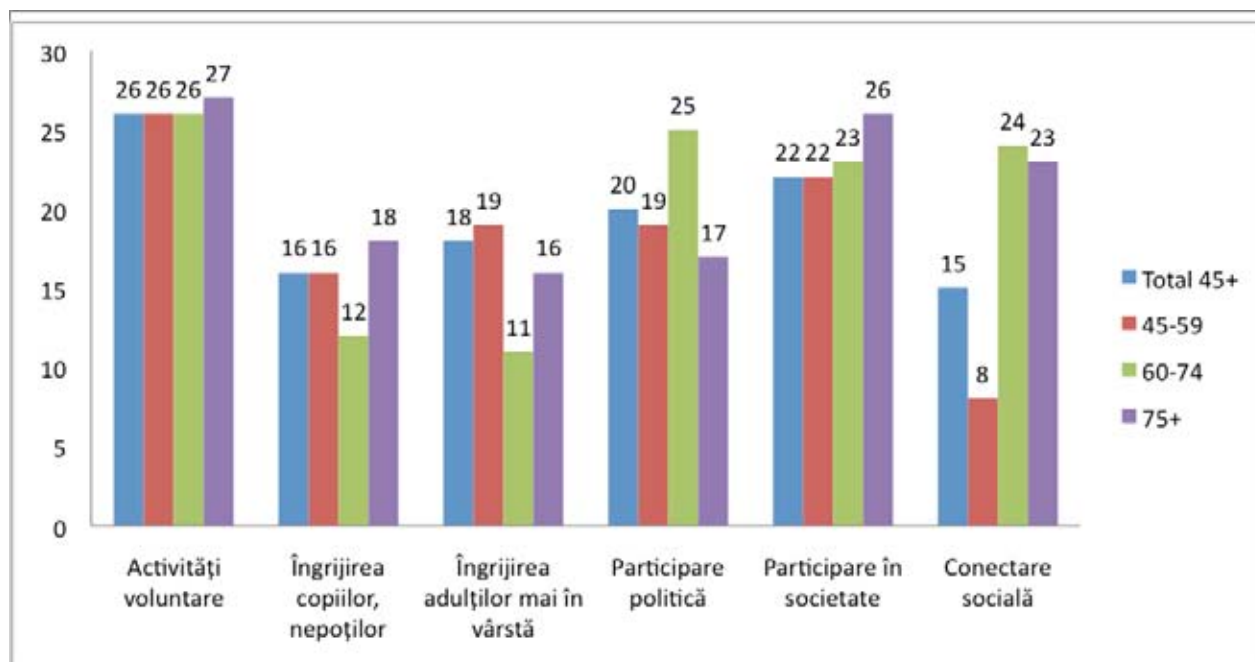
²⁵ Conectarea socială în Indicele original privind îmbătrânirea activă este măsurată printr-un element din Sondajul social european care întreabă respondenții cât de des se întâlnesc cu prietenii, rudele sau colegii pentru a socializa. În schimb, noi am ales să bazăm indicele conectării sociale examinat în acest raport pe două elemente din EQLS 2011-2012. Alegerea elementelor din EQLS s-a bazat pe două motive: (1) similaritatea conceptuală a dimensiunilor participării care sunt obținute prin seturile respective de elemente; (2) setul mai larg de modalități prin care se poate realiza conectarea în cadrul elementelor EQLS; și (3) avantajul de a baza analizele și comparațiile pe același set de date și pe același eșantion.

parametri ai bunăstării, inclusiv fericirii, satisfacției cu privire la viață, stimei de sine, sentimentului de control, sănătății fizice, depresiei și longevității. Participarea socială sub formă de implicare civică și voluntariat contribuie și la bunăstarea destinatarilor acestor eforturi; de exemplu, copiii, în special, în cadrul activităților educative, beneficiază de acest lucru. De asemenea, implicarea civică prin intermediul asistenței sociale neplătite oferă un beneficiu economic enorm comunităților care funcționează cu un buget restrâns și care au nevoi sociale crescute. Prin urmare, participarea socială poate fi considerată cu adevărat o propunere reciproc avantajoasă, subliniind importanța adoptării unor reforme care să promoveze mai multe oportunități de participare socială și în rândul adulților mai în vârstă.

B. Comparații cu alte țări ale UE

Datele din Figura 4.1 compară românii cu persoane din alte țări 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 cohorte 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, privind Figura 4.1, 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 aceeași cohortă din celelalte țări ale UE28.

Figura 4.1 Locul României în ceea ce privește participarea socială în rândul țărilor din UE28



Sursa: EQLS 2011-2012

Conceptul participării sociale este compus din diferite tipuri de activități, ceea ce adaugă complexitate considerabilă comparațiilor dintre țări. Datele Figura 4.1 oferă foarte multe informații. În primul rând, nu toate formele de participare socială sunt la fel. În 2011, pentru unele tipuri de participare, România ocupă poziție situată în partea de jos a clasamentului. De exemplu, în cazul tuturor persoanelor de 45 de ani și peste, România este pe locul al 26-lea dintre țările membre ale UE28 în ceea ce privește activitățile voluntare. Și în cazul persoanelor de 75 de ani și peste, România are al doilea cel mai mic nivel de participare la activități voluntare din între cele 28 de țări.²⁶ La alți parametri, totuși, România se clasează mai aproape de mijloc. Punctajele României vis-a-vis de indicii de conectare socială o plasează pe poziția a 15-a în clasamentul general, între cele 28 de țări și pe poziția a 8-a pentru cohorta de 45-59 de ani. La alți indicatori, totuși, poziția aproape de vârful clasamentului poate oferi o imagine înșelătoare a situației în raport cu un indicator. De exemplu, persoanele de 60-74 de ani sunt pe poziția a 11-a între țările UE28 în ceea ce privește îngrijirea adulților mai în vârstă dar aceasta este probabil o reflectare a sistemelor formale slab dezvoltate de ajutor pentru bătrâni (a se vedea mai multe discuții în Capitolul 5). Astfel, datele susțin afirmația noastră anterioară că participarea socială este compusă dintr-o varietate de tipuri diferite de activități. Aceste activități pot fi comasate

²⁶ Rezultate comparabile au existat într-o anchetă Eurobarometru din 2008 în care pensionarii din România erau pe locul al 4-lea de la sfârșit între țările UE27 la pro centul celor care participaseră deja la activități comunitare sau de voluntariat (Comisia Europeană, 2008 p. 41).

pentru conveniență, dar este importantă și examinarea diferențelor dintre ele, pentru a dezvălui antecedente și consecințe variate.

În al doilea rând, există diferențe interesante între cohorte privind unele dintre măsurători, dar diferențe minime în cazul altora. În ceea ce privește participarea la activități voluntare, toate trei cohortele sunt aproape de sfârșitul clasamentului comparativ cu persoanele de aceeași vârstă din celelalte țări UE28. Românii cu vârste de 60-74 de ani se situează în jumătatea superioară (chiar dacă spre capătul inferior al jumătății inferioare) în ceea ce privește îngrijirea copiilor, a nepoților și a rudelor cu dizabilități sau în vârstă.²⁷ De asemenea, cohorta de 45-59 de ani iese în evidență atunci când este comparată cu persoanele de aceeași vârstă din alte țări în ceea ce privește conectarea socială sau sociabilitatea.

Și în final, dintre cei cele cinci măsurători individuale componente, România se clasează cu numai două poziții mai sus de ultimul loc al clasamentului în ceea ce privește participarea totală la activități voluntare. Numai Bulgaria și Letonia au punctaje mai mici în ceea ce privește participarea la activități voluntare. Nivelul de participare politică în România o plasează în treimea inferioară a națiunilor UE28. Este probabil ca o combinație a acestor două măsurători să explice poziția slabă a României - a 22-a din țările UE28 - la măsurătoarea compusă privind participarea socială. Nivelul de îngrijire acordată adulților mai în vârstă și copiilor și nepoților plasează România aproape de limita inferioară a treimii de mijloc a țărilor. Numai în privința nivelului general de conectare socială, România se află mai aproape de mijloc, conform poziției ocupate în comparație cu alte țări ale UE28.

În concluzie, gradul actual de participare socială în rândul populației vârstnice din România, comparativ cu țările UE28, lasă loc considerabil pentru îmbunătățiri ale performanțelor tuturor celor patru dimensiuni individuale ale participării sociale - după cum sunt definite de Indicele privind îmbătrânirea activă (Centrul European din Viena, 2013). Deși realizarea de comparații între țări numai pe baza indicelui este o sarcină complexă, rezultatele oferă o perspectivă informativă asupra dinamicii dintre generații și asupra dinamicii culturale din societatea românească. România se clasează aproape de capătul inferior al clasamentului în ce privește activitățile voluntare, semnalând percepții negative puternice la nivelul societății referitoare la voluntariat în general. Pe de altă parte, România se poziționează mai aproape de vârful clasamentului în ceea ce privește îngrijirea adulților mai în vârstă, chiar dacă acest lucru este cel mai probabil efectul sistemelor formale slab dezvoltate de sprijinire a bătrânilor și nu neapărat un semn de participare socială voluntară. Ca rezultat, referirea la

²⁷ Poziționarea relativă a cohorței românești de 60-74 de ani la aceste două măsurători sugerează că aceasta ar putea fi în mod special susceptibilă la tensiunile create de faptul că face parte din ceea ce se numește „generația sandwich” (Brody, 2006) – adică cea care îngrijește simultan sau succesiv persoanele din generația mai tânără și mai în vârstă.

Indice poate fi o contribuție utilă pentru realizarea de politici destinate să crească toate formele de participare socială în România.

C. Bariere și impedimente în calea participării sociale

Această secțiune folosește interviurile desfășurate la București, România, în martie 2014 ca și datele din Sondajul european privind calitatea vieții 2011-2012. Date fiind beneficiile cunoscute ale participării sociale, intenția este de a identifica o gamă de factori care stau în calea angajării românilor mai în vârstă într-o participare socială mai frecventă și mai largă (Voicu și Voicu, 2003).

Factori politici și culturali

Elemente istorice și culturale, de obicei legate de trecutul sovietic, pun piedici capacității României de a crește participarea socială a populației vârstnice. Doi factori au fost observați în mod constant ca bariere politice și culturale în calea participării sociale a românilor vârstnici. În primul rând, respondenții au indicat moștenirea perioadei comuniste dinaintea de Revoluția din 1989. În deceniile regimului lui Ceaușescu, viața în România era dominată de structură și organizare. „Voluntariatul”, în măsura în care exista, era obligatoriu. Deoarece persoanele au fost forțate „să facă muncă voluntară”, voluntariatul a ajuns să aibă conotații negative. Astfel, „nivelul mic de voluntariat și prejudiciile negative asociate cu acesta derivă din perioada comunistă a României, în care „munca voluntară” însemna activități neplătite și obligatorii, impuse cetățenilor de administrația publică comunistă” (GHK, 2010, p. 1). Drept urmare, se afirmă că voluntarii nu sunt credibili, că în prezent, cultura română nu sprijină voluntariatul iar voluntariatul nu este puternic la nivelul comunității deoarece comunitățile nici nu salută implicarea și nici nu oferă posibilități de implicare și că, în general, România este văzută în cel mai bun caz ca având o societate civilă slabă.

Dovezi empirice ale impactului durabil al moștenirii comuniste asupra implicării civice au fost căutate de mai mulți cercetători. De exemplu, Pop-Eleches și Tucker (2013; a se vedea și Wallace, Pichler și Haerpfer, 2012) concluzionează că:

Cel mai important, ne-am îmbogățit înțelegerea privind ceea ce înseamnă „a trece prin comunism” în raport cu deficitul de participare civică: peisajul socio-demografic lăsat în urmă de comunism, viața timp de mai mulți ani în comunism și socializarea în fazele post-totalitare ale regimului comunist par a fi importanți factori determinanți ai deficitului de participare civică. Mai mult, arătăm că mediul economic post-comunist - deși nu și cel politic - pare de asemenea să joace un rol deloc neglijabil (p. 64).

Dovezi suplimentare ale conexiunii dintre moștenirea comunistă și voluntariat sunt găsite în datele EQLS 2011 privind România. Presupunând că persoanele din grupele de vârstă cele mai mici ar fi cel mai puțin afectate de viața în perioada comunistă, ne-am aștepta să vedem că cele mai mari niveluri de voluntariat există printre cei născuți după sau la sfârșitul perioadei comuniste din România. Datele din Tabelul 4.1 susțin clar această concluzie. Nivelul de participare la activități voluntare al celor din grupa cea mai mică de vârstă – 18-29 de ani în 2011 – era considerabil mai mare decât al celor din grupele de vârstă următoare și considerabil mai mare decât al celor din restul grupelor de vârstă.²⁸

Tabelul 4.1 Punctaje medii în ceea ce privește participarea la activități voluntare, în funcție de vârstă, România

Vârsta	Punctaj mediu pentru activități voluntare
18-29	7,46
30-44	3,85
45-59	3,49
60-74	2,11
75+	1,1

Sursa: EQLS 2011-2012

Paradoxal, „susținerea” legislativă pentru voluntariat a fost de asemenea citată ca impediment în calea participării sociale. Pe de o parte, voluntariatul are o oarecare susținere legislativă prin legile adoptate în 2001 („Legea voluntariatului” nr. 95/2001) și modificată în 2006. „Legea include: definiția voluntariatului; principiile de bază referitoare la voluntari; contractul sau acordul de voluntariat, drepturi și obligații; rezilierea contractului; rambursarea cheltuielilor; și protecția socială a voluntarilor și a voluntarilor străini în România” (GHK, 2010, p. 14). În ciuda existenței acestei legislații, totuși, s-a observat că particularitățile sale sunt contraproductive, mai ales prevederea din legislația mai veche care face obligatorie existența contractului. Necesitatea de a semna un contract a fost privită ca descurajând voluntariatul pe termen scurt și pe cel spontan. Faptul că acest contract a devenit opțional conform legislației mai recente reprezintă o revizie valoroasă, deși semnarea sau nu a contractului și disponibilitatea asigurării medicale sunt lăsate acum la discreția organizației de voluntari. De asemenea,

²⁸ Cei din grupa cea mai mică de vârstă diferă în alte moduri de persoanele din alte cohorte. Este de remarcat că ei au o stare de sănătate mai bună și sunt mai educați - doi factori care sunt legați de comportamentul de voluntariat. Totuși, chiar și controlând factorii educație și sănătate, punctajul mediu al activității voluntare al celei mai mici grupe de vârstă este, din punct de vedere statistic, semnificativ mai mare decât punctajul restului grupelor.

legislația mai recentă nu conține prevederi pentru încurajarea angajatorilor să-și determine angajații să facă muncă de voluntariat.²⁹

De asemenea, guvernul român însuși nu pare să folosească talentul și experiența voluntarilor mai vechi. Oficialitățile guvernamentale intervievate nu au putut da niciun exemplu de voluntari utilizați sistematic de ministerele lor. De asemenea, absența relativă a instituțiilor de îngrijire pe timpul zilei susținute public pentru îngrijirea copiilor poate să-i facă pe bătrâni să-și dedice energia îngrijirii nepoților în loc să desfășoare alte activități de voluntariat.³⁰ Alocațiile de dependență care sunt plătite uneori membrilor familiei pentru că ajută la îngrijirea unui membru mai sensibil al familiei (a se vedea Capitolul 5 al acestui raport) pot de asemenea să descurajeze participarea la activitățile voluntare.

Factorii socio-demografici

Pentru toți indicatorii, există relații clare și semnificative din punct de vedere statistic între cohortă și măsurile specifice de participare socială. Privind datele din Figura 4.2, cohorta mai tânără are un nivel mai mare de participare decât cohorta de mijloc la fiecare dintre domenii, în timp ce cohorta din mijloc la rândul său are niveluri mai mari de participare decât cohorta cea mai în vârstă.³¹ Este neclar din aceste date, ca și din orice rezultate transversale, dacă aceste rezultate pot fi atribuite efectelor vârstei sau efectelor cohortei. În primul caz - adică atunci când efectele se datorează numai îmbătrânirii sau sechelelor legate de îmbătrânire - se așteaptă un nivel de participare în scădere în rândul celor două cohorte mai tinere pe măsură ce acestea îmbătrânesc. Dar, dacă rezultatele se datorează diferențelor dintre cohorte, este de așteptat continuarea ratelor mai mari de participare pe măsură ce cele două cohorte mai tinere progresează prin structura de vârstă. Foarte probabil, aceste diferențe se datorează unei combinații a celor două efecte, și astfel cohortele viitoare de persoane mai în vârstă vor avea

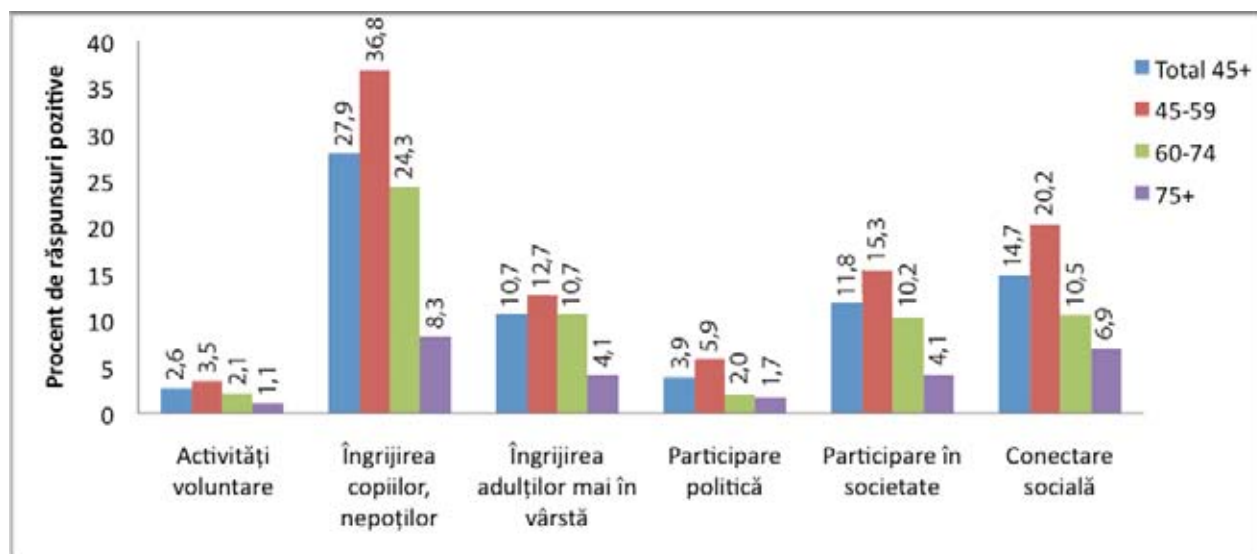
²⁹ Pentru mai multe detalii privind cadrul legislativ al voluntariatului în România, a se vedea Rebeleanu și Nicoară, 2011 și Luca și Gîrleanu-Șoitu, 2012.

³⁰ O oarecare susținere pentru această afirmație este găsită în cazul fiecăreia dintre cele două cohorte mai în vârstă, unde relațiile dintre îngrijirea copiilor și a nepoților și voluntariat sunt negative (deși nesemnificative din punct de vedere statistic).

³¹ Așa cum se va arăta mai târziu în acest capitol și cum au arătat rezultatele a numeroase studii din literatura gerontologică (a se vedea de ex. Cutler, Hendricks și O'Neill, 2011), până la un anumit punct, aceste efecte ale cohortei pot fi atribuite efectelor unor factori compoziționali care variază între cohorte și care sunt de asemenea asociați cu participarea socială. Doi dintre acești factori compoziționali sunt educația și sănătatea. Cohortele mai tinere au un nivel mai mare de educație și sunt într-o stare de sănătate mai bună, iar aceștia sunt doi factori care sunt în mod constant legați de participarea socială, după cum se va arăta mai jos. Pentru a vedea efectele apartenenței la cohortă fără efectele acestor variabile compoziționale, au fost efectuate o serie de analize multidimensionale ale relației dintre cohortă și gradul de participare socială, controlând factorii sănătate și educație. Rezultatele acestor analize au arătat că apartenența la cohortă a exercitat un efect negativ semnificativ din punct de vedere statistic asupra fiecăreia dintre indicatorii participării sociale, considerat fără luarea în calcul a factorilor compoziționali.

probabil niveluri oarecum mai mari de participare decât cohortele actuale de vârstnici. O determinare mai precisă a ponderii relative a efectelor vârstei și coortei și a implicațiilor acestora pentru nivelurile viitoare de participare socială în rândul persoanelor mai în vârstă din România ar necesita disponibilitatea unei forme de date longitudinale, multidimensionale, cum ar fi Studiul privind sănătatea, îmbătrânirea și pensionarea în Europa (SSIP), dar după știința noastră astfel de date nu există pentru România.³²

Figura 4.2 Relațiile dintre vârstă și nivelul de participare socială România 2011.



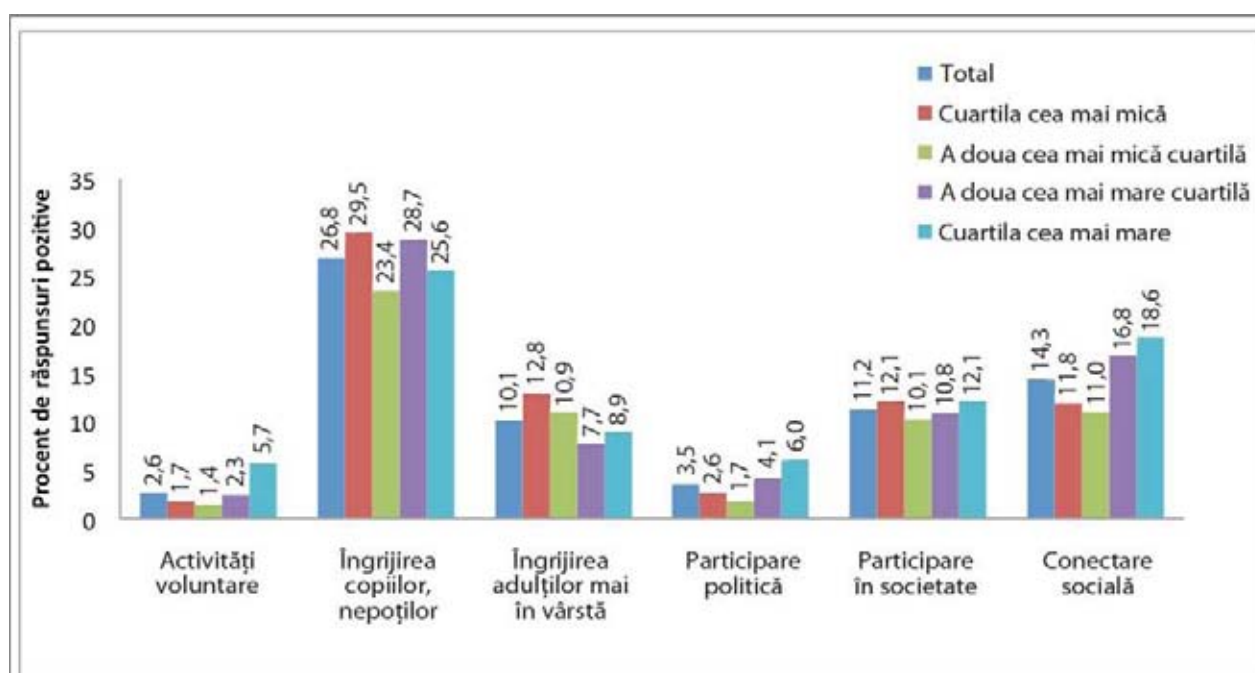
Sursa: *EQLS 2011-2012*

Lipsurile financiare au fost citate constant ca factor major care afectează participarea socială a vârstnicilor din România. Așa cum s-a exprimat un informator, dacă oamenii își petrec o parte considerabilă din zi căutând cel mai mic preț al mâncării și al altor lucruri necesare, rămân prea puțin energie pentru a participa la activități voluntare și la alte activități sociale. Dar în ceea ce privește componentele specifice ale participării, venitul operează într-o varietate de moduri mai complicate, așa cum este sugerat de datele din Figura 4.3. Participarea la activități voluntare arată o relație semnificativă în formă de „J”: la cele trei niveluri de venit mai mare, cu cât este mai mare venitul gospodăriei, cu atât este mai mare participarea la această formă de activitate, dar există o abatere de la liniaritate între nivelurile de participare ale persoanelor din cele două părți de la bază. Participarea politică și conectarea socială indică de asemenea relații semnificative în formă de „J”: participarea și conectarea cresc pe măsură ce venitul gospodăriei crește, cu excepția celor din cuartila cu cel mai mic venit, ale cărei niveluri

³² A se vedea secțiunea acestui capitol privind recomandările pentru discutarea în continuare a problemelor de infrastructură a datelor.

de participare sunt mai mari decât cele ale persoanelor din a 2-a quartilă. Îngrijirea copiilor și a nepoților indică o relație oscilatorie, dar nesemnificativă față de venit: cel mai mare nivel se înregistrează în cuartila cu cel mai mic venit și a 1-lea doilea cel mai mare nivel, în a doua cea mai mare quartilă. Îngrijirea adulților mai în vârstă arată o distribuție inversă în formă de „J”, deși nesemnificativ din punct de vedere statistic, cu participare în scădere pe măsură ce venitul gospodăriei crește în a doua cea mai mare quartilă dar cu o creștere în cea mai mare quartilă. Aceste modele diferite produc o distribuție în formă de „U”, dar nesemnificativă pentru nivelul total al participării sociale, cu punctaje mai mari de participare la extremitățile cuartilelor de venituri și cu punctaje mai mici în cuartilele din mijloc.³³

Figura 4.3 Relațiile dintre venit și nivelul de participare socială România 2011.



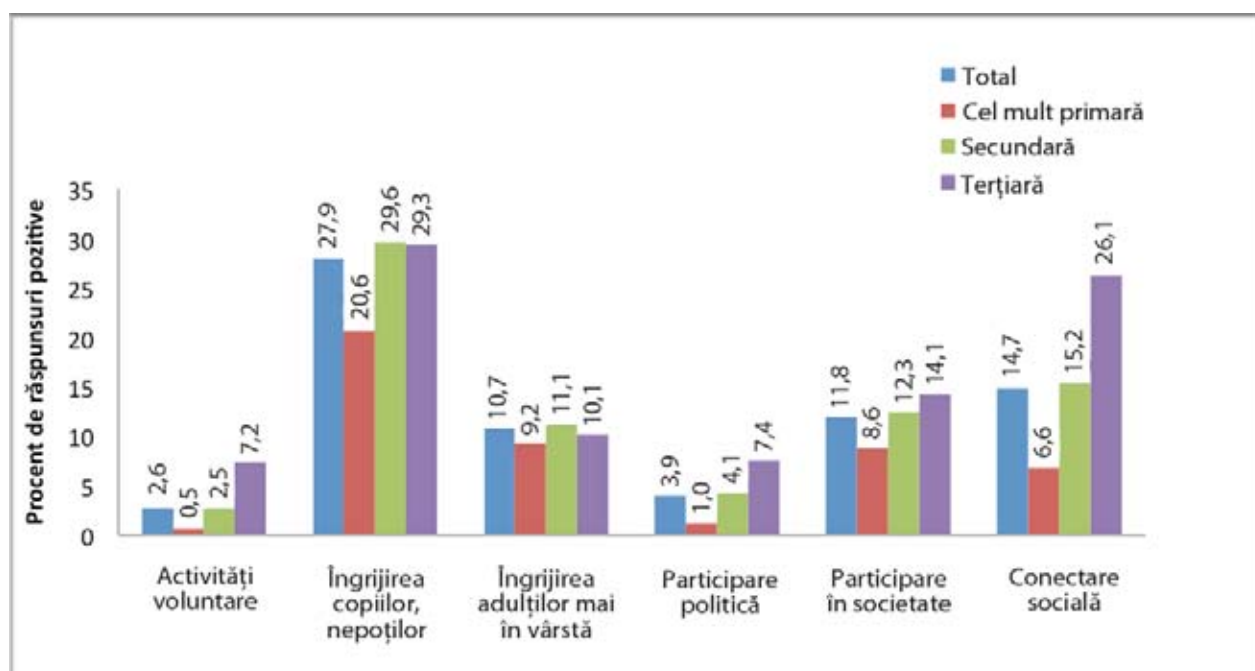
Sursa: *EQLS 2011-2012*

Așa cum este prezentată de datele din Figura 4.4, participarea crește cu nivelul de educație în rândul persoanelor cu vârste de 45 de ani și peste, inclusiv participarea la activități

³³ Din cele șase măsurători, numai conectarea socială arată relații semnificative cu venitul în cadrul fiecăreia dintre cele trei grupe de vârstă, iar aceste relații sunt în general lineare: cu cât este mai mare venitul, cu atât este mai mare conectarea socială. Venitul este un indicator semnificativ al activităților voluntare numai printre tineri (caz în care relația generală în formă de „J” este evidentă) și al participării politice numai în rândul coortei din mijloc (unde relația este lineară). Și în rândul celei mai mari grupe de vârstă, venitul este aproape un indicator semnificativ al activităților voluntare ($p=0.058$), dar numai persoanele cu venituri aflate în cea mai mare quartilă au niveluri mai mari de activitate voluntară.

voluntare, participarea politică conectarea socială și indicele general al participării sociale. Participarea inter-generațională la îngrijirea copiilor și nepoților arată o relație marginal semnificativă în raport cu educația ($p=.078$) și este la nivel minim în rândul persoanelor a căror educație este la nivel primar, deși această formă de participare este aproape egală la nivelurile secundar și terțiar. Cel mai mic nivel de îngrijire pentru adulți cu dizabilități sau mai în vârstă este de asemenea întâlnit la cel mai mic nivel de educație, dar relația generală este nesemnificativă din punct de vedere statistic.³⁴

Figura 4.4 Relațiile dintre educație și nivelul de participare socială România 2011.



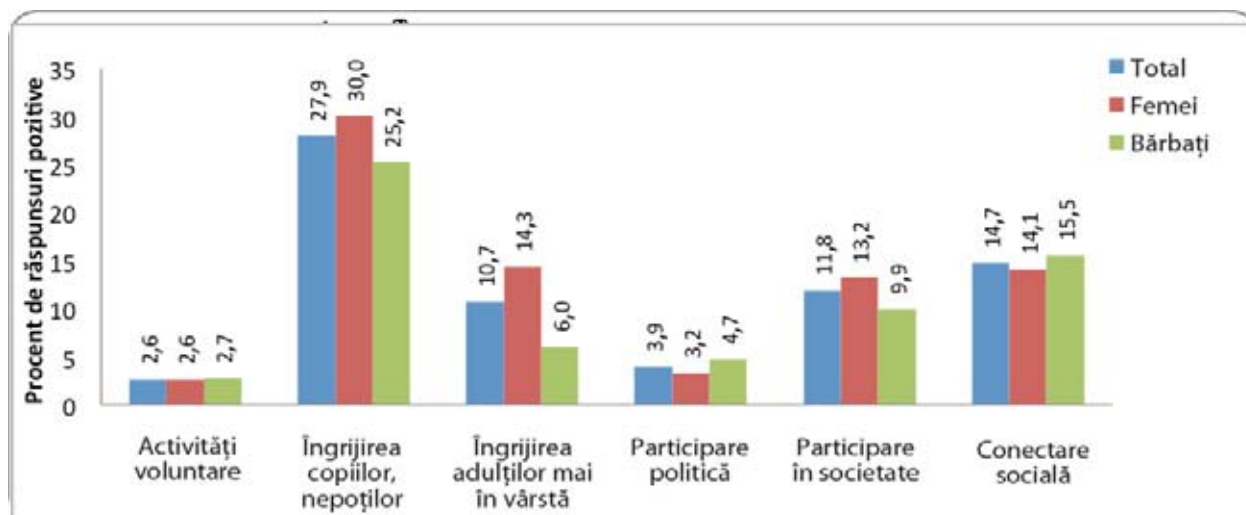
Sursa: *EQLS 2011-2012*

Diferențele pe sexe dezvăluie o varietate de modele, după cum se arată în Figura 4.5, deși numai în cazul a două dintre măsurători, diferențele de sex sunt semnificative din punct de vedere statistic: îngrijirea adulților mai în vârstă și parametrul compus al participării sociale. Pentru toți românii de 45 de ani sau mai în vârstă diferența pe sexe în ceea ce privește activitățile voluntare este mică și nesemnificativă. Este mai probabil ca femeile să îngrijească copiii și bărbai să participe la activități politice și să fie conectați social, dar din nou, diferențele nu sunt semnificative. Pe de altă parte, este mult mai probabil ca femeile să îngrijească adulții

³⁴ În cadrul celor trei grupe de vârstă, singurele relații semnificative din punct de vedere statistic sunt cele dintre educație și activitățile voluntare și dintre educație și conectarea socială (deși ultima este marginal semnificativă în rândul celei mai în vârstă cohorte [$p=.073$]). Funcțional, aceste relații sunt toate lineare: pe măsură ce nivelul educației crește, la fel se întâmplă cu participarea la activități voluntare și conectarea socială.

mai în vârstă - o diferență care corespunde unei mari părți a literaturii gerontologice privind diferențele pe sexe în ceea ce privește îngrijirea (de ex. Brody, 2006) ³⁵ – și este probabil ca mărimea acestei diferențe să fie factorul care contribuie major la diferență totală semnificativă pe sexe privind participarea socială ³⁶

Figura 4.5 Relațiile dintre sex și nivelul de participare socială România 2011.



Sursa: EQLS 2011-2012

Multe comentarii au fost direcționate către dificultățile în calea participării sociale ridicate de rezidenți în zonele rurale. S-a menționat, de exemplu, că cele mai multe ONG-uri se găsesc în zonele urbane și că există foarte puține în mediul rural. S-a spus, de asemenea, că zonele rurale au mai puține facilități comunale pentru întâlniri și evenimente comunitare. S-a afirmat că evenimentele comunitare au dispărut și că tradițiile comunitare au fost distruse. S-a sugerat, de asemenea, că este mai dificil de recrutat voluntari în zonele rurale și că emigrarea generației mijlocii din zonele rurale a lăsat generația mai în vârstă în situația de a avea grijă de nepoți, reducând mai departe din timpul disponibil pentru a participa la alte forme de activități sociale.

În ciuda atractivității acestor ipoteze, datele din EQLS oferă prea puțin sprijin pentru acestea. În rândul tuturor românilor de 45 de ani și peste, există diferențe semnificative în ceea ce privește îngrijirea copiilor și a nepoților între persoanele care locuiesc în diferite medii

³⁵ Această diferență pe sexe 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.

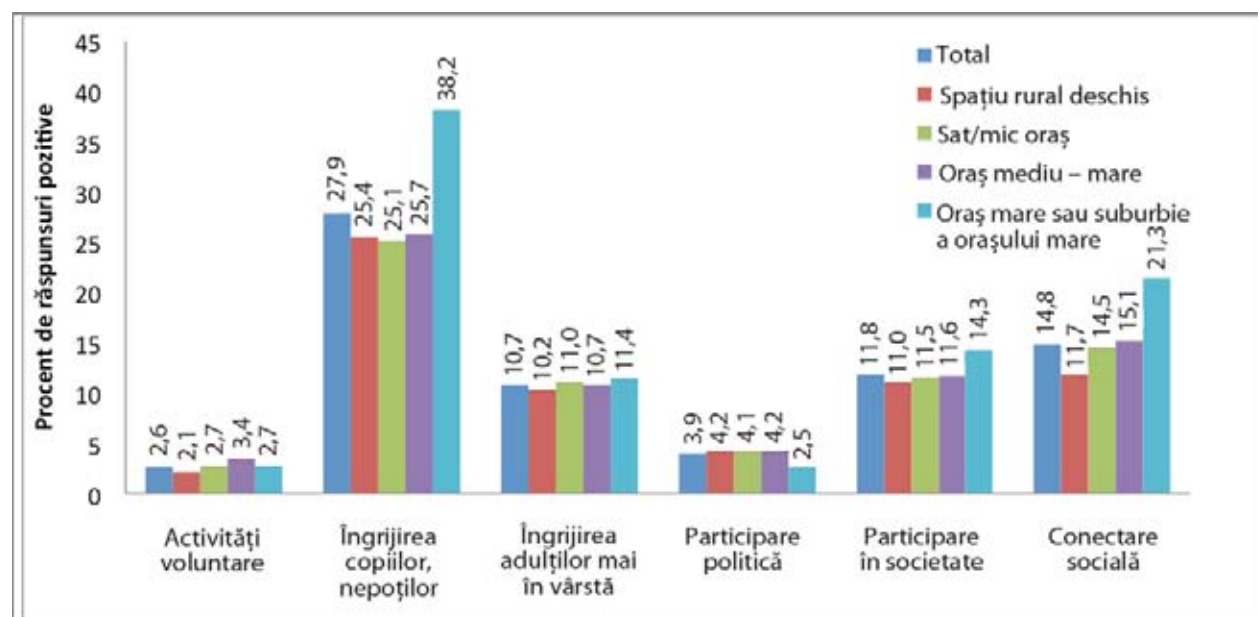
³⁶ Pe vârste, diferențele de sex sunt semnificative numai în cohorta cea mai tânără. Este semnificativ mai probabil ca femeile să îngrijească copiii și nepoții și rudele mai în vârstă sau vulnerabile. Aceste diferențe semnificative explică probabil de ce femeile din cohorta cea mai tânără au punctaje semnificativ mai mari decât bărbații la măsurarea generală a nivelului de participare.

rezidențiale, dar cei care locuiesc în zonele cele mai urbanizate – oraș mari și suburbii ale acestora – au cel mai mare punctaj la îngrijirea copiilor și nepoților (a se vedea Figura 4.6). După vârstă diferențele de rezidență în îngrijirea copiilor și a nepoților sunt semnificative numai în rândul cohorței celei mai în vârstă pentru care cel mai mare nivel de îngrijire este acordat în zonele urbane mai mari.

Conectarea socială variază de asemenea în funcție de mediul de rezidență, cele mai mari zone urbane având punctaje semnificativ mai mari în rândul tuturor românilor cu vârste de 45 de ani și peste și în rândul românilor de 45 -59 de ani și de 60 -74 de ani. Diferențe semnificative apar de asemenea și în rândul celei mai în vârstă cohorțe, dar în acest caz cel mai mare nivel de conectare socială este înregistrat printre persoanele care locuiesc în oraș medii și mai mari.

Pentru măsurătorile rămase, niciuna dintre diferențe nu este semnificativă din punct de vedere statistic și nu există diferențe semnificative în funcție de rezidență pentru niciuna dintre măsurătorile legate de participarea în cadrul celor trei cohorțe. Diferențele mici indică faptul că participarea la activități voluntare este la nivelurile sale cele mai scăzute în zonele rurale, îngrijirea adulților vârstnici și participarea generală sunt la nivelurile cele mai mici în zonele rurale cel mai puțin dezvoltate, iar participarea politică este la nivelul cel mai mic în zonele cele mai urbanizate.

Figura 4.6 Relațiile dintre rezidență și nivelul de participare socială România 2011.



Sursa: *EQLS 2011-2012*

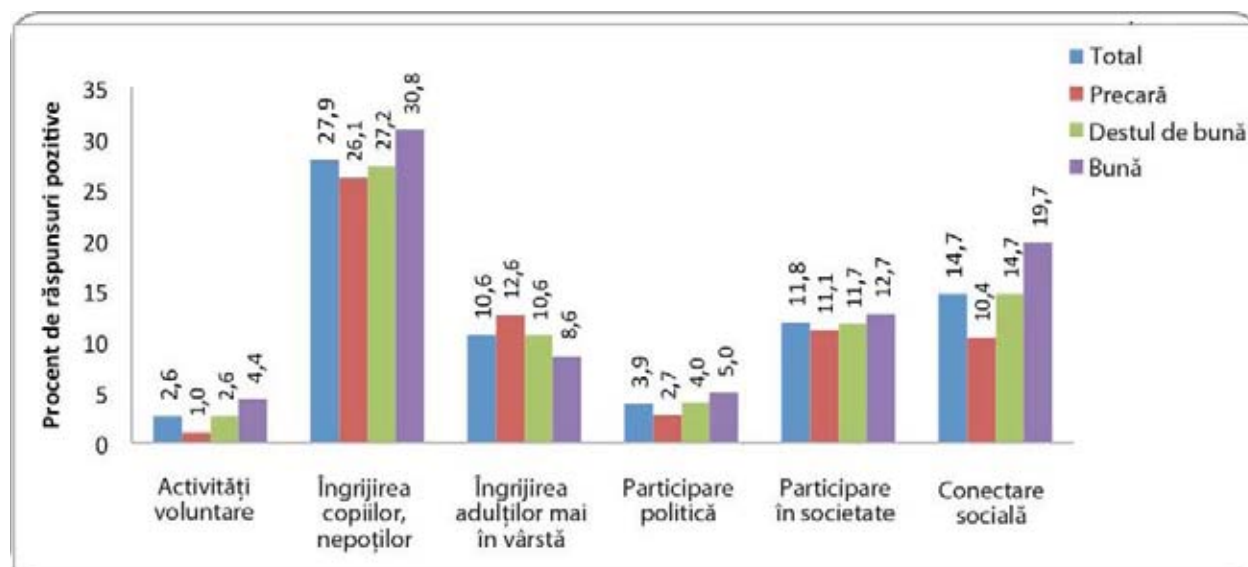
Sănătatea a fost menționată ca factor care împiedică participarea socială. O implicare suplimentară a fost faptul că politica guvernamentală a descurajat participarea socială

prin faptul că legile privind dizabilitățile descurajează recuperarea după boală și promovează refuzul tratamentului. Starea autoraportată sau subiectivă a sănătății a fost folosită pentru a testa aceste ipoteze.³⁷ Pentru toate grupurile de respondenți, sănătatea a avut efectele așteptate asupra celor mai multe dintre variabilele participării (a se vedea Figura 4.7). O sănătate mai bună a fost asociată cu niveluri mai mari de participare la activități voluntare, de îngrijire a copiilor și nepoților, de participare politică, de conectare socială și de participare socială în general. Pentru îngrijirea adulților vârstnici, relația este de fapt în direcție opusă: cu cât este mai bună sănătatea, cu atât este mai mic nivelul de îngrijire a adulților mai în vârstă. Totuși, dintre toate cele cinci relații dintre sănătate și variabilele participării pentru totalul populației de români cu vârste de 45 de ani și peste, numai activitățile voluntare și conectarea socială afișează diferențe semnificative din punct de vedere statistic.³⁸

³⁷ Cu mult timp în urmă, sociologul W. I. Thomas a observat că, dacă persoanele percep o situație ca fiind reală, aceasta este reală în ceea ce privește consecințele sale (Thomas și Thomas, 1928). Cercetări ulterioare au furnizat susținere amplă pentru observația lui Thomas despre definiția proprie a situației și despre importanța afirmațiilor subiective față de cele obiective. În ceea ce privește sănătatea, de exemplu, studiile au arătat că starea de sănătate autoraportată ar putea fi chiar un indicator mai eficient al diferitelor rezultate legate de sănătate decât parametrii obiectivi de măsurare a sănătății (de ex. Ferraro și Farmer, 1999). În plus față de parametrii generali de măsurare a sănătății, am observat că cercetările ulterioare ar trebui de asemenea să examineze rolul deficiențelor senzoriale care devin mai prevalente odată cu înaintarea în vârstă și reprezintă obstacole în calea participării sociale (a se vedea, de ex. Viljanen, Törmäkangas, Vestergaard și Andersen-Ranberg, 2014).

³⁸ În rândul fiecăreia dintre cele trei cohorte, conectarea socială este semnificativ asociată cu sănătatea autoraportată, dar pe măsură ce vârsta crește, forma relației se schimbă, de la lineară la curbilinie, cele mai mari niveluri de conectare socială fiind întâlnite printre persoanele de 75 de ani și peste, a căror sănătate este „destul de bună”. În rândul celei mai tinere cohorte, o relație semnificativă este observată între sănătate și activități voluntare și o relație marginal semnificativă între sănătate și îngrijirea acordată rudelor vulnerabile sau mai în vârstă ($p=.062$). Ambele relații sunt lineare, dar pozitive pentru activități voluntare și negative pentru îngrijirea acordată rudelor vulnerabile sau mai în vârstă. Printre persoanele cu vârste între 60 și 74 de ani, există o legătură semnificativă între sănătate și activități voluntare, existând niveluri mai mari, aproape echivalente de activități voluntare pentru cei cu sănătate bună și destul de bună. În rândul celei mai în vârstă cohorte, în afară de relația dintre sănătate și conectarea socială, niciuna dintre celelalte relații nu este semnificativă.

Figura 4.7 Relațiile dintre sănătate și nivelul de participare socială România 2011.



Sursa: EQLS 2011-2012

În concluzie, românii mai în vârstă se confruntă cu bariere semnificative de natură politică, culturală și socio-demografică în calea unei participări sociale mai frecvente și mai extinse. În prezent, cultura română nu sprijină voluntariatul, iar voluntariatul nu este puternic la nivelul comunității deoarece comunitățile nici nu solicită implicarea, și nici nu oferă posibilități de implicare. În mod încurajator, conotația negativă a voluntariatului pare să dispară în rândul cohortelor mai tinere care nu au trăit în epoca comunistă. În afară de impactul negativ îndelungat al moștenirii comuniste, în ultimii ani a existat un suport legislativ minim în favoarea voluntariatului. Ceea ce face lucrurile încă și mai rele este faptul că nici măcar guvernul român nu pare să folosească talentul și expertiza voluntarilor mai vechi. Dificultățile financiare, nivelul scăzut al educației, precum și rezidența în zonele rurale au fost de asemenea citate ca impedimente esențiale în calea participării sociale în rândul adulților mai în vârstă. Starea de sănătate precară și legile privind dizabilitățile care descurajează recuperarea după boală și promovează refuzul tratamentului și-au dovedit de asemenea defavorabile participării sociale.

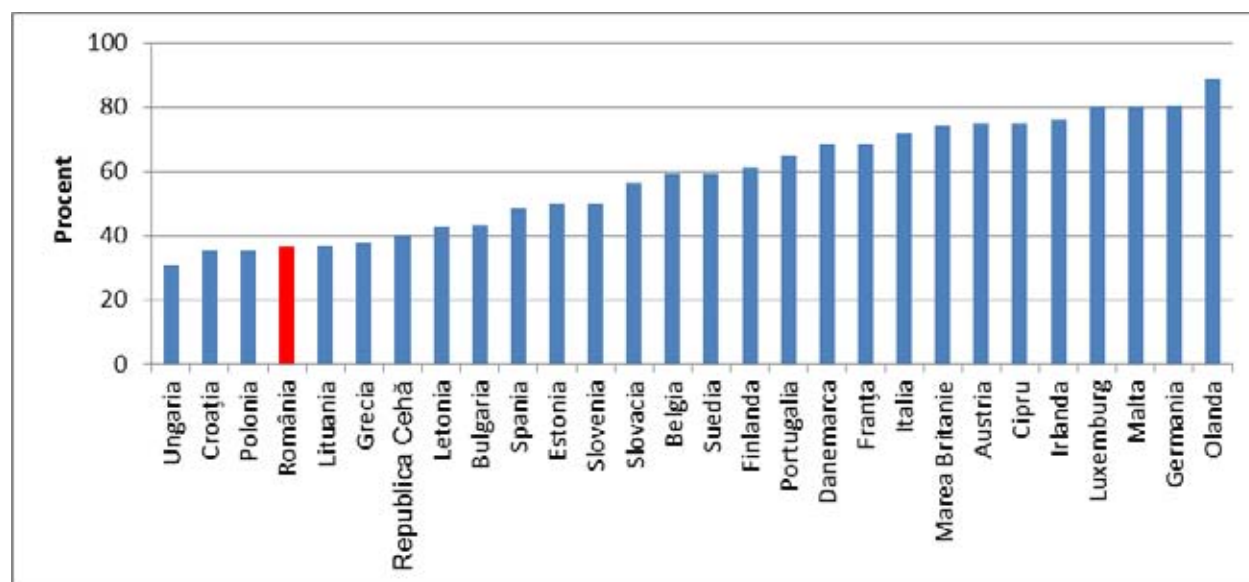
D. Opțiuni pentru încurajarea creșterii participării sociale

Acest capitol a susținut faptul că participarea socială aduce o varietate de beneficii participanților individuali, comunităților în care aceștia trăiesc și țării ca întreg (Sirven & Debrand, 2008). În condițiile continuării îmbătrânirii populației, care va afecta România, - având ca rezultat o populație în vârstă ce va fi mai numeroasă cu o sănătate mai bună mai bine educată și poate cu o mai bună situație financiară - talentul și experiența populației în vârstă pot și trebuie utilizate mult mai mult decât în prezent. Cu alte cuvinte, capitalul social reprezentat de

vârșnicii români trebuie folosit, atât în propriul lor beneficiu, cât și pentru beneficiul țării ca întreg.

S-a făcut mereu observația, pe parcursul acestui capitol, că activităților voluntare li se atribuie o prioritate mică în cultura românească. Dovezi suplimentare care susțin această concluzie se găsesc în datele privind îmbătrânirea activă colectate în 2011 ca parte a seriei de cercetări Eurobarometru. Figura 4.8 prezintă datele privind percepțiile asupra contribuțiilor aduse prin voluntariat de persoanele în vârstă de 55 de ani sau peste. Pentru fiecare dintre țările UE28, datele indică procente de persoane în vârstă de 60 de ani și peste care au raportat că populația mai în vârstă (+55) aduce o contribuție „mare” prin voluntariat. Printre cele 28 de țări, România ocupă locul al patrulea din partea de jos a clasamentului. Numai Croația, Polonia și Ungaria au procente mai mici ale celor cu vârste de +60 de ani care susțin că oamenii cu vârste de 55 de ani și peste aduc o mare contribuție ca voluntari în țara lor. După cum notează un studiu major pe tema voluntariatului în România, „... nu există niciun organism public principal responsabil în prezent pentru monitorizarea și reglementarea activităților și instituțiilor de voluntariat în România” și există o „... lipsă de programe naționale specifice destinate să stimuleze voluntariatul în România” (GHK, 2010, p. 10 și p. 12; a se vedea și Angermann și Sittermann, 2011).

Figura 4.8 Procentul populației de +60 de ani care crede că persoanele de +55 de ani au o mare contribuție prin voluntariat în țara



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

Voluntariatul, deci, trebuie făcut mai vizibil, mai satisfăcător și mai atractiv. Prin urmare, Guvernul ar putea lua în calcul următoarele măsuri:

- **Înființarea unui Birou de Servicii Comunitare** în cadrul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice cu principalele responsabilități:
 - Să evalueze și să minimizeze barierele în calea participării în rândul românilor și în special al românilor în vârstă;
 - Să preia un rol proactiv de încurajare a participării comunitare prin publicitate și prin recunoașterea voluntarilor și a programelor de voluntariat;
 - Să accentueze, să mediatizeze și să susțină Săptămâna Națională Voluntariatului care are loc anual în România;
 - Să identifice românii proeminenți și vizibili care pot sprijini activitatea de voluntariat și pot „transmite mesajul”, servind drept modele;
 - Să lucreze cu alte ministere pentru încurajarea folosirii voluntarilor în întregul sistem de activități susținute de guvern: de exemplu, să lucreze cu Ministerul Culturii pentru a promova utilizarea ghizilor voluntari în întregul sistem de muzee susținute de guvern în România; sau cu Ministerul Educației pentru a institui voluntariatul și serviciile comunitare ca părți integrante din programa de învățământ, pentru a insufla copiilor începând de la grădiniță importanța voluntariatului și pentru a încuraja profesorii și școlile și întregul sistem școlar să sprijine voluntariatul;
 - Să lucreze cu municipalitățile pentru a identifica barierele fizice și spațiale care acționează ca impedimente în calea participării sociale, să elimine sau să minimizeze efectele acestor bariere ca impedimente în calea participării sociale și să mărească accesul și să încurajeze folosirea bibliotecilor locale, a bazelor educaționale și a altor proprietăți și spații publice pentru activități sociale; aceste schimbări vor contribui de asemenea la îmbunătățirea participării sociale, a mobilității și independenței persoanelor cu dizabilități, femeilor gravide și adulților cu copii mici.
 - Să lucreze cu componente ale sistemului românesc de educație superioară (de ex. facultăți de medicină, programe de muncă socială etc.) pentru a încuraja oportunități mai extinse de implicare civică prin programe de practică și de educație prin serviciu în folosul comunității;
 - Și, în final să acționeze ca un centru de informare privind oportunitățile de voluntariat.

Câteva dintre activitățile participative sugerate pentru posibila implicare a persoanelor vârstnice și/sau a reprezentanților acestora în timpul interviurilor au fost:

- **Susținerea participării vârstnicilor la activități fizice** (de exemplu Jocurile Olimpice pentru Vârstnici: a se vedea <http://www.nsga.com/> or <http://www.evaa.ch/> sau <http://www.seniorgames.net/>), deoarece în prezent fondurile sunt alocate în exclusivitate sau primordial pentru susținerea activităților sportive în care tinerii sunt principalii participanți.
- **Asigurarea faptului că vocile vârstnicilor sunt auzite.** Poate cea mai vizibilă și mai instituționalizată legătură dintre guvernul României și persoanele vârstnice este Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice (CNPV; Bucur, 2012). CNPV a fost înființat în 2000 ca rezultat al intrării în vigoare a Legii nr. 16/2000 și este finanțat prin Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice. Scopul principal al CNPV este de a regulariza comunicarea dintre guvernul României și persoanele în vârstă, în principal prin

întâlniri lunare între conducerea CNPV și reprezentanții guvernului României. Deși mandatul CNPV este cuprinzător, până acum acesta s-a concentrat și a pus accent pe problemele economice și pe adecvarea pensiilor. „Organizațiile de pensionari au încercat să influențeze guvernul în problema pensiilor, dar până acum nu au abordat probleme mai largi sociale și de sănătate ale vârstnicilor” (HelpAge International, 2001, p. 29). Această accentuare este importantă și de înțeles având în vedere circumstanțele economice ale românilor vârstnici, dar organizații precum CNPV care îi reprezintă pe românii vârstnici trebuie (a) să se asigure că au o conducere reprezentativă pentru toate segmentele societății românești (femei, vârstnicii din mediul rural, populația săracă și minoritățile etnice) și (b) să-și încurajeze membrii să fie preocupați și să participe la o gamă mai largă de activități – promovarea unui stil de viață sănătos în rândul populației vârstnice, combaterea stereotipurilor depășite privind vârstnicii, organizarea de evenimente și programe ecologice și culturale (de ex. festivaluri), de arte și meserii, predare și mentorat, promovarea învățării pe tot parcursul vieții și „universitățile vârstnicilor” și susținerea familiei și a implicării inter-generații în voluntariat.

- **Mass-media trebuie mobilizată pentru a disemina informațiile despre valoarea participării și a încuraja conștientizarea modelelor și a bunelor practici** - fie prin intermediul guvernului, fie prin sectorul privat sau prin ONG-uri sau printr-o combinație a acestor sectoare. Așa cum s-a mai recomandat anterior, trebuie identificați lideri carismatici care vor putea, prin intermediul implicării personale, să transmită prin mass-media mesajul despre importanța diferitelor tipuri de participare socială.
- **În măsura în care guvernul României poate încuraja și susține dezvoltarea unui sistem larg de centre de îngrijire pentru copii și centre de îngrijire pentru vârstnici, energiile vârstnicilor care acordă îngrijire ar putea fi eliberate pentru o gamă mai mare de opțiuni de participare socială.** S-a arătat în acest capitol că România are un nivel foarte mic de participare la activități de voluntariat. Printre factorii care au fost identificați ca fiind responsabili de acest fenomen se numără obligațiile existente simultan care sunt într-o anumită măsură necesare din cauza absenței sistemelor de susținere formale. Astfel, absența sistemelor de centre de îngrijire pentru copii, necostisitoare, de bună calitate, obligă bunicii să-și asume îngrijirea nepoților pentru ca generația de mijloc - părinți copiilor - să poată fi liberă pentru participarea la forța de muncă. La fel, absența opțiunilor de centre de îngrijire necostisitoare, de bună calitate, ca și a altor sisteme de asistență pentru persoanele în vârstă vulnerabile obligă vârstnicii să-și asume îngrijirea acestora. În ambele situații, contribuțiile vârstnicilor pot fi privite drept „productive”, dar uneori pot necesita prea mult efort, obligând de asemenea generația mai în vârstă să participe la activități de îngrijire în detrimentul altor activități productive. (A se vedea Caseta 6 pentru exemple de programe de voluntariat destinate să ușureze responsabilitățile de îngrijire și să promoveze viața independentă.)
- **În măsura în care programele guvernului vor fi eficiente pentru reducerea sărăciei și creșterea standardului de viață, nivelurile de participare la activități sociale ar trebui să crească.** Dintr-o varietate de motive ușor de înțeles, sărăcia este predominantă printre factorii identificați ca împiedicând participarea socială. Sărăcia poate epuiza energia și crea probleme de acces. Mai multă siguranță economică, mai ales la o vârstă mai înaintată, ar avea un efect opus. Desființarea pensionării obligatorii și creșterea oportunităților de angajare benevolă în rândul vârstnicilor ar crește de asemenea participarea, deoarece unele forme de

participare socială sunt facilitate prin participarea la forța de muncă prin intermediul rețelelor sociale legate de muncă.

Caseta 5. **Exemple de programe destinate să ușureze responsabilitățile de îngrijire și să promoveze viața independentă**

Bunici de rezervă (Copenhaga, Danemarca) este un program care vizează părinții singuri, prin care voluntari vârstnici au grijă de copii, în timp ce părinții sunt la lucru. „Bunicul/bunica de rezervă” are grijă de copil atunci când acesta este bolnav, ia copilul de la grădiniță dacă părintele nu poate face acest lucru sau face plimbări scurte cu copilul. Programul Bunici de rezervă a fost înființat printr-o inițiativă privată în 1996 și este finanțat de autoritățile locale din Copenhaga, care la rândul lor primesc subvenții de la Ministerul Federal al Familiei. Citat în Stula (2012), p. 81.

Programul pentru livrarea rețetelor și transport la medicul de familie (Weardale, comitatul Durham, Marea Britanie) este un program prin care șoferi voluntari vârstnici oferă asistență pentru viața independentă a persoanelor de vârstă mai înaintată în propria locuință. Ei oferă servicii de transport pentru a face posibil accesul la cabinete medicale și la alte unități medicale și oferă livrare gratuită la domiciliu a rețetelor reînnoite. Citat în Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă și de Viață (2011)

Linia de argint (proiect național, Italia) este un program prin care voluntari vârstnici din ce în ce mai fragili oferă ajutor și asistență altor persoane în vârstă care locuiesc singure. Varietatea activităților include ajutorul dat persoanelor cu vârste mai înaintate care locuiesc singure prin servicii de transport cu mașina, ajutor la treburile gospodărești, cumpărături și activități recreative. Linia de argint oferă un număr de telefon gratuit care pune în legătură persoanele vârstnice cu cel mai apropiat centru de consiliere, în caz de nevoie. Citat în Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă și de Viață (2011)

- **Eforturile din partea guvernului României de a îmbunătăți starea sănătății cetățenilor, de a amâna instalarea dizabilităților și a infirmităților și de a mări speranța de viață sănătoasă vor avea ca rezultat niveluri mai mari de participare.** Sănătatea precară defavorizează participarea socială. Nu numai că fragilitatea și infirmitățile fac mai dificil accesul oamenilor la locurile de participare socială, dar imposibilitatea lor de a lua parte la aceste forme de activitate socială împiedică de asemenea culegerea beneficiilor pentru sănătate și a altor beneficii ale unei astfel de participări. Într-adevăr, date fiind beneficiile demonstrabile ale participării sociale în general și ale voluntariatului în particular, „voluntariatul vârstnicilor ... ar trebui recunoscut ca instrument în ce privește politica referitoare la sănătate...” (Stula, 2012, p.84).
- **Comaniile trebuie încurajate să fie mai proactive în sprijinirea participării angajaților la activități de voluntariat.** Susținerea activităților voluntare de către întreprinderi și corporații a fost sporadică în România până în prezent. Acolo unde această susținere există, ea îmbracă cel mai adesea forma încurajării participării după orele de lucru și în weekend-uri.

Comaniile pot oferi angajaților lor - angajați de toate vârstele și de la toate nivelurile ierarhice - timp liber pentru astfel de contribuții. În plus, programele de pre-pensionare și consiliere ar trebui să includă în mod obișnuit informații despre oportunitățile de voluntariat și beneficiile acestuia. (A se vedea Caseta 3 din Capitolul 2 pentru exemple de programe de voluntariat destinate să promoveze consilierea înaintea pensionării.)

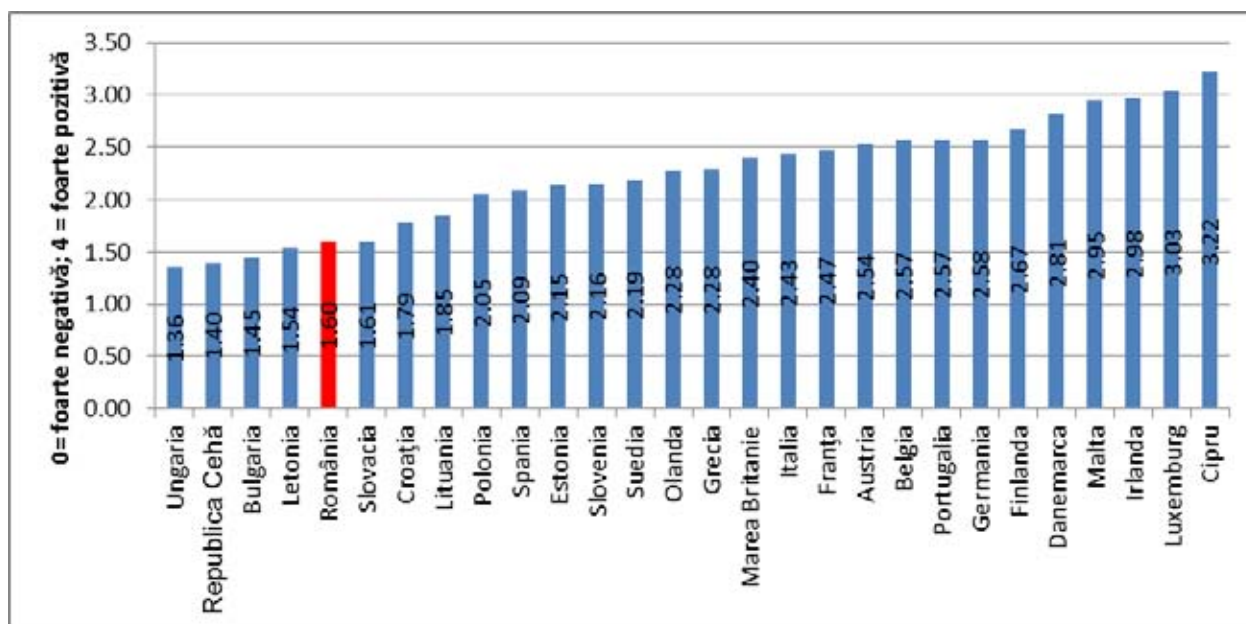
- **În orice mod posibil, România trebuie să privească cu atenție la imagini ale îmbătrânirii, la respectul acordat persoanelor vârstnice și la natura relațiilor dintre generații.** Respectul pentru vârstnici - și pentru contribuțiile lor efective și potențiale în societate - trebuie subliniat. Un număr de comentarii ale celor intervievați s-au referit la locul vârstnicilor în societatea românească. Mulți dintre respondenți au spus că vârstnicilor nu li se acordă mult respect. Dovezi în sprijinul acestei percepții pot fi observate de asemenea în Figura 4.9, care dă punctajele medii, pe țări, ale răspunsurilor persoanelor cu vârsta de 60 de ani și peste la o întrebare despre cum sunt percepuți în general oamenii de 55 de ani și peste această vârstă în țara respectivă. Dintre cele 28 de țări UE, în 2011, numai 5 țări au punctaj mai mic - indicând percepții mai negative în legătură cu oamenii de 55 de ani și peste această vârstă - decât România. Nerespectarea vârstnicilor pregătește drumul pentru discriminarea și excluderea socială pe motiv de vârstă.³⁹ Așa cum se arată în Figura 4.10, dintre cele 28 de țări ale UE, România a ocupat poziția a 3-a (după Croația și Ungaria) la nivelul tensiunilor dintre generații (tensiuni între tineri și bătrâni), așa cum sunt văzute de persoanele de 60 de ani și peste.⁴⁰ (A se vedea caseta 7 pentru exemple de programe destinate a promova activitățile voluntare printre vârstnici, a le întări stima de sine, a preveni excluderea socială și a promova incluziunea socială și un sentiment al prestigiului în această etapă a vieții.) Aproape unul din trei români în vârstă afirmă fie că au suferit personal, fie că au fost martori la acte de discriminare pe motiv de vârstă (a se vedea figura 4.11).⁴¹

³⁹ Pentru cercetări privind efectele dăunătoare pentru sănătate ale percepțiilor negative privind vârsta înaintată, a se vedea lucrările lui Becca Levy (de ex., Levy, 2003).

⁴⁰ Pe baza Q.25d din EQLS 2011-2012: În toate țările există uneori tensiuni între grupurile sociale. În opinia dvs., cât de mare este tensiunea dintre ... vârstnici și tineri ... în această țară?

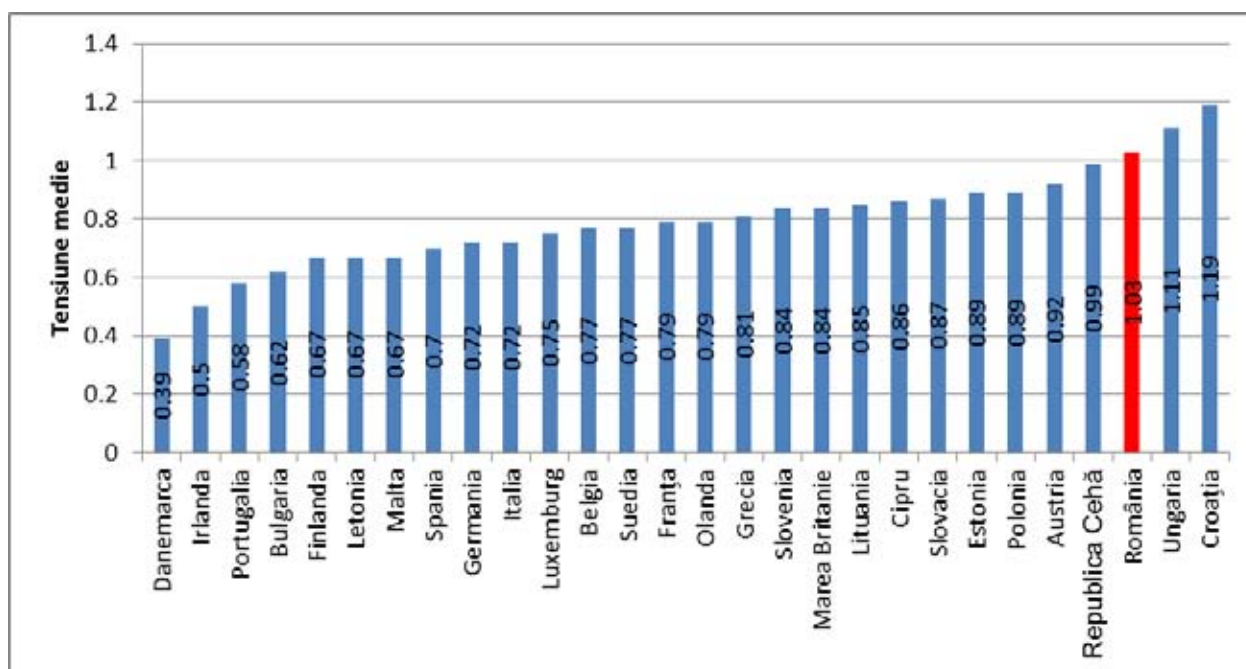
⁴¹ Pe baza întrebărilor QB24.1-5 din Ancheta Eurobarometru din 2011 privind ocuparea forței de muncă și politica socială, siguranța locului de muncă și îmbătrânirea activă: „Discriminarea pe motive de vârstă poate afecta oamenii de toate vârstele. Totuși, pentru această întrebare aș dori să vă gândiți numai la acele situații în care oamenii au fost discriminați pentru că sunt percepuți ca fiind prea bătrâni. În ultimii doi ani, ați fost victimă a unei astfel de discriminări din cauza vârstei, dvs. înșivă sau ați fost martor(ă) la acte de discriminare pe motiv de vârstă în oricare dintre următoarele situații? La locul de muncă sau în căutare de lucru, în ceea ce privește accesul la educație sau pregătire, în ceea ce privește accesul la produse și servicii financiare, în activități de petrecere a timpului liber (turism, sport etc.).” Poate că o imagine puțin mai favorabilă este ilustrată de datele prezentate în Figura 26 care compară România cu celelalte țări din UE28 în ceea ce privește procentul populației de +60 de ani care afirmă fie că a suferit acte de discriminare pe motive de vârstă, fie că a fost martoră la astfel de acte. Numai opt țări au același procent sau unul mai mic de persoane cu vârste de +60 de ani care afirmă că au suferit acte de discriminare și numai 12 țări au același procent sau mai mic de persoane de +60 de ani care afirmă că au fost martore la acte de discriminare pe motive de vârstă.

Figura 4.9 Percepția persoanelor de +55 de ani în țară în rândul populației de +60 de ani



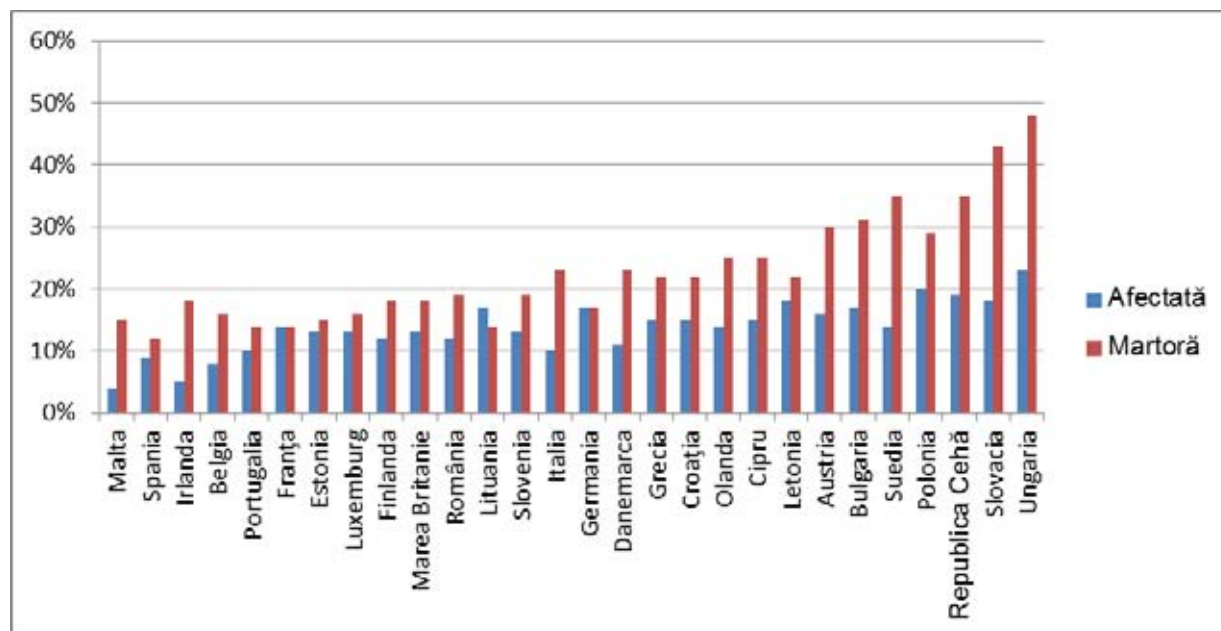
Sursa: Eurobarometru 76.2 (2011): Ocuparea forței de muncă și politica socială securitatea locului de muncă îmbătrânirea activă

Figura 4.10 Opinii: Tensiunile dintre vârstnici și tineri în acea țară punctaje medii pentru toate persoanele de +60 de ani (0=inexistente, 1=oarecum existente, 2=mari)



Sursa: EQLS 2011-2012

Figura 4.11 Procentul populației de +60 de ani care a fost afectată de acte de discriminare pe motiv de vârstă sau a fost martoră la astfel de acte



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

- **Politicile și practicile care discriminează persoanele în vârstă numai pe baza vârstei lor cronologice trebuie examinate cu atenție, desființate unde este necesar** (de ex. pensionarea obligatorie) și restricționate numai la acele sfere de activitate în care se poate demonstra că vârsta este un criteriu *de bunăcredință* pentru luarea de măsuri. Ordonanțele de guvern nr. 137/2000 și 137/2007 interzic discriminarea de toate tipurile, inclusiv pe motive de vârstă. Consiliul Național de Luptă împotriva Discriminării (CNLD) care se află în subordinea Parlamentului României este responsabil pentru reclamări și pentru aplicarea legii (Bazilescu, 2009). Disponibilitatea acestor căi de litigiu împotriva discriminării pe motive de vârstă trebuie mediatizată iar accesul la acestea trebuie să fie simplificat.⁴² De asemenea, trebuie făcute eforturi pentru a se reduce orice insinuări că relațiile dintre generații sunt „cu sumă nulă” - adică o generație poate câștiga numai pe seama celeilalte. În schimb, trebuie promovată solidaritatea între generații, trebuie subliniată interdependența mutuală dintre generații și trebuie scoasă în evidență investiția comună pe care generațiile au făcut - o una în cealaltă (Kingson, 1986).

Caseta 6. Exemple de programe pentru promovarea stimei de sine și a incluziunii sociale

⁴² De fapt, foarte puține cazuri de discriminare pe motiv de vârstă ajung la CNLD. Conform unei estimări, numai 1,2% din cele 836 de cazuri de discriminare înaintate CNCD în 2007 se refereau la discriminarea pe motiv de vârstă (a se vedea <http://www.agediscrimination.info/international/Pages/Romania.aspx>).

Gente 3.0 este un proiect implementat în Spania și destinat a promova activitățile voluntare printre vârstnici, a le întări stima de sine, a preveni excluziunea socială și a promova incluziunea socială și un sentiment al prestigiului în această etapă a vieții. Printre alte activități, acest program oferă vârstnicilor competențe de lucru pe computer și pe alte dispozitive TIC, ceea ce apoi încurajează relațiile dintre generații prin participarea și implicarea activă a vârstnicilor care lucrează cu copiii și cu tinerii în cadrul activităților voluntare. În cadrul „CiberCaixa en Centros Penitenciarios” (CiberCaixa în penitenciare) voluntari vârstnici învață deținuții tineri să utilizeze computerul. Vârstnicii, care au învățat să utilizeze computerul la cursurile „CiberCaixa”, se implică în calitate de voluntari în cursurile TIC destinate persoanelor cu dizabilități, imigranților, deținuților și altor vârstnici. Voluntariatul îi activează pe vârstnici din punct de vedere social, susținând în același timp activitățile pentru alte grupuri dezavantajate (copii cu handicap mental, emigranți, deținuți). În colaborare cu alte instituții, inclusiv unități guvernamentale locale și centrale, este promovată prezența vârstnicilor în comunitate. Citat în Kryńska și Szukalski, 2013, pp. 248-250; consultați și http://obrasocial.lacaixa.es/laCaixaFoundation/olderpeople_en.html

Îmbătrânirea altfel, Orașul Rotterdam, Olanda. Întâlniri de grup și evenimente informative sunt organizate de vârstnici pentru vârstnici. Subiectele sunt autoalese și grupurile acționează independent. Unele grupuri vizează persoanele cu risc de excluziune socială, de exemplu homosexualii, vârstnicii cu probleme de auz și vârstnicii din minoritățile etnice. Citat în Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă și de Viață, 2011.

- **Ar trebui elaborate și desfășurate anchete și analize pentru a documenta dacă și modul în care situația sănătății, situația economică și socială a membrilor vârstnici ai minorităților etnice diferă de cele ale membrilor grupurilor vârstnice majoritare din România.** Modul cum poate diferi situația minorităților vârstnice reprezintă cu siguranță un subiect cu semnificație considerabilă. Totuși, discuția diferențelor etnice privind participarea socială a fost constrânsă de lipsa datelor. Maghiarii, care formau 6,5% din populația României în 2011 și populația de etnie romă, care formează 3,3% sunt cele mai mari două minorități conform statisticilor oficiale (INS, 2011). Totuși, omisiunea oricăror elemente prin care poate fi identificată etnia în cercetările pe care le-am folosit și mărimea relativ mică a eșantioanelor care ar fi rezultat dacă astfel de date ar fi fost disponibile au împiedicat orice analize bazate pe diferențe etnice. De asemenea, diferențele etnice nu au fost menționate în niciunul dintre interviurile realizate.
- **În final, guvernul României trebuie apreciat pentru că a recunoscut problemele asociate cu îmbătrânirea populației și pentru preocuparea sa de a rezolva aceste probleme din timp.** Pentru a stabili dacă se înregistrează progrese, ar trebui să existe un sistem de date pentru monitorizarea aspectelor sociale și de comportament (precum și a celor biomedicale) ale îmbătrânirii. Ni s-a subliniat în mod repetat că România nu a dezvoltat încă o infrastructură de date pentru monitorizarea tendințelor legate de îmbătrânirea populației sale. De aceea, susținerea guvernamentală pentru cercetările sociale și comportamentale privind îmbătrânirea trebuie să fie mărită cât mai repede. În particular, guvernul trebuie să se asigure că România devine parte a Studiului privind sănătatea, îmbătrânirea și pensionarea în

Europa (SHARE), astfel încât date cuprinzătoare privind populația vârstnică din România și, prin intermediul conceperii tabloului acestuia, privind îmbătrânirea românilor să poată fi colectate și analizate. Participarea regulată la SHARE va permite de asemenea comparații transversale și longitudinale cu alte 15 țări europene participante, după cum va permite și comparații suplimentare prin intermediul armonizării datelor cu Studiul privind sănătatea și pensionarea din SUA și cu Studiul englez longitudinal privind îmbătrânirea. Arhivele de date – cum ar fi Arhiva de date din domeniul științelor sociale a României de la Universitatea București – trebuie să aibă cele mai recente date ușor accesibile și disponibile pentru comunitatea de cercetare. Accesul ușor la date de calitate privind vârstnicii români – bazate și pe derivate din literatura de cercetare gerontologică – va reprezenta de asemenea un pas major către susținerea interesului în creștere privind îmbătrânirea în rândul profesorilor, oamenilor de știință și al factorilor de decizie din România.

În concluzie, România ar avea de câștigat de pe urma înființării unui Birou de servicii comunitare, responsabil cu creșterea vizibilității, rentabilității și atractivității voluntariatului. Canalele de comunicare dintre Guvern și populația vârstnică ar putea fi îmbunătățite printr-o mai bună reprezentare și printr-o gamă mai largă de subiecte de discuție. Mass media și modelele ar putea fi folosite mai bine pentru a promova în mod creativ ideea de îmbătrânire activă. 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 participare socială. În final, reducerea sărăciei, barierele de sănătate și infrastructură în calea participării va conduce de asemenea la creșterea nivelului voluntariatului.

Capitolul 4 Bibliografie

- Angermann, A., & Sittermann, B. (2011). *Volunteering in the Member States of the European Union: Evaluation and Summary of Current Studies* (Voluntariatul în statele membre UE: evaluare și studii curente). Documentul de lucru nr. 5 al Observatorului European pentru Evoluții Socio-politice. Preluat la 1 mai 2014, de pe <http://www.sociopolitical-observatory.eu/en/publications.html>
- Bazilescu, C. (2009). România. În R. von Steinau-Steinrück, N. ten Bokum, T. Flanagan și R. Sands (Eds.), *Age discrimination: Law in Europe* (Discriminarea pe motiv de vârstă: dreptul european) (pp. 285-295). Leiden: Kluwer Law International.
- Brody, E. M. (2006). *Women in the middle: Their parent-care years* (Femeile la mijloc: anii de îngrijire a părinților) (ed. a 2-a). New York: Springer.
- Bucur, M. V. (2010). The concept of active ageing (Conceptul îmbătrânirii active). *Rapoarte de cercetare socială*, 22, 28-35.
- Corporația pentru Servicii Naționale și Comunitare. (2013). Voluntariatul și implicarea civică în Statele Unite. Preluat la 1 mai 2014, de pe <http://www.volunteeringinamerica.gov/national>
- Corporația pentru Servicii Naționale și Comunitare. (2012). The health benefits of volunteering for older Americans: A review of recent research (Beneficiile pentru sănătate ale voluntariatului în cazul americanilor vârstnici: o analiză a cercetărilor recente) Preluat la 1 mai 2014, de pe <http://www.nationalservice.gov/newsroom/marketing/fact-sheets/health-benefits-volunteering-older-americans>
- Cutler, S. J., Hendricks, J. și O'Neill, G. (2011). Implicare civică. În R. H. Binstock și L. K. George (Eds.), *Handbook of ageing and the social sciences* (Manual de îmbătrânire și științele sociale) (ed. a 7-a) (pp. 221-233). San Diego: Academic Press.
- Centrul European din Viena (2013): *Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results*. (Indicele îmbătrânirii active 2012, concept, metodologie și rezultate finale). Viena: Raport metodologic înaintat Comisiei Europene, Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune și Unității de Populație, UNECE.
- Comisia Europeană (2008). *Flash Eurobarometru 276: Family Life and the Needs of an Ageing Population: Analytical Report*. (Viața de familie și nevoile unei populații în curs de îmbătrânire: Raport analitic.) Preluat la 1 mai 2014, de pe ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_247_en.pdf
- Comisia Europeană (2012). *Îmbătrânirea activă și solidaritatea între generații: Portret statistic al Uniunii Europene 2012*. Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene.
- Comitetul European Economic și Social (2013). *Anul european al îmbătrânirii active și solidarității între generații 2012: Concluziile Grupului de coordonare CEES*. Preluat la 1 mai 2014, de pe <http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.publications.27996>
- Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Muncă și de Viață (2011). *Voluntariatul printre vârstnici în UE*. Luxemburg: Oficiul de Publicații al Uniunii Europene. Preluat la 1 mai 2014, de pe <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1134.htm>
- Ferraro, K. F. și Farmer, M. M. (1999). Utility of health data from social surveys: Is there a gold

- standard for measuring morbidity? (Utilitatea datelor de sănătate din cercetările sociale: există un standard de aur pentru măsurarea morbidității?) *American Sociological Review*, 64, 303-315.
- GHK (2010). Studiu privind voluntariatul în Uniunea Europeană - Raport de țară pentru România. Studiu pentru Comisia Europeană (Direcția Generală Educație și Cultură). Preluat la 1 mai 2014, de pe http://ec.europa.eu/citizenship/pdf/national_report_ro_en.pdf
- HelpAge International (2001). Making our voices heard: Older people and decision-making in East and Central Europe. (Să ne facem auzite vocile: vârstnicii și procesul de decizie în Europa Centrală și de Est). Londra: HelpAge International. Preluat la 13 mai 2014, de pe <http://www.helpage.org/download/4c4640d588138/>
- Hoff, A. (Ed.). (2011). *Population ageing in Central and Eastern Europe: Societal and policy implications*. (Îmbătrânirea populației în Europa Centrală și de Est: implicații sociale și politice.) Farnham, Surrey, Anglia: Ashgate Publishing Limited.
- Huxhold, O., Miche, M. și Schüz, B. (2014). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. (Beneficiile faptului de a avea prieteni la vârste mai înaintate: efecte distinctive ale activităților sociale informale asupra bunăstării pentru adulții de vârstă mijlocie și mai înaintată.) *Journals of Gerontology* (Jurnalele de Gerontologie) *Seria B. Psychological Sciences and Social Sciences* (Științe psihologice și științe sociale), 6, 366-375.
- Katja, P., Timo, T., Rantanen, T., & Tiina-Mariet, L. (2014). Do mobility, cognitive functioning, and depressive symptoms mediate the association between social activity and mortality risk among older men and women? (Mobilitatea, funcționarea cognitivă și simptomele depresive intermediază asocierea dintre activitatea socială și riscul de mortalitate printre bărbații și femeile mai în vârstă?) *European Journal of Ageing* (Jurnalul european privind îmbătrânirea), 12, 121-130.
- Kingson, E. R. (1986). *The common stake: The interdependence of generations* (Miza comună: interdependența generațiilor). Ann Arbor: Biblioteca Universității Michigan.
- Kryńska, E. și Szukalski, P. (Ed.) (2013). *Active Ageing Measures in Selected European Countries: Final report*. (Măsuri de îmbătrânire activă în câteva țări europene: raport final) Lodz: Universitatea din Lodz. Preluat la 1 mai 2014, de pe <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3537/Raport%20koncowy%2050%2B%20ENG.pdf?sequence=1>
- Levy, B. R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Ageing Self-Stereotypes (Mintea contează: efecte cognitive și fizice ale autostereotipurilor privind îmbătrânirea). *Journals of Gerontology. ȘTIINȚE PSIHOLOGICE*, 58, P203-P211.
- Li, Y-P., Chen, Y-M., & Chen, C-H. (2013). Tranzițiile voluntarilor și sănătatea fizică și psihică în rândul adulților vârstnici din Taiwan. *The Journals of Gerontology* (Jurnalele de Gerontologie) *Seria B: Psychological Sciences and Social Sciences* (Științe psihologice și științe sociale), 68, 997-1008.
- Luca, C. și Gîrleanu-Șoitu, D-T. (2012). *Working methodology for the psycho-social-judicial assistance of elders* (Metodologie de lucru pentru asistența psihologică, socială și juridică a vârstnicilor). Iași: Editura Junimea.
- Fundația MacArthur, Network on an Ageing Society (Rețea pentru o societate în curs de îmbătrânire) (2012). *Promoting productivity in an ageing society* (Promovarea productivității într-o societate în îmbătrânire). Preluat la 1 mai 2014, de pe <http://www.ageingsocietynetwork.org/sites/default/files/files/productivity%20brief%20.pdf>

f

- Morrow-Howell, N., Hong, S.-I. și Tang, F. (2009). Cine beneficiază de voluntariat? Variații ale beneficiilor percepute. *The Gerontologist*, 49, 91-102.
- Institutul Național de Statistică (2014). *Anuarul statistic al României 2013* [CD]. București: Institutul Național de Statistică.
- Institutul Național de Statistică (2011). *Rezultate definitive ale Recensământului Populației și al Locuințelor – 2011 (caracteristici demografice ale populației)*. Preluat la 11 mai 2014, de pe http://www.recensamantromania.ro/wp-content/uploads/2013/07/REZULTATE-DEFINITIVE-RPL_2011.pdf
- Paganini-Hill, A., Kawas, C. H. și Corrada, M. M. (2011). Activities and mortality in the elderly: The Leisure World Cohort Study. (Activități și mortalitate la vârstnici: studiu de cohortă The Leisure World) *The Journals of Gerontology (Jurnalele de Gerontologie) Seria A: Biological Sciences and Medical Sciences* (Științe biologice și științe medicale), 66A, 559-567.
- Pop-Eleches, G. și Tucker, J.A. (2013). Associated with the past? Communist legacies and civic participation in post-communist countries (Asociați cu trecutul? Moștenirile comuniste și participarea civică în țările post-comuniste). *East European Politics and Societies* (Politici și societăți din Europa de est), 27, 45-68.
- Rebeleanu, A. și Nicoară P. C. (2011). Retrospectivă legislativă a voluntariatului în România. *Analele științifice ale Universității Alexandru Ioan Cuza. Serie nouă. Secțiunea Sociologie și asistență socială*, 4(1), 27-37.
- Sirven, N. și Debrand, T. (2008). Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. (Participare socială și îmbătrânire sănătoasă: comparație internațională folosind datele SHARE). *Științe sociale și medicină*, 67, 2017-2026.
- Stula, S. (2012). *Active ageing in Europe: Senior citizens and volunteering* (Îmbătrânire activă în Europa: cetățenii vârstnici și voluntariatul.) Preluat la 1 mai 2014, de pe http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/Expertentreffen_BEO_28.11._2011.pdf
- Thomas, W.I. și Thomas, D. S. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs* (Copilul în America: probleme de comportament și programe) New York: Knopf.
- SUA Biroul de Statistică a Muncii (2014). Volunteering in the United States (Voluntariatul în Statele Unite), 2013. Preluat la 1 mai 2014, de pe <http://www.bls.gov/news.release/volun.toc.htm>
- Viljanen, A., Törmäkangas, T., Vestergaard, S. și Andersen-Ranberg, K. (2014). Dual sensory loss and social participation in older Europeans (Dubla pierdere a simțurilor și participarea socială în rândul europenilor vârstnici) *European Journal of Ageing*, 11, 155-167.
- Voicu, M. și Voicu, B. (2003). Voluntariatul în România: O Rara Avis. În P. Dekker și L. Halman (Ed.), *The values of volunteering: Cross-cultural Perspective* (Valorile voluntariatului: perspectivă interculturală) (pp. 143-159). New York: Springer.
- Wallace, C., Pichler, F. și Haerpfer, C. (2012). Changing patterns of civil society in Europe and America 1995-2005: Is Eastern Europe different? (Schimbarea modelelor de societate civilă în Europa și America 1995-2005: este Europa de Est diferită? *East European*

Politics and Societies (Politici și societăți din Europa de est), 26, 3-19.

CAPITOL 5 CĂTRE O INDEPENDENȚĂ MAI MARE ÎN ÎNGRIJIREA DE LUNGĂ DURATĂ

Populația în îmbătrânire a României, cu speranță de viață mai mare și rate de fertilitate în scădere necesită regândirea actualelor politici privind îmbătrânirea și dezvoltarea unei strategii. Emigrarea substanțială a grupurilor mai tinere ale populației din România ridică probleme suplimentare, mai ales în zonele rurale. Așa cum se arată în Capitolul 1, speranța de viață a românilor a crescut; totuși, anii de viață sănătoasă nu s-au adăugat în același ritm. De aceea, se așteaptă ca românii să trăiască mai mult, dar să sufere mai mult de boli cronice însoțite de dizabilități. Dacă nu sunt luate măsuri adecvate, acest lucru va crește de asemenea costurile serviciilor de sănătate și va pune presiune pe cererea de îngrijire de lungă durată (ÎLD)⁴³. Politicile de sănătate și cele sociale vor trebui să ofere sisteme corespunzătoare pentru a răspunde nevoilor populației în îmbătrânire. Deși abordarea cheie este de a menține pe cât posibil o bună stare de sănătate a populației, care să stea acasă cât mai mult timp, va exista întotdeauna un număr de persoane care vor avea nevoie de ÎLD. Mai recent, atenția acordată păstrării stării bune de sănătate, reabilitarea și continuarea activității reprezintă de asemenea un punct cheie al sistemului ÎLD însuși.

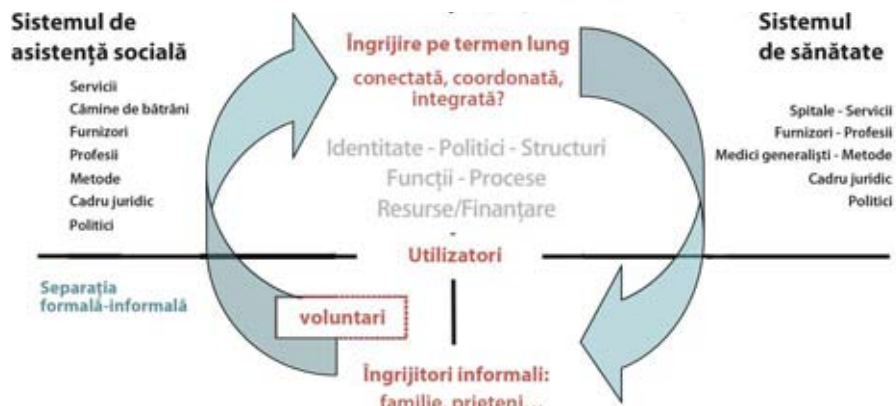
În prezent, majoritatea statelor membre UE se confruntă cu provocări ce țin de planificare, finanțare, guvernare, organizare și monitorizare a furnizării serviciilor în domeniul îngrijirii de lungă durată, iar România nu este o excepție. În loc să fie un sistem general autonom, îngrijirea de lungă durată poate fi descrisă ca un sistem nu foarte strâns conectat, aflat undeva între sănătate și asistență socială, ca un domeniu de servicii fragmentate, cu diverse tipuri de facilități rezidențiale și cu inițiative de politică și mecanisme de coordonare adesea inconsecvente pentru (potențiali) utilizatori și îngrijitorii informali (Leichsenring et al., 2013). Ideea unui sistem integrat de îngrijire de lungă durată care să aibă propria sa identitate, propriile rute și procese, politici, structuri de conducere și organizaționale, precum și mijloace și resurse adecvate (a se vedea Figura 5.1) este în curs de formare. Unele țări sunt mai avansate decât altele în eliminarea separației dintre sănătate și asistență socială, precum și dintre îngrijirea formală și cea informală și ele pot furniza lecții valoroase.

România poate fi caracterizată ca un nou stat membru cu politici și practici relativ mai puțin dezvoltate în acest domeniu, dat fiind nivelul de finanțare, dimensiunea și calitatea facilităților și serviciilor, precum și acoperirea și cadrul de reglementare. Tabelul oferă o privire de ansamblu asupra indicatorilor de bază ai furnizării de ÎLD în România în prezent și comparativ cu mediile OCDE. Procentul de persoane vârstnice cu limitări auto-percepute pe

⁴³ Conform OCDE, îngrijirea de lungă durată „reprezintă o gamă de servicii necesare pentru persoanele cu grad redus de capacitate funcțională, fizică sau cognitivă și care în consecință sunt dependente pentru o perioadă de timp prelungită de ajutor pentru activitățile de bază ale vieții de zi cu zi (AVZ), cum ar fi spălarea, îmbrăcarea, mesele, așezatul sau ridicatul din pat sau de pe scaun, deplasarea sau folosirea băii. Aceasta este adesea oferită în combinație cu servicii medicale de bază, cum ar fi ajutorul la bandajarea rănilor, tratarea durerii, medicația, monitorizarea sănătății, prevenția, reabilitarea sau serviciile de îngrijire paliativă. Serviciile de îngrijire de lungă durată includ de asemenea îngrijire de nivel mai redus legată de ajutorul la activități esențiale ale vieții de zi cu zi (AEVZ), cum ar fi ajutorul la treburile gospodărești, mese, cumpărături și transport. Îngrijirea de lungă durată poate fi primită în instituții sau acasă.

termen lung ale activităților uzuale este cu puțin peste media OCDE, aceasta fiind, de asemenea, un rezultat al speranței de viață mai reduse a românilor. Furnizarea de servicii și facilități este cu mult sub nivelul din alte țări europene. Cu un minim de cel puțin circa 800.000 de români cu nevoi de îngrijire trecuți de vârsta de 65 de ani, doar un procent foarte mic beneficiază de servicii formale de îngrijire, majoritatea bazându-se pe ajutorul familiei.

Figura 5.1 Obiectivul unui sistem integrat de îngrijire de lungă durată



Sursa: Leichsenring et al., 2013; <http://interlinks.euro.centre.org>

Tabelul 5.1 Indicatori cheie ai cererii și ofertei de ÎLD din România

	2013	Bărbați	Femei	Media OCDE
Cererea de ÎLD:				
Populația totală	20.020.074	9.761.480	10.258.594	
Populația peste 65 de ani	3.258.198	1.310.147	1.948.051	
Procentul de populație peste 65 de ani (2010)	16,2%			15%
Procentul de populație peste 65 de ani cu severe limitări auto-percepute pe termen lung ale activităților uzuale (2012)	24,6%	20,5%	27,4%	30%
Speranța de viață fără dizabilități la 65 de ani (în ani, 2012)		5,9	5,1	9,5
Furnizarea formală de ÎLD:				
Numărul de beneficiari de prestații în numerar pentru ÎLD 2012 (toate categoriile și grupele de vârstă)	cca. 700.000			
Numărul de beneficiari de servicii de îngrijire la domiciliu (îngrijire și asistență la domiciliu) 2012 (media pe lună)	14.567			
- ca procent din populația peste 65 de ani	0,45%			8,5%
Numărul de locuri din centrele de îngrijire instituțională (centre de îngrijire și cămine de bătrâni)	11.584			
- ca procent din populația peste 65 de ani	0,36%			4,2%
Cheltuielile publice legate de ÎLD în	0,69%			1,7%

Surse: Eurostat. coduri de date on-line [demo_pjan]; [hlth_silc_07]; [hlth_sha_ltc], Indicatori OCDE 2013; Ministerul Muncii, 2014.

Acest capitol identifică decalajele și opțiunile aferente privind îmbunătățirea finanțării, furnizării și utilizării serviciilor și facilităților de îngrijire de lungă durată la interfețele dintre sănătate și asistență socială din România. Pe baza interviurilor realizate la București în martie 2014 cu scopul explorării așteptărilor și viziunilor părților interesate relevante, un accent special se va pune pe înființarea unei rețele integrate de servicii pentru persoanele vârstnice, implicându-i pe utilizatori și pe îngrijitorii care sunt membri de familie, precum și pe implementarea sustenabilă a legislației existente (de exemplu, Legea nr. 292/2011) cu responsabilități definite ale părților interesate și noi rute de finanțare. Aceasta este în conformitate cu intențiile exprimate în documentele de politici precedente din domeniul sănătății și bunăstării sociale (cf. Guvernului României, 2008). După descrierea situației și provocărilor din România, sunt furnizate opțiuni de îmbunătățire bazate pe experiențele din alte țări UE. O anchetă în curs de desfășurare privind furnizorii și serviciile de îngrijire de lungă durată pentru persoanele mai în vârstă din România va furniza informații mai detaliate și va fi inclusă în versiunile ulterioare.

Faptul că îngrijirea de lungă durată este o componentă recentă a sistemelor de protecție socială se reflectă și în puțina atenție care i-a fost acordată la elaborarea Indicelui privind îmbătrânirea activă (Centrul European din Viena, 2012; a se vedea, de asemenea, Introducerea acestui document). Totuși, unii indicatori din domeniul activității sociale, participarea vârstnicilor, traiul independent și autonom al vârstnicilor și un mediu care să permită îmbătrânirea activă pot servi drept importante surse de informații privind situația și potențialele zone de îmbunătățit. Zonele deosebit de problematice în această privință din perspectiva încurajării unui trai independent se referă la accesul la servicii, privațiunile materiale, starea de sănătate mintală și conectarea socială, în timp ce cota relativ scăzută de speranță de viață sănătoasă la 55 de ani – împreună cu o speranță de viață mai redusă în general – indică o mare cerere de îngrijire și o importantă nevoie de îmbunătățiri (a se vedea Tabelul)

Tabelul 5.2 Indicatorii individuali ai Indicelui privind îmbătrânirea activă selectați pentru România

<i>Indicator</i>	<i>Valoarea pentru România, în %</i>	<i>Valoarea din țara cu cea mai bună performanță, în %</i>	<i>Țara cu cea mai bună performanță</i>
Activități voluntare	4,4	32,7	Austria
Îngrijire acordată propriei persoane și nepoților	28,7	53,7	Italia
Îngrijire acordată adulților vârstnici	11,3	17,1	Finlanda
Accesul la servicii	77,4	99,0	Slovenia
Trai independent	72,2	99,3	Suedia
Lipsa privațiunilor materiale	67,6	99,9	Luxemburg
Procentul celor cu speranță de viață sănătoasă la vârsta de 55 de ani	53,0	77,1	Suedia

Bunăstare mentală	42,8	87,2	Danemarca
Conectare socială	24,0	75,6	Portugalia

Surse: <http://www1.unece.org>; <http://www.euro.centre.org/aai>

A. Elaborarea unei identități a sistemului de îngrijire de lungă durată (ÎLD) din România

Îngrijirea de lungă durată a fost considerată un risc social în România doar în ultimii câțiva ani. În ceea ce privește dezvoltarea structurilor de asigurări sociale, s-a acordat prioritate politicilor referitoare la pensii, sănătate, copii și familie, în timp ce „serviciile sociale care se adresează categoriilor expuse riscurilor și programele active privind piața muncii s-au dezvoltat mult mai lent. Acest lucru poate fi explicat parțial prin absența unui sistem legislativ mai amplu, integrat, de asistență socială” (Pop, 2013: 165), care a fost introdus în cele din urmă în 2011 (Legea nr. 292/2011). Politici specifice pentru vârstnici au fost elaborate doar după aderarea României la UE, prin unele legi și inițiative conexe de extindere a serviciilor sociale pentru vârstnici.

Câteva sisteme de prestații paralele există pentru persoanele cu dizabilități și nevoi de îngrijire de lungă durată. Nevoia de îngrijire de lungă durată nu este limitată la anumite grupe de vârstă, deși probabilitatea de a deveni dependent de îngrijire și asistență crește semnificativ cu vârsta. Aceasta a determinat regimuri parțial distincte, deoarece persoanelor cu dizabilități cu vârstă de muncă le este furnizat un înlocuitor de venit prin intermediul pensiilor de invaliditate, care sunt acordate în conformitate cu gradul evaluat de (in)capacitate de muncă, dacă un potențial beneficiar a contribuit la Fondul de asigurări sociale timp de cel puțin o zi.⁴⁴ Când beneficiarii pensiilor de invaliditate ajung la vârsta de pensionare obligatorie, pensia lor de invaliditate este transformată automat în pensie pentru limită de vârstă. În plus, persoanele pot depune cerere pentru o pensie de handicap necontributivă, care asigură un venit de bază în funcție de gradul de handicap și poate fi combinată cu pensia de invaliditate sau alt venit. Mai mult, atât persoanele cu dizabilități și cu vârstă de muncă, cât și cele aflate la vârsta pensionării pot solicita prestații suplimentare⁴⁵ dacă necesită îngrijire de lungă durată care să le faciliteze egalitatea de șanse, autonomia și incluziunea socială (Legea nr. 448/2006).

⁴⁴ Gradul I: pierdere totală a capacității de muncă și autonomiei; Gradul II: pierdere totală a capacității de muncă, cu păstrarea unui rest de autonomie; Gradul III: pierdere a cel puțin 50% din capacitatea de muncă, cu păstrarea unui rest de abilitate de lucru cu normă redusă.

⁴⁵ În cadrul unui proces distinct (a se vedea 5.2), nevoile de îngrijire de lungă durată sunt evaluate din perspectiva restricțiilor funcționale de îndeplinire a activităților esențiale pentru viața de zi cu zi și a pierderii de autonomie respective. Persoanele cu dizabilități grave și pierdere de autonomie au dreptul la mai multe prestații, dintre care o parte pot fi alese în funcție de preferințele individuale. De exemplu, pot angaja un asistent personal, care este înregistrat și plătit de autoritatea locală sau pot opta pentru o indemnizație de însoțitor, plus un (buget personal complementar). Opțiunea de a angaja un membru al familiei ca asistent personal este de asemenea prevăzută în mod clar de către lege și pentru vârstnicii cu nevoi de îngrijire de lungă durată (Legea nr. 17/2000), dar aceștia pot opta și pentru prestațiile în numerar de mai sus, conform Legii nr. 448/2006.

Recenta descentralizare a serviciilor sociale nu a sprijinit integrarea în cadrul îngrijirii de lungă durată. Procesul de reformă în plină desfășurare privind dezvoltarea incluziunii sociale și a serviciilor sociale a fost însoțit de strategii de descentralizare a responsabilităților către administrațiile locale, care au contribuit la separații și mai mari între politicile privind dizabilitățile și prevederile privind îngrijirea de lungă durată și între jurisdicțiile locale.

Unul dintre motivele deficitului de servicii din acest sector și ale priorității scăzute care îi este alocată de unele administrații locale pare a fi o imagine în general nefavorabilă a vârstnicilor, aceștia reprezentând nu numai fragilitate, ci și „vechea generație” și „vechiul regim”. Imaginea vârstnicilor din România este caracterizată de câteva trăsături contradictorii, prezentate mai detaliat în capitolul 4, privind participarea socială. Pe de o parte, reglementări specifice precum, de pildă, excluderea pensionarilor de la prestarea de muncă voluntară – o reglementare la care s-a renunțat abia de curând – sunt indicatori ai modului în care vârsta a treia este percepută ca o perioadă pasivă a vieții. În același timp, mulți bunici de ambele sexe sunt implicați activ până la vârste înaintate în creșterea nepoților, ai căror părinți muncesc în străinătate.

Totodată, atitudinile predominante față de responsabilitățile de îngrijire subliniază așteptarea următoare încă răspândită pe scară largă: copiii adulți trebuie să asigure îngrijire rudelor lor mai vârstnice în cazul în care acestea ajung în situații de dependență. Într-o anchetă Eurobarometru din 2007, peste 70% dintre respondenții din România au declarat că vârstnicii care au nevoie de îngrijire ar trebui să locuiască împreună cu copiii lor și aproape 50% au fost de acord cu afirmația că îngrijirea ar trebui acordată de către rudele apropiate, chiar dacă asta înseamnă să-și sacrifice într-o anumită măsură cariera. Aceste atitudini coincid cu cele din alte țări din Europa de Est și regiunea mediteraneană, dar se deosebesc de cele din țările occidentale și nordice. În medie, doar 43% dintre cetățenii UE au preferat să locuiască cu rudele lor mai vârstnice care au nevoie de îngrijire, iar 37% au afirmat că îngrijirea rudelor mai vârstnice are prioritate față de carieră (Comisia Europeană, 2007). În actuala situație din România, aceste atitudini și așteptări sunt contrazise în mod serios de faptul că un număr estimat de 3,5 milioane de români lucrează în străinătate (OCDE, 2013), iar majoritatea lor nu vor putea să se întoarcă în țară pentru a-și asuma răspunderea îngrijirii părinților lor.

Îngrijitorii informali, adesea rude, rămân o resursă cheie de îngrijire a vârstnicilor, chiar și fără vreo structură de sprijin importantă sau măsuri de susținere a acestui sprijin. Din contră, se solicită contribuții semnificative din partea membrilor familiilor vârstnicilor care necesită îngrijire în cămine de bătrâni. Acest aspect determină adesea, de exemplu, efecte negative asupra ocupării forței de muncă, în special pentru femei: femeile din România care au responsabilități de îngrijire sunt angajate într-o măsură semnificativ mai mică decât cele din alte state membre UE (Rodrigues et al., 2013). Lipsa generală de facilități și servicii pentru vârstnicii cu nevoi de îngrijire a fost compensată doar într-o mică măsură prin introducerea de prestații în numerar și posibilitatea de a angaja îngrijitori informali, inclusiv membri ai familiei, ca „asistenți personali”.

Dat fiind procentul important de populație romă și diferențele existente între zonele rurale și cele urbane, precum și între județe, o provocare suplimentară este garantarea accesului egal pentru grupurile greu accesibile și minoritățile etnice. De exemplu, romii suferă de boli cronice la vârste mai puțin înaintate și în procente mai mari decât populația care nu este de etnie romă (Documentul privind incluziunea romilor, 2014).

Pe lângă reformele juridice, un stimul important pentru dezvoltarea susținerii sociale și a serviciilor de îngrijire de lungă durată a fost creat de ONG-uri, de exemplu prin crearea de servicii de asistență comunitară și printr-o mai mare cooperare multidisciplinară. Evaluarea multidisciplinară a nevoilor trebuie subliniată ca un exemplu de dezvoltare pozitivă, chiar dacă legislația după care aceasta ar trebui să se ghideze a fost doar parțial implementată (Briciu și Costea, 2013) și chiar dacă asistentele continuă să lucreze în principal sub supravegherea medicilor. Acest model de cooperare între profesioniștii din domeniul asistenței sociale și al sănătății reprezintă un prim pas către coordonarea și cooperarea inter-sectorială în îngrijirea de lungă durată și introducerea de mai multe activități orientate către menținerea unor persoane sănătoase și active.

Mai general, o identitate proprie a unui sistem integrat de îngrijire de lungă durată încă nu a fost creată în România din perspectiva inițiativelor preventive, a acordării de putere și a intervențiilor care sporesc calitatea vieții vârstnicilor și a îngrijitorilor lor informali. Un asemenea sistem va fi caracterizat de o viziune clară privind îngrijirea de lungă durată, bazată pe valori precum demnitatea, bunăstarea și calitatea vieții și va încuraja dezvoltarea de structuri de guvernare clare, de cooperare inter-profesională și de sprijin pentru îngrijitorii informali. O dezbatere publică referitoare la aceste aspecte ar putea fi inițiată, de exemplu, pe baza unei „Carte a drepturilor” existente pentru persoanele care necesită îngrijire și asistență de lungă durată, după cum se descrie în cazul Germaniei în Caseta 8 (Ministerul Federal, 2007) și la nivelul UE (Platforma AGE Europa, 2010).

Caseta 7. Carta germană a drepturilor persoanelor care necesită îngrijire și asistență de lungă durată

Carta a fost elaborată de un grup de experți și părți interesate relevante și descrie drepturile persoanelor care necesită îngrijire în opt articole ce tratează următoarele aspecte:

1. Autodeterminare și sprijin pentru auto-susținere
2. Integritate fizică și mintală, libertate și securitate
3. Confidențialitate
4. Îngrijire, sprijin și tratament
5. Informații, consiliere, consimțământ în cunoștință de cauză
6. Comunicare, stimă și participare în societate
7. Religie, cultură și credințe
8. Sprijin paliativ, muribunzii și decesul

Pentru a rezuma, sistemul de îngrijire de lungă durată al României încă nu și-a creat propria identitate. *Piața ÎLD este caracterizată de un nivel scăzut de furnizare formală de servicii, care este fragmentată în diviziuni de servicii de sănătate/sociale, de distincții între persoanele mai vârstnice și cele mai tinere cu dizabilități, precum și de diferențe în funcție de jurisdicții, accesul la servicii fiind inegal. Prin urmare, o povară grea pentru furnizarea de îngrijire cade pe membrii familiei, fără să existe vreo structură majoră de sprijin. Normele culturale și istorice de furnizare de îngrijire de către familie au fost accentuate în perioada recentă de fluxurile puternice de emigrație și de imaginea negativă a vârstnicilor caracterizată prin fragilitate și trecutul comunist. Prin urmare, implicarea comunitară inaugurată de ONG-uri în domeniul ÎLD este foarte binevenită și este inaugurată de ONG-uri. Sunt necesare mai multe*

dezbatere publică pentru a forma o viziune mai clară pentru sistemul de îngrijire de lungă durată pe viitor.

B. Politică și guvernare

Furnizarea de servicii și facilități de îngrijire de lungă durată din România este reglementată la diferite niveluri de guvernare și implementată de entități diferite. Mecanismele de sprijin se bazează fie pe ideea unui sistem descentralizat de asistență socială, fie pe logica unei asigurări de sănătate sociale centralizate.

La nivel central, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, respectiv Direcția de asistență socială și politici familiale, este responsabil(ă) cu implementarea și supervizarea, în principal în temeiul următoarelor directive legislative:

- Legea privind asistența socială a persoanelor vârstnice; Legea nr. 17/2000) descrie drepturile vârstnicilor la asistență socială, criteriile de eligibilitate și evaluare și procedurile de acces. De asemenea, legiferează tipurile de servicii și prevederi, precum și responsabilitățile de finanțare de stat și locală.
- Sistemul Național de Asistență Socială; Legea nr. 47/2006) a reglementat organizarea, funcționarea și finanțarea sistemului de asistență socială din România până în 2011, când a fost modificată prin Legea nr. 292. Noua Lege privind asistența socială a contribuit la definirea și reglementarea mai multor aspecte, de pildă definiția serviciilor de îngrijire personală, a îngrijirii formale și informale și a cooperării între părțile interesate publice și private. În plus, a introdus și definit termenul de „îngrijire de lungă durată” pentru prima dată în legislația românească: în art. 32(2) se menționează că se consideră că persoanele care, pe o perioadă mai lungă de 60 de zile necesită ajutor pentru îndeplinirea activităților de bază și instrumentale ale vieții zilnice au nevoie de îngrijire de lungă durată.
- Câteva Decrete (de pildă, 318/2003; 246/2006) au reglementat până de curând organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijire la domiciliu, autorizarea furnizorilor de servicii și a standardelor minime structurale ale serviciilor și facilităților rezidențiale. O lege auxiliară a Legii privind asistența socială, respectiv Legea nr. 197/2012 privind asigurarea calității serviciilor sociale a reglementat în cele din urmă mecanismele de acreditare pentru toți furnizorii privați de servicii sociale, precum și mecanismele de monitorizare și control al calității. Acest proces de reformă este implementat în prezent, de pildă prin elaborarea de indicatori de performanță și instrucțiuni de inspecție.

Ministerul Sănătății Publice este responsabil cu elaborarea politicii naționale privind sănătatea, cu reglementarea sectorului sănătății, cu stabilirea de standarde organizaționale și funcționale, precum și cu îmbunătățirea sănătății publice. Acesta este sprijinit de 42 de autorități de sănătate publică la nivel județean și de cvasi-autonomul Fond Național al Asigurărilor de Sănătate (Vlădescu et al., 2008). Cele mai recente reforme din sănătate au privit asigurarea principiilor asigurării sociale de sănătate (solidaritate, acoperire universală și autonomie) și stimularea privatizării și concurenței între furnizori, în principal în contextul unui proces continuu de descentralizare (Legea reformei sănătății nr. 95/2006).

La nivel județean și municipal, ambele ministere sunt reprezentate de Consiliile județene și respectiv de Consiliile locale. Cu toate acestea, în loc să promoveze temeiurile pentru cooperare și coordonare, distincțiile dintre sănătate și asistență socială, precum și autonomia acordată autorităților locale și județene, în special cu privire la utilizarea bugetelor, par să contribuie la o variație mare a rezultatelor diferitelor jurisdicții. Prin urmare, strategiile naționale au stipulat o mai bună conexiune între serviciile de sănătate și cele de asistență socială, cu un sistem comun, unificat de îngrijire de lungă durată (Guvernul României, 2008), însă cu un succes limitat și întâmpinând dificultăți în implementarea și punerea în aplicare a îndrumărilor furnizate la nivel național.

În ultimele două decenii au apărut mai multe noi părți interesate, determinând crearea de noi tipuri de „forme variate de bunăstare” în întreaga țară. Ca o consecință a absenței serviciilor, au fost finanțate organizații non-profit private, adesea cu sprijinul unor organizații internaționale (precum Caritas, Diakonia, Crucea Roșie), pentru a asigura servicii de îngrijire la domiciliu și de îngrijire în structurile rezidențiale, în special în zonele rurale. Cooperarea autorităților publice privind „parteneriatele public-private” cu aceste organizații a fost consolidată în mod clar prin reglementări legale specificând mecanismele de autorizare și de finanțare. Ca urmare a politicilor publice care vizau creșterea privatizării, în principal în domeniul îngrijirilor de sănătate, numeroși furnizori privați comerciali au intrat pe această „piață”, care a rămas totuși mai degrabă nereglementată în domeniul îngrijirii de lungă durată.

Furnizorii comerciali privați de îngrijire la domiciliu nu sunt supuși niciunui tip de cadru de reglementare specific⁴⁶, ceea ce determină, de asemenea, o absență totală a datelor cantitative aferente.⁴⁷ Furnizorii comerciali de îngrijire la domiciliu apar în număr mare în special în zonele urbane, datorită unor stimulente și oportunități de finanțare încurajate de „schema de îngrijire intermediară la domiciliu”, care este finanțată de asigurarea socială de sănătate și facilitează îngrijirea cu asistență la domiciliu pe o perioadă maximă de 90 de zile. Acest serviciu este gratuit pentru pacienți și supervizat de medicii generaliști, dar în practică (pe baza informațiilor neconfirmate) acoperă doar faza post-acute pentru o medie care nu depășește trei săptămâni.

În general, mecanismele de autorizare și acreditare, inclusiv asigurarea calității, abia au început să fie elaborate, deoarece respectivele linii directoare și proceduri de monitorizare sunt elaborate în prezent conform Legii nr. 197/2012. Totuși, în ceea ce privește subcontractarea, nu există linii directoare generale pentru negocierile dintre autoritățile locale ca și „achizitori” și organizațiile furnizoare. Structurile și reglementările de „negociere colectivă” lipsesc, lucru datorat de asemenea faptului că nu există nicio federație sau entitate care împuternicească prin lege să reprezinte organizațiile furnizoare. „Prețurile” pentru organizațiile publice sau private non-profit care furnizează servicii sau facilități sunt definite de Consiliile locale, dar acoperă de obicei doar o mică parte din costurile reale. Prin urmare, contribuțiile publice sunt considerate de

⁴⁶ Sunt aplicabile reglementările generale privind gastronomia și cazarea.

⁴⁷ Deși articolul 37 din Legea nr. 292/2011 (Legea privind asistența socială) prevede posibilitatea ca furnizorii comerciali să livreze servicii sociale, decretele necesare pentru definirea activităților acestora nu au fost încă adoptate. Între timp, centrele rezidențiale pentru vârstnici (cu sau fără furnizare de îngrijiri) care sunt conduse de societăți comerciale funcționează majoritatea pe baza unor autorizații hoteliere sau pentru alte facilități de cazare.

furnizorii non-profit niște „subvenții” care trebuie suplimentate prin contribuții și donații private (a se vedea secțiunea privind „mijloacele și resursele”).

Rolul îngrijitorilor informal și mecanismele de sprijin aferente abia dacă au fost abordate de legislație. În afară de posibilitatea unui concediu de îngrijire fără plată de până la 15 zile, care servește în principal pentru perioade de urgențe pe termen scurt, singurele mecanisme de sprijin existente pentru îngrijitorii membri ai familiei sunt angajarea de către consiliul local în calitate de „asistent personal” pentru rudele cu dizabilități grave.

Prevenirea și reabilitarea în îngrijirea de lungă durată nu au avut o prioritate prea mare în ultimele decenii. Deși există mai multe stațiuni balneoclimaterice care asigură reabilitare, nu este clar cât de mult vizează ele populația vârstnică cu nevoi de îngrijire de lungă durată. Un program popular al asigurării de sănătate acoperă costurile de tratament în stațiuni de reabilitare timp de 21 de zile și subvenții pentru alte 9 zile pe an (Vlădescu et al., 2008), dar există puține dovezi privind accesul, grupele vizate și rezultatele unor asemenea programe.

Primii pași către un cadru legislativ și mecanismele de finanțare aferente care să ofere o mică bază de protecție, securitate și îngrijire adecvate pentru vârstnici au fost deja făcuți în România. Unele opțiuni de îmbunătățire ulterioară sunt prezentate mai jos, pe baza unor exemple de bune practici din statele membre UE.

Dialoguri între sectoarele aferente sănătății și îngrijirii la nivel local (Germania)

În afară de a spori conștientizarea privind vârstnicii și nevoile lor de îngrijire de lungă durată, este de o importanță crucială să se creeze timp și spațiu pentru a aduce laolaltă toate tipurile de părți interesate și resurse relevante la nivelul local. Acestea trebuie să includă furnizorii de îngrijire formală, medicii generaliști, îngrijitorii informal, oficialitățile administrației locale, farmaciști, voluntari și alte persoane. Obiectivul dialogurilor privind sănătatea și îngrijirea care au fost promovate în Hamburg (Germania) a fost de a reuni laolaltă aceste părți interesate pentru a elabora strategii complete privind sănătatea și îngrijirea, pentru a iniția și monitoriza rețelele locale și a înființa grupuri continue de lucru pe problemele importante care țin de îngrijirea de lungă durată. Acesta a inclus dezvoltarea unui sistem de informare local pentru furnizorii de îngrijire formală și pentru îngrijitorii informal. Mai mult, vârstnicilor cu nevoi de îngrijire și îngrijitorilor lor ar trebui să li se ofere opțiunea de a alege, în calitate de coproducători de îngrijire, să rămână cât mai mult timp posibil în propriile lor domiciliu. Grupurile de lucru s-au confruntat cu probleme precum locuințele la vârsta a treia, prevenția, mobilitatea, participarea, îngrijirea paliativă, precum și tehnologiile informatice și sănătatea (Weigl, 2011).

Asemenea inițiative la nivel local ar putea fi stimulate cu ajutorul unor resurse relativ mici, pentru a elabora strategii care să pornească de la beneficiari („bottom-up”) în respectivul context local. Acestea vor avea o importanță și o relevanță din ce în ce mai mari în viitor, datorită creșterii populației vârstnice.

„Îmbătrânirea într-o companie plăcută” (Austria)

Abordarea de multiple părți interesate care este necesară pentru promovarea îmbătrânirii active în comunitate a reprezentat, de asemenea, ideea centrală a unei inițiative de dezvoltare socială a comunității aparținând guvernului regional din Salzburg (Austria). Proiectul „Îmbătrânirea într-o

companie plăcută” sprijină inițiativele locale în domeniul îmbătrânirii sănătoase și active. Acestea sunt susținute de grupuri de lucru locale alcătuite din reprezentanți ai asociațiilor pentru vârstnici, primari, asociații de asistență socială și voluntari, care își stabilesc propriile interese și obiective pentru diferite domenii ale traiului independent și autonom al vârstnicilor. Aceste inițiative au reușit să stabilească și să înființeze (cf. Rodrigues et al., 2013):

- un manager de caz în comunități, ca persoană de contact pentru rudele care acordă îngrijiri;
- sesiuni de formare și ateliere pentru vârstnici privind securitatea și mobilitatea în viața de zi cu zi (transport, trafic, un mediu de trai sigur) și pe teme de sănătate (nutriție, boli etc.);
- sesiuni de formare pentru rudele care acordă îngrijiri, de exemplu în colaborare cu Caritas, pentru a instrui voluntarii în vederea sprijinirii și însoțirii rudelor care acordă îngrijiri; și
- începând din 2012, proiectul pilot „Gut umsorgt vor Ort” („Bine îngrijiți la domiciliu”) care este implementat împreună cu o școală de asistente, pentru a furniza sprijin tehnic și îndrumare pentru rudele care acordă îngrijiri.

Aceste tipuri de inițiative necesită costuri de investiții relativ scăzute la nivel local, având în schimb potențialul de a stimula implicarea civică (a se vedea Capitolul 4) și coeziunea socială, punând accentul pe îmbunătățiri privind serviciile de îngrijire.

Integrarea structurală a sănătății și asistenței sociale (Anglia)

Separarea dintre sănătate și asistență socială a caracterizat și guvernarea îngrijirii de lungă durată din Anglia. Pentru a depăși această separație, au fost facilitate structuri organizaționale mixte între sănătate și asistență socială, printr-un document de politici al guvernului național din anul 2000 – în unele zone locale au fost înființate Trusturi de îngrijire. În majoritatea cazurilor, aceasta a dus la structuri organizaționale unice, bazate pe un model tradițional de Servicii de sănătate naționale, prerogativele și responsabilitățile de asistență socială fiind în esență delegate sistemului de sănătate. Prin urmare, modelul a avut doar un succes parțial, deoarece numeroase consilii locale au perceput Trusturile de îngrijire ca pe o formă de „preluare” a asistenței sociale de către sistemul de sănătate. Totuși, modelul Trusturilor de îngrijire rămâne interesant ca abordare integrată structural a activității mixte din domeniul sănătății și asistenței sociale (Glasby, 2011).

Data fiind lipsa de integrare formală și finanțare completă pentru îngrijirea de lungă durată în România, ar putea fi explorată opțiunea de a înființa un „Trust de îngrijire” sau un „Fond pentru îngrijire de lungă durată” la nivel național, cu filiale la nivel județean pentru a dezvolta, direcționa, finanța și monitoriza furnizarea de îngrijire de lungă durată. Această abordare ar implica transferul bugetelor de la sănătate publică și asistență socială, care ar contribui ambele la „Fondul pentru îngrijire de lungă durată”, pe baza legislației existente și orientate către viitor din acest domeniu.

Stimulente pentru a evita amânarea externării din spital (Suedia, Danemarca)

Lipsa de servicii și facilități îi forțează pe mulți vârstnici să apeleze la îngrijirea spitalicească, ocupând paturi destinate serviciilor de îngrijire acută care sunt costisitoare, fără ca acest lucru să rezolve niciuna dintre probleme dintr-o perspectivă pe termen lung. Pentru a reduce numărul așa-numitelor „persoane care țin blocate paturile” din spitale, reforma Ådel din Suedia (vizând îngrijirea pentru vârstnici) a introdus stimulente pentru ca autoritățile locale care sunt responsabile cu asistența socială să mărească disponibilitatea serviciilor de asistență comunitară. Acestea implicau ca respectivele costuri de spitalizare (în general plătite de consiliile județene) pentru pacienții care nu puteau fi externati din cauza lipsei de servicii din municipiul lor să fie suportate de respectiva autoritate locală.

Această reglementare a dus la o reducere a numărului de „persoane care țin blocate paturile” cu peste 50%, în special datorită unui parteneriat mai bun între personalul spitalelor și managerii de asistență comunitară. În practică, trimerile sunt transmise de către spital respectivei municipalități și medicului generalist al pacientului, imediat ce pacientul dintr-o secție de îngrijiri pentru afecțiuni acute este gata pentru a fi trimis să înceapă planificarea comună a serviciilor de îngrijire. Reprezentanții unității de îngrijire acută și ai unității municipalității de evaluare a nevoilor se întâlnesc cu pacientul și, dacă este cazul, cu un îngrijitor informal, pentru a planifica reabilitarea și îngrijirea viitoare împreună, potrivit nevoilor pacientului. Apoi, serviciile de îngrijire municipale au la dispoziție cinci zile pentru a organiza îngrijirea conform planului. Dacă municipalitatea nu poate asigura un loc într-un cămin de bătrâni sau servicii de îngrijire la domiciliu, trebuie să ramburseze autoritatea județeană (Emilsson, 2011). Deși în România se aplică responsabilități și fluxuri de finanțare diferite, ar putea fi elaborate mecanisme similare între ministerele de stat, asigurarea socială de sănătate și autoritățile locale.

În concluzie, este nevoie de o coordonare mai bună în furnizarea de servicii de îngrijire de lungă durată în România între Ministerul Sănătății și cel al Muncii, Consiliile județene și locale, ONG-uri, furnizorii privați de servicii de îngrijire, spitale, medici generaliști, farmaciști, îngrijitori informali și persoanele care au nevoie de îngrijire. Printre alte aspecte, trebuie abordate mecanismele de autorizare și acreditare, inclusiv asigurarea calității, și trebuie pus un accent mai puternic pe prevenire și reabilitare. Exemple de succes din alte țări oferă modalități pentru creșterea cooperării la nivelul comunității locale, pentru structurarea integrării formale a îngrijirii medicale și serviciilor sociale și pentru a oferi stimulente pentru plasarea rapidă a persoanelor care au nevoie de îngrijire în locurile cele mai potrivite.

C. Structuri organizaționale

Actuala infrastructură pentru furnizarea de îngrijire de lungă durată a fost descrisă ca insuficientă în numeroase ocazii (Guvernul României, 2008; Popa, 2010; Briciu și Costea, 2013). Acest fapt se reflectă, de asemenea, și în lipsa de date și informații sistematice privind principalele surse de îngrijire formală de lungă durată. Următoarea discuție prezintă situația actuală din România. Cu toate acestea, necesitățile de infrastructură trebuie luate în considerare după ce se va elabora o nouă abordare axată pe îngrijirea la domiciliu. Între timp, ar trebui colectate mai multe date, pentru a furniza o imagine clară a situației actuale.

Centre de îngrijire și cămine de bătrâni

Tabelul 5.1 oferă o privire de ansamblu asupra facilităților de îngrijire rezidențială în funcție de tipurile de furnizori, pe baza celor mai recente date disponibile (2012), furnizate de Ministerul Muncii. Nu există date pentru facilitățile comerciale private. Circa 46% dintre facilități sunt coordonate de ONG-uri (organizații non-profit private), care furnizează aproape o treime din numărul total de locuri în structurile rezidențiale. Facilitățile ONG-urilor sunt concepute pentru în medie circa 50 de rezidenți, în timp ce facilitățile publice, în general gestionate de autoritățile județene (Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului) și consiliile locale, deservesc în medie 73 de rezidenți per facilitate. Nu există date distincte despre facilitățile de îngrijire rezidențială cu sau fără îngrijire prin intermediul personalului specializat. Unii vârstnici trăiesc în facilități rezidențiale pentru persoane cu dizabilități și cu vârstă de muncă. Numai circa 120 de locuri din facilitățile cu asistență sau din facilitățile de adăposturi sociale sunt asigurate de ONG-uri (Ministerul Muncii, 2012).

În pofida creșterii capacităților în ultimii zece ani, toate căminele de bătrâni raportează foarte multe persoane pe listele de așteptare. Totalul de peste 2.600 de persoane de pe listele de așteptare indică clar deficitul existent atât în sectorul îngrijirii rezidențiale, cât și cu privire la aranjamentele de îngrijiri alternative. Numărul mare de persoane de pe listele de așteptare trebuie totuși interpretat cu precauție, deoarece totodată gradul de utilizare a capacității pare a fi relativ scăzut, conform acestor date. Posibilele motive sunt lipsa de personal, proasta gestiune sau faptul că persoanele care solicită un loc în căminele de bătrâni rămân pe listele de așteptare chiar dacă au găsit între timp o altă soluție.

Criteriile de eligibilitate și, mai important, criteriile de acceptare cu prioritate în căminele de bătrâni depind de problemele de sănătate și de situația socio-economică a persoanei vârstnice care are nevoie de îngrijire, incluzând absența sprijinului familial. O evaluare a nevoilor este realizată de o echipă de lucrători din sănătate și de asistenți sociali și este desfășurată împreună cu beneficiarul direct și rudele sale.

Nu sunt disponibile date privind calitatea îngrijirii în facilitățile rezidențiale. De pildă, standardele minime includ faptul că 60% din personalul total trebuie să fie alcătuit din profesioniști de specialitate, iar raportul dintre rezidenți și membrii personalului trebuie să fie de 2:1. O dată cu implementarea Legii nr. 197/2012, este de așteptat ca monitorizarea și colectarea sistematică de date să se amelioreze. Cu toate acestea, atât infrastructura cantitativă cât și calitatea căminelor de bătrâni, în care, de pildă, disponibilitatea camerelor de o persoană, accesibilitatea generală și integrarea în cadrul comunității sunt insuficient dezvoltate, vor rămâne o provocare majoră în următorul deceniu.

Tabelul 5.1 Numărul de facilități de îngrijire rezidențială în funcție de regiune și de tipul de furnizor (2012)

	Număr de facilități			Nr mediu de rezidenți pe lună			Nr. locuri		
	publice *	ONG	Total	publice	ONG	Total	public e	ONG	Total
Nord-est	17	9	26	1.215	255	1.470	1.358	1.050	2.408

Sud-est	21	10	31	1.510	235	1.745	1.732	1.492	3.224
Sud (Muntenia)	16	1	17	590	17	607	742	329	1.071
Sud-vest (Oltenia)	12	0	12	689	0	689	808	461	1.269
Vest	13	6	19	781	150	931	944	924	1.868
Nord-vest	8	30	38	304	881	1.185	347	212	559
Centru	14	33	47	784	1.265	2.049	918	738	1.656
București-Ilfov	7	6	13	612	254	866	1.005	0	1.005
Total	108	95	203	6.485	3.057	9.542	7.854	5.206	13.060

Sursa: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014; compilație proprie.

Notă: Furnizorii publici includ atât consiliile județene, cât și consiliile locale.

Facilități de îngrijire de zi

Un total de circa 6.700 de locuri sunt disponibile pentru vârstnicii care necesită îngrijire de zi, deși cu variații regionale semnificative (Tabelul 5.2). Circa 25% dintre aceste locuri sunt asigurate de ONG-uri. Aceste centre sunt de obicei folosite de pensionari mai autonomi, care par să ezite în ceea ce privește vizitarea unor asemenea facilități, după cum dezvăluie diferențele destul de importante dintre numărul de locuri disponibile și numărul efectiv de utilizatori pe lună. Acest fapt este și mai surprinzător pentru că aceste facilități sunt conectate la asistență medicală și pot avea o funcție preventivă, în special pentru vârstnicii care trăiesc singuri.

Tabelul 5.2 Numărul de facilități de îngrijire de zi în funcție de regiune și tipul de furnizor (2012)

	Număr de facilități			Nr mediu de utilizatori pe lună			Nr. locuri		
	publice *	ONG	Total	publice	ONG	Total	public e	ONG	Total
Nord-est	6	8	14	973	301	1.274	950	582	1.532
Sud-est	3	3	6	150	70	220	195	170	365
Sud (Muntenia)	2	1	3	55	50	105	220	100	320
Sud-vest (Oltenia)	1	0	1	752	0	752	1.006	0	1.006
Vest	5	1	6	506	52	558	932	55	987

Nord-vest	11	4	15	580	107	687	707	155	862
Centru	10	7	17	309	432	741	496	470	966
București-Ilfov	9	2	11	285	35	320	645	60	705
Total	47	26	73	3.610	1.047	4.657	5.151	1.592	6.743

Sursa: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014; compilație proprie.

Notă: Furnizorii publici includ atât consiliile județene, cât și consiliile locale.

Îngrijirea formală la domiciliu și în cadrul comunității

Serviciile de îngrijire la domiciliu s-au dezvoltat lent în ultimele două decenii în România. Câteva ONG-uri au început să le inaugureze în anii 1990, cu sprijin din partea organizațiilor internaționale. Primele activități au inclus cursuri de formare de bază pentru furnizorii de îngrijiri către vârstnici (80 de ore de teorie și o lună de practică într-un cămin de bătrâni), apoi programe de formare pentru asistenți sociali și pentru asistenți comunitari, de exemplu organizate de Fundația pentru servicii de asistență comunitară și proiecte aferente (Vladu, 2001). O dezvoltare mai structurată a îngrijirii la domiciliu a avut loc doar în ultimul deceniu, când fondurile de asigurări de sănătate județene au început să ramburseze asistența la domiciliu (Decizia Ministerului Sănătății nr. 318/2003). Totuși, aceasta reprezintă în continuare o parte aproape neeligibilă a cheltuielilor publice pentru sănătate. Cu excepția asistenților comunitari, asistentele lucrează sub supervizarea și responsabilitatea medicului generalist.

Tabelul 5.3 Numărul de facilități de îngrijire la domiciliu în funcție de regiune și de tipul de furnizor (2012)

	<i>Nr. unități</i>				<i>Nr. utilizatori</i>			
	<i>Publice (județene)</i>	<i>Publice (locale)</i>	<i>ONG</i>	Total	<i>Publice (județene)</i>	<i>Publice (locale)</i>	<i>ONG</i>	Total
Nord-est	1	6	27	34	38	394	1.919	2.351
Sud-est	0	4	7	11	0	297	220	517
Sud (Muntenia)	1	1	1	3	32	22	11	65
Sud-vest (Oltenia)	0	2	2	4	0	103	50	153
Vest	0	5	1	6	0	217	8	225
Nord-vest	0	7	34	41	0	350	1.612	1.962
Centru	0	14	42	56	0	563	8.846	9.409
București-Ilfov	3	0	12	15	206	0	1570	1.776
Total	5	39	126	170	276	1.946	14.236	16.458

Sursa: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014; Briciu și Costea, 2013). compilație proprie.

Îngrijirea profesionistă la domiciliu este furnizată de asistenți la domiciliu, asistenți sociali, precum și de câțiva psihologi, medici, asistente medicale, infirmieri și terapeuți. În prezent, numai circa 16.500 utilizatori sunt îngrijiți la domiciliu, dintre care peste 80% de către membri ai organizațiilor private non-profit (

Tabelul 5.3). Serviciile de îngrijire la domiciliu asigură în principal ajutor cu igiena generală și fizică, cu îmbrăcatul și curățenia, dar și cu implicarea în activități culturale, ergoterapie și reabilitarea capacităților fizice și intelectuale, precum și cu medicație, recomandări medicale și tratament (Briciu și Costea, 2013).

Deficitul de și distribuția extrem de neuniformă a serviciilor de îngrijire la domiciliu, care fac ca numeroase localități să rămână fără niciun serviciu de îngrijire la domiciliu, se datorează, de asemenea, faptului că în România sistemul de „asistență personală” a fost implementat într-o formă specifică, plecând de la conceptul elaborat inițial de Mișcarea Viață independentă pentru persoanele cu dizabilități. Pornind de la presupunerea că membrii familiei își îngrijesc oricum rudele, persoanele care au nevoie de îngrijire (cu nevoi de îngrijire serioase sau medii) pot opta ca îngrijitorii lor din familie să fie angajați de către consiliul local în rolul de „asistent personal” – deși deja prevăzută în legislație, în Legea asistenței sociale pentru vârstnici, această oportunitate a devenit populară numai după 2006, când un drept similar a fost introdus pentru persoanele cu dizabilități și procedurile de punere în aplicare au fost simplificate.

Nu se știe prea multe despre cooperarea între serviciile de îngrijire profesionistă la domiciliu și „asistenții personali”, precum și îngrijitorii informali neplătiți. Asistenții personali beneficiază de o formare de bază și sunt supervizați o dată pe an de personal profesionist.

Persoanele cu nevoi pe termen lung sunt frecvent „invizibile” – de asemenea, din cauza deficitului de infrastructură. Transformarea îngrijirii de lungă durată într-o componentă a vieții comunității va fi un proces dificil, și nu doar în România. Un centru vizibil, multifuncțional, în care persoanele cu nevoi de îngrijire și îngrijitorii lor să se poată întâlni, unde să poată primi informații și servicii, poate îmbunătăți vizibilitatea îngrijirii de lungă durată. Centrele de îngrijire de zi existente ar putea constitui un punct de pornire pentru activitățile care încearcă să integreze aspectele ce țin de îngrijire în comunitățile „care încurajează îngrijirea”. Mai general, infrastructura publică, inclusiv transportul, ar trebui făcută mai accesibilă, de exemplu printr-o mai uniformă răspândire a autobuzelor accesibile, care formează trei sferturi dintre toate autobuzele din zonele urbane, dar sunt foarte rare în zonele mai îndepărtate. Aceste schimbări vor fi utile și pentru persoanele mai tinere cu dizabilități, femeile gravide și adulții cu copii mici.

Există un obiectiv general de politică de a menține vârstnicii cu nevoi de îngrijire cât mai mult timp posibil în mediul lor familiar și de a dezvolta o societate favorabilă incluziunii (Guvern, 2008). Hotărârea de Guvern 45/2012 face apel la eforturi suplimentare pentru extinderea infrastructurii de îngrijire de lungă durată la domiciliu și în comunitate, precum și pentru modificări ale facilităților rezidențiale. O presiune deosebită este generată nu doar de îmbătrânirea populației, de tiparele de migrație și de un număr din ce în ce mai mare de gospodării de o singură persoană, ci și de viitoarele îmbunătățiri așteptate în secțiile de îngrijiri medicale finanțate de Grupele de diagnosticare (DRG) și de reducerea numărului de paturi de spital. Direcția reformelor a prins deja contur prin intermediul noii legislații privind abordările mai coordonate, prevenția și profesionalizarea.

Integrarea politicilor privind locuințele în politicile privind îmbătrânirea activă reprezintă o abordare preventivă și proactivă a incluziunii sociale a vârstnicilor cu nevoi de îngrijire de lungă

durată. Aceasta include nu doar adaptarea locuințelor vârstnicilor (îndepărtarea obstacolelor, ajutoare tehnice, adaptarea băilor etc.), ci și modificări structurale ale îngrijirii rezidențiale din România. Oferta deficitară de îngrijire instituțională ar putea fi folosită ca un avantaj, pentru a promova „îmbătrânirea la domiciliu” și a extinde facilitățile de adăposturi cu sprijinul organizațiilor de îngrijire comunitară. Următoarele exemple din alte țări ar putea arăta modalități valoroase de inovare a structurilor organizaționale.

Autonomia la domiciliu și locuințele sociale pentru vârstnicii cu nevoi de îngrijire de lungă durată (Danemarca)

Istoria locuințelor sociale pentru vârstnici în Danemarca a început în anii 1980, când construirea de cămine de bătrâni tradiționale a fost în linii mari abandonată, iar regulile privind locuințele pentru persoanele cu nevoi de îngrijire au fost separate de regulile privind furnizarea de îngrijire. Legislația națională privind locuințele sociale pentru vârstnici este în vigoare pentru toate tipurile de locuințe pentru persoanele (vârstnice) cu nevoi de îngrijire. Cele mai relevante reguli ale acestei legislații prevăd că locuințele pentru vârstnicii cu nevoi de îngrijire trebuie construite conform regulilor generale ale locuințelor sociale. Printre altele, aceasta înseamnă că rezidenții sunt chiriași pe bază de contract ca în orice locuință obișnuită. Aceștia își primesc pensia din care trebuie să plătească chiria, hrana și alte necesități. Ca și în locuințele obișnuite, chiria poate fi subvenționată în funcție de nivelul de venit individual. În majoritatea cazurilor, locuința constă dintr-un apartament cu una sau două camere și dotări de bucătărie. În puține cazuri, foste cămine de bătrâni au fost reconstruite și transformate în clădiri care constau dintr-o singură cameră de locuit și facilități de bucătărie comune.

Rezidenții trăiesc autonom și beneficiază de servicii de asistență, de exemplu îngrijirea personală și ajutorul la curățenie sunt furnizate de personalul facilității, în funcție de nevoile individuale. Deși majoritatea rezidenților utilizează aceste servicii, ei au libertatea de a alege ce servicii doresc să primească din afara acestui aranjament, de pildă de la membri ai familiei. Facilitățile nu au medici proprii, deoarece rezidenții continuă să își viziteze medicul generalist. Este neobișnuită primirea de ajutor de la profesioniști sau voluntari din afara facilității. Totuși, în unele facilități, voluntarii furnizează asistență în ceea ce privesc activitățile sociale (Hansen, 2011).

Reabilitarea și prevenția la domiciliu (Danemarca)

Municipiul danez Fredericia a inițiat o completă schimbare de paradigmă în furnizarea de îngrijire de lungă durată, ca urmare a anticipării unor presiuni bugetare. Principalul scop a fost reducerea dependenței vârstnicilor și prelungirea perioadei de autoîngrijire. Printre altele câteva proiecte, un proiect pilot privind „Reabilitarea la domiciliu” a fost implementat, evaluat pozitiv și în cele din urmă aplicat tuturor clienților existenți. „Reabilitarea la domiciliu” începe în termen de două zile de la externarea din spital sau în cazul unei solicitări de îngrijire la domiciliu și constă dintr-o perioadă de formare intensivă de aproximativ 70 de ore pe parcursul unei luni, la domiciliul clientului. Echipe multidisciplinare au fost formate să coordoneze și să furnizeze serviciile de formare care vizează remobilizarea și autoîngrijirea. A fost nevoie de eforturi importante de schimbare a atitudinii personalului de la una „compătitoare” la una

„activatoare”. Modelul a avut succes din perspectiva reducerii substanțiale a numărului de persoane care primesc asistență la domiciliu și a economiilor definitive, adică investiția inițială în formare și dezvoltare organizațională a fost amortizată în primele trei luni de funcționare. Mai mult, satisfacția utilizatorilor și a personalului a crescut semnificativ (Campbell și Wagner, 2011).

Furnizarea în România de „îngrijire cu asistență la domiciliu după un episod acut” pe o perioadă maximă de 90 de zile oferă o bază utilă pentru asigurarea de abordări preventive persoanelor cu (potențiale) nevoi de îngrijire de lungă durată. Măsurile de activare luate de o echipă multidisciplinară ar putea duce la îmbunătățirea rezultatelor tratamentului după un episod acut, a remobilizării și a reabilitării în mediul obișnuit al pacienților. Mai buna comunicare între spitale și agențiile de îngrijire primară și îngrijire comunitară ar putea preveni agravarea pe viitor a problemelor de sănătate și/sau reinternarea în spitale în numeroase cazuri.

Integrarea serviciilor sociale și de sănătate în comunitatea locală pentru persoanele care necesită îngrijire (Olanda)

Coordonarea și cooperarea între diferite tipuri de servicii de îngrijire formală și între îngrijirea formală și informală au reprezentat mereu una dintre principalele caracteristici ale îngrijirii de lungă durată. Obiectivul unui proiect din Menterwolde (Olanda) a fost asigurarea de oportunități de contact și sprijin cetățenilor locali vulnerabili, prin intermediul cooperării dintre serviciile sociale și de sănătate care nu ar trebui să se axeze doar pe îngrijire, ci și să încerce să găsească soluții pentru un trai independent în mod integrat. Aici sunt incluse activități de realizat, îngrijire de zi pentru persoanele cu dizabilități, îngrijire de 24 de ore, tehnologia informației și comunicațiilor etc. Centrul multifuncțional (de întruniri) „De Gilde” se află în centrul acestei inițiative. Acesta pune la dispoziție mai multe apartamente cu asistență pentru vârstnici, dar și un restaurant public și servicii pentru persoane cu dizabilități și cu nevoi de îngrijire de lungă durată, care trăiesc în cartier în propriile lor case. Persoanele cu dizabilități pot participa la activități ca voluntari. Acest tip de participare le sporește respectul de sine și nivelul de integrare în propriul lor cartier.

Rezumând, infrastructura actuală pentru furnizarea formală de îngrijire de lungă durată constă din centre de îngrijire și cămine de bătrâni, centre de îngrijire 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 căminele de bătrâni sunt caracterizate atât de capacitatea scăzută de utilizare, cât și de liste lungi de așteptare, iar centrele de îngrijire de zi par să fie foarte puțin utilizate în multe cazuri. Serviciile îngrijitorilor profesioniști sunt foarte căutate, însă nu beneficiază de finanțare suficientă și nu au personal suficient, în timp ce instituția „asistenților personali”, ca formă de îngrijire formalizată la nivelul familiei, a crescut ca importanță din 2006. Integrarea persoanelor care au nevoie de îngrijire în viața comunității și crearea unui mediu care să le permită să trăiască acasă cât de mult posibil rămâne principala provocare și principalul scop al sistemului de îngrijire de lungă durată. Exemplele din alte țări referitoare la locuințele sociale pentru vârstnici, serviciile de reabilitare și prevenire, precum și serviciile comunitare integrate de sănătate și sociale oferă opțiuni utile de luat în considerare.

D. Rute și procese

Un factor important pentru vârstnicii care necesită îngrijire, precum și pentru membrii familiei lor, este reprezentat de informațiile și consilierea privind structurile și instituțiile existente disponibile pentru a le sprijini nevoile de îngrijire. În absența unor servicii specifice de consiliere sau a unor vizite la domiciliu preventive în majoritatea localităților, asistenții sociali municipali, asistenții comunitari, medicii generaliști sau furnizorii de îngrijire la domiciliu reprezintă primele persoane de contact. Unii furnizori, în principal organizațiile comerciale private, au început să contacteze potențialii pacienți care se află deja în spitale într-un mod informal, deoarece lipsesc procedurile structurate de externare și comunicare între spitale și organizațiile de îngrijire comunitară.

După ce este stabilit un contact cu sistemul de sprijin, evaluarea nevoilor individuale devine crucială pentru viitoarele rute de îngrijire. Programul specific de evaluare a nevoilor care a fost introdus de guvernul român în anul 2000 (Ordonanța de Guvern nr. 886/2000) a reprezentat primul efort de a defini sistematic nevoile sociale și de sănătate ale vârstnicilor, făcându-se astfel distincție între nevoile lor și cele ale persoanelor cu dizabilități, dar cu vârstă de muncă. Reformele legislative actuale încearcă să unifice procedurile de evaluare pentru persoanele cu dizabilități și persoanele vârstnice, care sunt de așteptat să se bazeze nu pe cauzele dizabilității, ci pe consecințele individuale ale pierderii de funcționalitate din punct de vedere al nevoilor de îngrijire de lungă durată. În prezent, așa-numita „Grilă națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice” cuprinde toate articolele necesare evaluării situației sociale și economice a unei persoane mai vârstnice, problemele sale de sănătate și nevoile de îngrijire aferente, pentru a determina trei niveluri de nevoi de îngrijire, precum și respectivele tipuri de servicii de sănătate și sociale necesitate, luând în considerare preferințele beneficiarului și ale îngrijitorului său informal, dar și disponibilitatea serviciilor locale.

Nivelurile de nevoi de îngrijire (cu 2-3 subcategorii fiecare) variază de la I (pierdere totală de autonomie) la III (autonom)⁴⁸ (Popa, 2010). Conform legii, evaluarea nevoilor individuale ale unei persoane vârstnice trebuie realizată de o echipă alcătuită din doi asistenți sociali din Consiliul local și Direcția generală de asistență socială a Consiliului județean, împreună cu medicul generalist al beneficiarului și, dacă este posibil, de către un reprezentant al Asociației

⁴⁸ Sunt acordate următoarele niveluri de nevoi de îngrijire:

- I.A pierderea completă a autonomiei și nevoia de îngrijire continuă
- I.B: probleme în desfășurarea activităților zilnice și nevoia de asistență medicală atât ziua, cât și noaptea
- I.C: nevoia de supraveghere și ajutorare permanentă din cauza unor tulburări comportamentale și nevoi de îngrijire regulate pentru activități privind igiena personală
- II.A: abilități mintale perfecte, dar capacitate motrice parțială și nevoia de asistență zilnică la activități de bază
- II.B: nevoia de ajutor la a se ridica din pat și de ajutor parțial la activitățile zilnice
- II.C: fără probleme de mișcare, dar nevoie de ajutor la activitățile zilnice privind igiena personală
- III.A: ajutor frecvent necesar pentru activitățile zilnice, dar autonom în ceea ce privește îngrijirea rezidențială
- III.B: autonomie completă, fără nevoie de ajutor la îndeplinirea activităților zilnice

pensionarilor sau al unei organizații non-guvernamentale (ONG) care furnizează servicii sociale beneficiarului. Deși există indicații că această evaluare nu este întotdeauna realizată de asemenea echipe multidisciplinare (Briciu și Costea, 2013), abordarea și caracterul interdisciplinar(ă) a/al acestei evaluări constituie o bază importantă pentru alte intervenții.

Procesul de evaluare este considerat un punct de intrare în sistemul de sprijin, deoarece serviciile și prestările individuale sunt legate de categorii definite:

- Beneficiarii cu nevoi de îngrijire de categoria I și II au dreptul la o indemnizație de însoțitor sau la un „asistent personal”, care poate fi și un membru al familiei și care va fi angajat formal de Consiliul local și plătit de la bugetul de asistență socială.
- Alte drepturi la servicii de îngrijire comunitară includ îngrijirea formală la domiciliu, care este organizată de consiliile locale potrivit priorităților locale. Deoarece acestea sunt decizii locale, bazate pe utilizarea bugetelor locale disponibile, există variații uriașe între o localitate și alta. Personalul de la nivel local este alcătuit din asistenți comunitari, manageri de caz, asistenți sociali și asistenți la domiciliu („îngrijitori profesioniști”), care sunt plătiți cu jumătate de normă sau cu normă întreagă, în funcție de nevoile de îngrijire. Acest serviciu este furnizat gratuit de Consiliile județene și, în funcție de contribuțiile de la utilizatori pe baza veniturilor, de către Consiliile locale și ONG-uri.
- Îngrijirea instituțională, care este finanțată de la bugetele locale⁴⁹, nu este disponibilă în toate localitățile și este distribuită neuniform pe teritoriul țării. Mai mult, este supusă contribuțiilor din fonduri proprii în funcție de venit ale rezidenților și membrilor familiilor acestora, generând uneori o nevoie substanțială de contribuții de la familii.

Sunt necesare îmbunătățiri ulterioare în vederea sprijinirii cooperării între diferiți actori din domeniul evaluării nevoilor. Liniile directoare și acordurile între diverși furnizori de servicii au fost elaborate în ultimii 15 ani în contextul parteneriatelor public-private dintre Consiliile locale și organizații non-profit precum Caritas sau Crucea Alb-Galbenă. Cu toate acestea, cooperarea este stingherită de concurența pentru fonduri, de exemplu între organizațiile non-profit și cele comerciale. De asemenea, actualul mecanism de finanțare se bazează pe plata de onorarii pentru servicii și promovează cel mai probabil o mentalitate de prestări de servicii, în locul unei abordări proactive către autoîngrijire și remobilizarea utilizatorilor.

Mai buna integrare a serviciilor de îngrijire pentru episoade acute din spitale și a serviciilor de îngrijire comunitară este un obiectiv cheie al politicilor sociale și de sănătate din România. Provocarea constă din organizarea resurselor și oportunităților astfel încât să fie reunite părțile interesate relevante pentru a depăși diferențele culturale organizaționale și a conveni de comun acord asupra unor practici partajate. Facilitarea unor asemenea întâlniri și sprijinirea lor sistematică de către managerii de caz pe o perioadă mai lungă este prin urmare necesară pentru a realiza coordonarea și integrarea. Mai mult, stimulentele adecvate pentru diferite grupuri profesionale ar trebui să susțină aceste procese.

⁴⁹ Asigurarea de sănătate finanțează serviciile medicale, dispozitivele și medicamentele utilizate în îngrijirea instituțională.

Coordonarea guvernării la multiple niveluri și a cooperării intersectoriale în îngrijirea de lungă durată reprezintă o provocare globală, care a generat o gamă largă de modele și tipare naționale adesea dependente de sistemele administrative și politice moștenite. Exemple de bune practici au fost create folosind gestionarea cazurilor, în special privind externarea din spital, precum și activitatea interdisciplinară. Cum ambele metode sunt deja utilizate în România, implementarea lor pe viitor poate fi sprijinită de experiențele descrise în următoarele exemple.

Practici integrate de îngrijire la domiciliu și externare din spital pentru clienții serviciilor de îngrijire la domiciliu (Finlanda)

În Finlanda, problemele frecvente privind îngrijirea la domiciliu și în spital erau binecunoscute și constau din 1) deficiențe în fluxul de informații dintre spital și îngrijirea la domiciliu, 2) lipsa de claritate a responsabilităților și distribuția muncii, 3) externările ad-hoc și 4) lipsa de integrare a serviciilor. Ca reacție, Finlanda a elaborat și implementat „Practici integrate de îngrijire la domiciliu și externare din spital pentru clienții serviciilor de îngrijire la domiciliu” (modelul PALKO). Intervenția a fost elaborată de personalul de îngrijire la domiciliu și de personalul spitalelor și promova participarea clienților la luarea deciziilor. Principalele principii pentru o mai bună integrare a îngrijirii constau din elaborarea de viziuni și obiective comune și din practici, resurse și riscuri partajate în ceea ce privește rutele de îngrijire. Toate părțile interesate și-au identificat locul și sarcinile în rutele de îngrijire, astfel încât utilizatorii serviciilor percep îngrijirile ca fiind „fără probleme”. Aceasta a implicat de asemenea standardizarea practicilor și introducerea de acorduri scrise între spitale și agențiile de servicii de îngrijire la domiciliu, precum și între furnizorii de servicii de îngrijire la domiciliu din fiecare municipiu. Practicile, responsabilitățile și instrumentele de sprijin pentru întregul parcurs al clientului de la domiciliu la spital și de la spital la domiciliu au fost specificate în scris și puse la dispoziția tuturor părților interesate implicate. Mai mult, o pereche formată dintr-un manager de servicii de îngrijire și un manager de caz a fost repartizată fiecărui client al serviciilor de îngrijire la domiciliu ca și persoană principală de contact pentru client, în cadrul echipei multidisciplinare (Hammar, 2011).

Îmbunătățirea comunicării dintre spital și serviciile de îngrijire comunitară (Danemarca)

Regiunea Danemarca de sud, alcătuită din 22 de municipii, a reacționat la problemele de comunicare dintre spitale și serviciile de îngrijire comunitară, în special în contextul proceselor de externare, cu un proiect care utilizează tehnologia informației și comunicațiilor. Aplicația online se bazează pe acordurile de cooperare care au fost stabilite de comun acord între spitale și municipalități pentru a asigura transferul fără probleme al pacienților vârstnici din spital în comunitate. Cooperarea consolidată dintre medicii generaliști, furnizorii de îngrijire la domiciliu și spitale a sporit satisfacția pacienților și a facilitat un dialog continuu între toate părțile implicate, inclusiv pacienții și rudele lor. Intervenția a determinat reducerea duratei de ședere în spitale, deoarece furnizorii de îngrijire primară și de îngrijire comunitară sunt acum mai bine pregătiți să livreze servicii de îngrijire în mod prompt. (Møller Andersen, 2011).

Apariția serviciilor de îngrijire comunitară în România s-a produs concomitent cu inovațiile din tehnologia informației și comunicațiilor (TIC), spre deosebire de multe țări europene, în care serviciile de îngrijire comunitară se dezvoltaseră din anii 1970 sau chiar mai

devreme. Prin urmare, conducerea și personalul sunt obișnuite cu aceste tehnologii. În absența acestui obstacol în calea utilizării noilor tehnologii, schimbul de comunicații și informații dintre furnizorii de sănătate și cei de asistență socială ar putea fi intensificat mai ușor prin intermediul unor aplicații informatice.

Puncte de acces integrate (Italia)

Mulți vârstnici fragili și îngrijitorii lor nu reușesc să dobândească acces la servicii, deoarece fie pur și simplu nu știu de ele, fie nu sunt capabili să ajungă la diversele entități responsabile. Deoarece serviciile spitalicești și cele de îngrijire la domiciliu funcționează adesea independent unele de altele, continuitatea îngrijirii este afectată. Prin urmare, câteva agenții locale de sănătate italiene au înființat Puncte integrate de acces (din 2009), pentru 1) a furniza informații cetățenilor despre oportunitățile de sprijin din contextul local; 2) a facilita procedurile de acces, de pildă ajutându-i să completeze formulare și expediindu-le către organul competent; 3) promova integrarea serviciilor spitalicești, ale medicilor generaliști, de îngrijire la domiciliu și a altor tipuri de servicii, precum cele ale centrelor de reabilitare sau ale entităților responsabile cu protezele și dotările speciale. Punctele integrate de acces necesită elaborarea unei noi structuri organizaționale în care personalul să poată activa direct rutele de consiliere, asistență și îngrijire, în loc să-i lase pe utilizatori să negocieze cu diverse birouri de sănătate și asistență socială. Mai mult, personalul Punctelor integrate de acces este capabil să colecteze, să colaboreze și să furnizeze date despre activitățile și solicitările din zona sa de captare, atât în moduri calitative, cât și cantitative. Pe baza acestor informații, factorii de decizie politici și instituționali își pot îmbunătăți răspunsul la nevoile cetățenilor și pot preveni crizele (Ceruzzi, 2011).

Punctele integrate de acces sunt relativ ușor de înființat, dar dificil de gestionat. Ca serviciu la interfața dintre sănătate și asistență socială, trebuind să negocieze între utilizatori și mai multe entități diferite, ele tind să ajungă „ale nimănui”. Cu toate acestea, ele îi degreveză pe utilizatori de obligativitatea de a se confrunta cu mai multe entități diferite, de a trece prin câteva proceduri de evaluare și solicitare, până la comisiile locale care decid cu privire la eligibilitate și la prioritățile pentru locurile din căminele de bătrâni. Punctele integrate de acces ar putea fi o facilitare utilă, care să facă aceste proceduri mai eficiente și mai ușor de utilizat.

Pentru a rezuma, fluxul de informații și tranziția fără probleme a unei persoane prin diferite rute de îngrijire reprezintă o parte complicată, însă crucială, a unui sistem de îngrijire de lungă durată. În prezent, nevoile de îngrijire în România sunt stabilite în baza unei „Grile naționale integrate de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice”, în baza căreia este atribuită eligibilitatea pentru trei niveluri diferite de îngrijire. Totuși, evaluarea se îndreaptă mai degrabă către atribuirea de îngrijire decât către promovarea auto-îngrijirii și reabilitării. Comunicarea dintre spital și îngrijirea la domiciliu lipsește de asemenea. Exemple din alte țări referitoare la practicile integrate de îngrijire la domiciliu și externare din spital, utilizarea tehnologiei pentru comunicarea dintre furnizori și stabilirea unor puncte unice integrate de acces la servicii pot fi utilizate pentru dezvoltarea acestei direcții din domeniu.

E. Resurse umane

Înființarea unui sistem complet de îngrijire de lungă durată și introducerea unei mai bune coordonări între sănătate și asistență socială necesită o gamă largă de abilități de management și conducere. Acestea includ: dezvoltarea organizațională, gestiunea resurselor umane, gestiunea voluntarilor, managementul calității și relaționarea. În România, recente reglementări legislative au dus la mărirea listei de competențe specifice de care au nevoie managerii serviciilor sociale și de sănătate, de pildă cu privire la asigurarea calității, procesarea datelor și lucrul cu indicatorii de performanță. Mai mult, competențele de bază pentru îngrijirea comunitară a vârstnicilor, promovarea auto-afirmării, activarea și autoîngrijirea, modul de a trata persoanele care suferă de demență, planificarea și monitorizarea îngrijirii sunt necesare pentru a moderniza furnizarea serviciilor de îngrijire de lungă durată. Pe lângă educația de bază în mai multe specializări, aceste abilități pot fi dobândite prin formare continuă, care este asigurată de mai multe organizații, inclusiv școli de asistente, universități și agenții private din România. În special ONG-urile joacă un rol important în acest proces, adesea cu sprijin de la rețele și fundații internaționale sau în cadrul proiectelor UE.

Cu toate acestea, există un deficit general de personal instruit în sectorul îngrijirii de lungă durată. Numărul de asistente, de circa 400 de asistente la 100.000 de locuitori, se situează la aproximativ jumătate din media UE (date din 2006; Vlădescu și Olsavsky, 2009), peste 5% dintre localități nu au un medic generalist, iar zone mari nu au medici specialiști (a se vedea Capitolul 1). Managerii serviciilor de îngrijire la domiciliu nu au nevoie de o calificare de specialitate în România, dar, conform Ordinului ministerial nr. 246/2006 privind standardele minime specifice de calitate pentru facilitățile rezidențiale și îngrijirea la domiciliu, furnizorul de servicii trebuie să prezinte un program anual de formare a personalului, potrivit misiunii sale și standardelor minime de calitate din domeniu. Este, de asemenea, nevoie de asistenți sociali, deoarece aceștia joacă un rol important în îngrijirea comunitară pentru vârstnici, la fel ca și asistenții la domiciliu și asistenții personali, ultimii având doar o formare de bază foarte limitată.

Din cauza deficitului de profesioniști care acordă îngrijire existent și în alte state membre UE cu niveluri de salarizare mai mari, tendința către migrație reprezintă o provocare majoră pentru recrutarea, formarea și retenția personalului calificat pentru toate tipurile de furnizori de îngrijire din România. Numărul exact de îngrijitori români, angajați formal în străinătate ca profesioniști sau lucrând informal ca asistenți personali în gospodăriile din Italia, Germania, Anglia sau Austria este necunoscut. Totuși, un studiu din 2008 a arătat că 20% dintre asistenții români intenționează să caute de lucru în afara granițelor României (Vlădescu și Olsavsky, 2009). Organizatorii de cursuri de formare raportează că, cu cât calificările furnizate de formatori sunt mai înalte, cu atât este mai mare probabilitatea ca participanții la sesiunile de formare să profite de aceasta pentru a se muta într-o altă țară. Așadar, formarea mai multor asistenți și înzestrarea lor cu abilități mai bune în România ar putea de fapt stimula emigrarea, contribuind la sustenabilitatea sistemelor de îngrijire de lungă durată bazate pe familie din Europa de Sud și de Vest, în loc să intensifice dezvoltarea cantitativă și calitativă a îngrijirii de lungă durată din România.

Previziunile nevoilor de personal de îngrijire bazate pe populația actuală și pe rata de fertilitate curentă devin astfel și ele problematice. Marea parte a migrației are loc neoficial și este foarte puțin documentată, deși există estimări că peste 350.000 de copii din România cresc cu bunicii lor, deoarece părinții lucrează în străinătate și, în condițiile unei creșteri anuale de 50-80.000, aproape un milion de români trăiesc în Italia și peste 850.000 în Spania (OCDE, 2013).

Deoarece în principal grupele de vârstă mai tânără doresc să muncească în străinătate, numărul de vârstnici care rămân fără opțiuni de îngrijire familială va crește probabil semnificativ. Totodată, numărul de asistenți și alte tipuri de personal de îngrijire poate continua să scadă. Unul dintre principalele motive ale migrației este cu siguranță nivelul scăzut al salariilor. Majoritatea profesiilor care se ocupă cu furnizarea de îngrijire nu câștigă cu mult peste salariul minim pe economie (aproximativ 160 euro pe lună), iar medicii câștigă maxim 300 euro pe lună.

Aceste provocări fac necesară crearea de condiții de muncă atractive și utilizarea de abordări creative pentru a atrage, forma și reține efectivele necesare de îngrijitori. Unele experiențe din alte țări ar putea fi interesante în această privință.

Îngrijirea în cartier (Olanda)

Timpul insuficient dedicat utilizatorilor și diviziunea de tip Taylor⁵⁰ a sarcinilor între diferiți profesioniști sunt principalele plângeri ale vârstnicilor și ale multor profesioniști din domeniul îngrijirii la domiciliu. Aceste deficiențe au stat la originea unui nou tip de livrare de servicii de îngrijire la domiciliu dezvoltat de „Buurtzorg” (îngrijire în cartier), o organizație privată non-profit din Olanda. Acesta a apărut în 2006, datorită nemulțumirilor personalului legate de organizațiile tradiționale de îngrijire la domiciliu. Îndatoririle birocratice, lucrul în izolare de alți furnizori de îngrijire și, mai presus de orice, neglijarea competențelor lor profesionale s-au numărat printre plângerile lor. Modelul organizațional al „Buurtzorg” are în vedere asigurarea furnizării îngrijirii de către mici echipe care se auto-gestionează, alcătuite din maxim doisprezece îngrijitori profesioniști (asistenți comunitari și infirmieri) și de a menține costurile organizaționale cât mai reduse posibil, în principal prin utilizarea TIC pentru managementul îngrijirii și printr-un sediu central eficient de tip back-office pentru administrare. Îngrijirea este finanțată prin intermediul sistemului olandez al asigurărilor de sănătate.

Pe baza nevoilor clienților vârstnici, micile echipe autonome iau în considerare toate tipurile de resurse dintr-un cartier, pornind de la familia unui client și alte contacte locale. Mai mult, conceptul de îngrijire vizează furnizarea de îngrijire unui client pentru o perioadă cât mai scurtă posibil, implicând și consolidând resursele acestuia. Activitățile se întind de la o evaluare holistică a nevoilor la cartografierea rețelelor de livrare a îngrijirii informale și a susținerii sociale către client, mergând până la promovarea auto-îngrijirii și a independenței.

Odată ce o echipă are un număr suficient de clienți (de obicei, circa 50), o nouă echipă va fi instalată în următorul cartier. Cu această strategie, organizația s-a extins la peste 600 de echipe și mai mult de 7.000 de angajați. Alți furnizori au adoptat și ei tipul de furnizare a îngrijirii la domiciliu „Buurtzorg”. Mai mult, managementul și controlul sistematic al calității au indicat o satisfacție foarte mare a utilizatorilor și personalului și o înaltă calitate a îngrijirii, cu o reducere de până la 50% a costurilor. Organizația a câștigat, de asemenea, premiul „Angajatorul anului” în 2011 (Huijbers, 2011).

⁵⁰

Perspectiva asupra modelului organizațional care tratează organizațiile ca pe o gamă de sarcini independente, fiecare urmând a fi concepută de către un expert instruit în vederea obținerii eficienței maxime, apoi integrată într-un sistem de producție de către designerul sistemului și de către liderul organizației.

Abordarea specifică a managementului și conducerii aferente furnizării de îngrijire de lungă durată promovată de „Buurtzorg” necesită îndeplinirea mai multor condiții prealabile, multe dintre acestea putând fi găsite în România. Existența asistenților comunitari și a mai multor ONG-uri motivate este cu siguranță promițătoare, deși deficitul de finanțare și lipsa de acorduri contractuale clare între consiliile locale ca și „achizitori” și furnizori pot deveni provocări majore. Totuși, lipsa de standardizare poate fi văzută, de asemenea, ca o oportunitate de a adopta abordări mai activatoare în îngrijirea comunitară, de pildă înființând un „fond pentru îngrijire de lungă durată” pentru a promova nu doar restructurarea îngrijirii rezidențiale, ci și o abordare orientată către comunitate.

Sistemul E-Qalin de managementul calității (Austria et al.)

Furnizorii și managerii căminelor de bătrâni din domeniul general al serviciilor sociale sunt puși din ce în ce mai mult în dificultate de reglementări și cerințe legale tot mai solicitante privind livrarea de servicii sociale și de sănătate. Deși necesitatea de a asigura calitatea îngrijirii este unanim recunoscută, procedurile sunt adesea elaborate fără implicarea practicienilor și fără oportunități de formare și sunt percepute ca fiind prea birocratice. Totodată, sistemele generice de management al calității utilizate în producție și în afaceri sunt costisitoare și nu pot fi întotdeauna adaptate la nevoile furnizării de servicii sociale. Această situație a constituit motivul pentru care federațiile de cămine de bătrâni și agențiile de formare profesională din Austria, Germania, Italia, Luxemburg și Slovenia au dezvoltat un sistem de management al calității adecvat căminelor de bătrâni și serviciilor sociale aferente (îngrijire la domiciliu, servicii pentru persoanele cu dizabilități, asistență socială).

Așa-numitul sistem de management E-Qalin se bazează pe procesul de autoevaluare al organizațiilor, coordonat de „managerii de proces”. Grupurile de lucru alcătuite din personal și alte părți interesate evaluează 66 de criterii de calitate privind „structurile și procesele”, precum și 25 de indicatori cheie pentru „rezultate”. Rezultatul procesului de autoevaluare este exprimat în puncte procentuale, dar și mai important, într-o listă de proiecte de îmbunătățiri care vor fi prioritizate de către grupul de coordonare și implementate în timpul perioadei următoare (1-2 ani), înainte de a avea loc o nouă autoevaluare. E-Qalin a fost implementat de peste 250 de cămine de bătrâni din țările participante, în care este disponibilă și o certificare externă a calității (Leichsenring, 2011).

Reglementările recent stabilite privind asigurarea calității din serviciile sociale românești vor reprezenta o provocare majoră pentru furnizorii de îngrijire. Formarea adecvată a personalului (și inspectorilor) va fi o condiție preliminară a implementării acestor reglementări și procese. Aceasta include conducerea participativă și parteneriate cu toate părțile implicate.

Competențe profesionale în îngrijirea vârstnicilor: dezvoltare și certificare (Grecia et al.)

Acest proiect Leonardo da Vinci al UE a abordat deficitul de formare și certificare profesională a furnizorilor de îngrijire pentru vârstnici în sectoarele îngrijirii la domiciliu și rezidențiale din Grecia și alte țări UE. Acest deficit a fost eliminat prin introducerea calificării distincte „Certificat ECV” în cadrul unui sistem de educație și instruire profesională (EIP) la nivel postliceal și preuniversitar (ISCED 4VOC). Certificarea se bazează pe recunoașterea competențelor dobândite în mediul de formare profesională non-formală și formală și vizează să ofere personalului calificări adecvate și să atragă nou-veniți, de pildă lucrători în

îngrijire migranți, în sectorul îngrijirii vârstnicilor din întreaga Europă. Programul pilot a inclus locuri supervizate de formare practică în două cămine de bătrâni, formând astfel un nucleu de formatori. Programul este disponibil gratuit îngrijitorilor informal și lucrătorilor în îngrijire migranți care doresc să-și perfecționeze competențele de acordare a îngrijirii. Programa e-learning ECVC constă din (a) programul web ECV e-learning și (b) seminarii care suplimentează cunoștințele de bază asigurate de ECV. Programul asigură cunoștințe teoretice și experiență practică într-o diversitate de teme relevante. Acestea se întind de la cunoștințe de bază despre patologii specifice vârstnicilor, competențe de îngrijire de bază și prim-ajutor până la mobilitate și participare socială (Triantafillou, 2011).

Implementarea serviciului de „asistență personală” în furnizarea de îngrijire de lungă durată în România poate reprezenta un factor important pentru extinderea ocupării forței de muncă în acest sector și pentru recrutarea de îngrijitori dincolo de sfera îngrijirii familiale. O recunoaștere mai formală a competențelor și formării ulterioare ar putea sprijini o asemenea strategie. În același timp, totodată, va fi nevoie de alte mecanisme pentru a preveni migrarea îngrijitorilor către munca în străinătate. Trebuie descoperite noi tipuri de stimulente și grupuri noi de potențiali lucrători, pentru a întrerupe acest cerc vicios. O opțiune ar fi apelarea într-o măsură mai mare la pensionari mai tineri care să lucreze cu normă redusă ca îngrijitori în comunitățile lor. Strategia ar asigura slujbe populației mai vârstnice, dintre care multe ar fi de preferat să aibă regim de normă redusă. De asemenea, oportunitățile sociale asociate îngrijirii vârstnicilor vor fi probabil prețuite de pensionarii mai tineri. În sfârșit, este puțin probabil ca această strategie să stimuleze și mai mult emigrația.

Rezumând, România se confruntă cu o provocare majoră în recrutarea, instruirea și păstrarea numărului necesar de personal cu abilități și calificări relevante. Recent, multe ONG-uri au avut un rol determinant în furnizarea de formare pentru îngrijitori, însă sistemul se confruntă cu „scurgeri” semnificative de absolvenți către alte țări UE în care există o cerere mare de servicii de îngrijire, retribuite cu salarii mult mai mari. În prezent, numărul de asistente din România reprezintă doar jumătate din numărul mediu de asistente 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 pentru a face față acestor provocări. Apelarea într-o măsură mai mare la pensionari mai tineri care să lucreze cu normă redusă ca îngrijitori poate reprezenta una dintre opțiunile interesante de explorat.

F. Finanțare

În absența unui sistem complet de îngrijire de lungă durată în România, serviciile și facilitățile de sănătate și asistență socială în curs de apariție destinate vârstnicilor sunt finanțate din impozitele generale prin intermediul a diferite surse la nivel județean și local (asistență socială și asigurări de sănătate). Contribuțiile compensatorii de la nivel național, precum și plățile și donațiile din fonduri proprii ale utilizatorilor suplimentează aceste fluxuri financiare destinate îngrijirii de lungă durată (Tabelul 5.6).

În 2011, cheltuielile publice totale ale României pentru îngrijirea de lungă durată s-au situat la 0,69% din PIB (Eurostat). Media OCDE este de 1,7% din PIB, incluzând componentele sociale și de sănătate (indicatorii OCDE din 2013). Există o variație mare a acestui indicator de la o țară la alta, Olanda și Suedia cheltuind cele mai mari sume, 3,7% și respectiv 3,6% din PIB.

În România, statistica privind cheltuielile cu îngrijirea de lungă durată include toate cheltuielile pentru persoanele cu dizabilități și nevoile de îngrijire de lungă durată la orice vârstă. Dificultatea separării cheltuielilor între cele pentru persoanele cu dizabilități și cu vârstă de muncă și cele pentru vârstnici provine din faptul că vârstnicii în mod obișnuit nu sunt eligibili pentru prestațiile în numerar. Totuși, dacă o persoană vârstnică se califică conform legislației privind handicapul ca persoană cu dizabilități, aceasta poate primi dreptul la o „indemnizație de însoțitor”, în valoare de 166 RON pe lună pentru handicap grav, plus un „buget personal complementar”, care este de 91 RON, 68 RON și respectiv 33,5 RON pentru cele trei categorii de handicap. Se estimează că cel puțin o treime dintre cei 542.000 de beneficiari ai indemnizației de însoțitor și dintre cei 659.000 de beneficiari ai „bugetului personal” au vârste de peste 65 de ani (MMFPSPV, 2012; Popescu, 2011: 139).

Finanțarea îngrijirii rezidențiale pentru vârstnici

Facilitățile rezidențiale publice sunt finanțate din impozitele generale de Consiliile județene sau locale și din contribuțiile din fonduri proprii ale rezidenților. Consiliile județene plătesc pentru personalul de întreținere, administrativ și de asistență socială, iar filialele județene ale asigurărilor de sănătate plătesc pentru personalul medical și de asistență. Beneficiarii înșiși plătesc 60% din venit pentru a acoperi costurile meselor și cazării, al căror preț este determinat de Consiliile locale. Dacă venitul rezidentului nu este suficient, rudele cu un venit de peste 800 RON pe lună trebuie să contribuie și ele. În medie, contribuțiile utilizatorilor acoperă circa o treime din costurile totale ale îngrijirii rezidențiale, în timp ce cheltuielile publice achită 58%, iar alte surse precum donațiile completează structura mixtă a finanțării.

Facilitățile rezidențiale conduse de ONG-uri au de asemenea dreptul la subvenții de la bugetul local sau de stat. Totuși, aceste subvenții nu acoperă mai mult de 10-20% din costurile totale care însumează circa 1.900 RON per rezident pe lună (informație preluată de la Caritas). Acest aspect este reflectat și în Tabelul , care oferă o privire de ansamblu asupra surselor de finanțare din îngrijirea rezidențială, prezentând combinații destul de diverse de finanțare între furnizorii publici și ONG-uri. De exemplu, în timp ce contribuțiile utilizatorilor acoperă 56% din costurile totale din căminele de bătrâni asigurate de ONG-uri, ele acoperă doar 15% în cazul căminelor de bătrâni administrate de consiliile județene. Mai mult, ONG-urile acoperă circa un sfert din costurile totale din contribuții proprii și externe (strângeri de fonduri, donații etc.).

În prezent este implementat un program de interes național cu un buget de 100 milioane RON pentru a dezvolta „rețeaua națională de cămine pentru vârstnici”. Bugetul este utilizat pentru modernizarea și/sau (re-)construirea unui total de 67 de cămine de bătrâni (Hotărârea de Guvern din 27.01.2014; inițial Hotărârea de Guvern nr. 212/2011).

Există, de asemenea, mai multe cămine de bătrâni private cu scopuri comerciale, care nu sunt nici subvenționate, nici reglementate de autoritățile publice. Costurile pentru un loc în

aceste facilități încep de la 3.000 RON pe lună și trebuie suportate doar de rezidenți și/sau de familiile acestora.

Tabelul 5.6 Surse de finanțare a facilităților de îngrijire rezidențială, 2012

	<i>Publice (furnizate de Consiliul județean)</i>		<i>Publice (furnizate de Consiliul local)</i>		<i>Furnizate de ONG-uri</i>	
	RON	%	RON	%	RON	%
Bugetul Consiliului local sau județean	41.436.551	78%	43.822.699	60%	3.235.646	6%
Subvenții de stat	3.041.247	6%	8.729.012	12%	4.038.585	7%
Contribuții din fonduri proprii ale utilizatorilor	8.075.215	15%	19.181.046	26%	31.156.251	56%
Resurse proprii (ONG-uri)	-	-	-	-	10.261.394	18%
Surse externe	-	-	-	-	4.270.959	8%
Altele	505.317	1%	994.584	1%	2.577.372	5%
Total	53.058.330	100%	72.727.343	100%	55.540.207	100%
Nr. mediu de rezidenți pe lună	2.051		4.434		3.057	

Sursa: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014; prelucrare proprie.

Finanțarea îngrijirii formale la domiciliu pentru vârstnici

Îngrijirea cu asistență la domiciliu după un episod acut este finanțată de fondul de asigurări de sănătate pentru o perioadă maximă de 90 de zile pe an. Îngrijirea la domiciliu, incluzând atât servicii de asistență cât și servicii de menaj, este furnizată în principal de ONG-uri care sunt parțial rambursate prin subvenții de la consiliile locale, pe baza unei subvenții maxime per client pe lună determinate pe plan local. În acest fel se creează o gamă largă de modele de finanțare diferite, organizațiile furnizoare non-profit fiind nevoite să găsească modalități de a acoperi diferențele dintre costurile integrale și diversele niveluri ale subvențiilor. Tabelul 5.4 prezintă unele exemple de la organizațiile Caritas.

Tabelul 5.4 Structura de finanțare a anumitor furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu

<i>Județ</i>	<i>Cost total/lună/beneficiar</i>	<i>Acoperită de subvenții</i>	<i>Fonduri proprii/private</i>
	<i>Îngrijire la domiciliu</i>	<i>(RON)</i>	

	(RON)		(RON)
Alba	212	85	127
Sibiu	212	115	97
Iași	155	93	62

Surse: Caritas Blaj, Caritas Iași; Notă: suma maximă din subvenții este de 120 RON/beneficiar/lună.

Tabelul 5.5 prezintă structura cheltuielilor publice pentru îngrijirea la domiciliu care provin din diverse surse și acoperă costurile furnizorilor publici și ale subvențiilor pentru ONG-uri. Între acești furnizori diferiți pot fi observate, de asemenea, condiții inegale. De exemplu, deși contribuțiile utilizatorilor acoperă 10% din costurile serviciilor furnizate de ONG-uri, nicio contribuție sau aproape nicio contribuție a utilizatorilor nu se regăsește în cadrul pușinelor servicii de îngrijire la domiciliu furnizate de unele consilii județene și locale.

Tabelul 5.5 Surse de finanțare a serviciilor de îngrijire la domiciliu (2012)

	Publice (furnizate de Consiliul județean)		Publice (furnizate de Consiliul local)		Furnizate de ONG-uri	
	RON	%	RON	%	RON	%
Bugetul Consiliului local sau județean	5.233.429	77%	4.236.647	77%	6.296.782	26%
Subvenții de stat	53.104	17%	946.560	17%	6.059.009	25%
Contribuții din fonduri proprii ale utilizatorilor			151.589	3%	2.559.089	10%
Resurse proprii			54.948	1%	3.379.038	14%
Surse externe					2.127.998	9%
Altele			109.001	2%	4.092.185	17%
Total	5.498.745	100%	5.286.533	100%	24.514.101	100%
Nr. mediu de utilizatori pe lună	276		1.708		14.236	

Sursa: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2014; compilație proprie.

Modelul „asistenților personali” – estomparea granițelor dintre îngrijirea formală și cea informală

Vârstnicii cu pierdere totală de autonomie au dreptul la un „asistent personal” care este format și angajat de Consiliul local cu un salariu care este echivalent cu cel al unui asistent social începător. Asistenții personali pot fi, de asemenea, membri ai familiei care își îngrijesc doar propriile rude, în timp ce asistenții personali din afara unei familii lucrează de obicei în diverse gospodării. Deși această abordare a organizării și finanțării îngrijirii din cadrul comunității se bazează pe idiosincrazii și tradiții naționale, ar putea reprezenta o soluție costisitoare. Datele furnizate de Direcția Generală Protecția Persoanelor cu Handicap arată că cheltuielile cu asistenții personali au crescut de la circa 494 milioane RON în 2006 la peste 1.148 milioane RON în 2013, dar ar fi nevoie de date mai concrete privind structura de vârstă a beneficiarilor și a asistenților personali, precum și de studii privind evaluarea formală, pentru a asigura o mai bună înțelegere; abordarea actuală este posibil să fie o soluție costisitoare pentru sistemul ÎLD.

Alte servicii

Cheltuieli minore sunt contractate cu finanțarea puținelor centre de zi și a sejururilor în stațiuni balneoclimaterice care sunt finanțate pentru maxim 19 zile și subvenționate pentru alte 9 zile de către asigurările de sănătate.

Prestații în numerar

Pensionarii vârstnici cu nevoi de îngrijire în general nu sunt eligibili pentru prestațiile în numerar dar, din cauza suprapunerilor cu legislația privind handicapul, aproximativ o treime din persoanele cu vârsta peste 65 de ani primesc și indemnizații de însoțitor și „bugetul personal” complementar. Deși suma individuală de persoană este relativ mică, acoperirea relativ mare determină un procent important din bugetul asigurărilor sociale.

Tabelul 5.6 Cheltuielile publice pentru prestațiile în numerar, 2011

<i>Schema</i>	<i>Suma pe lună per beneficiar (RON)</i>	<i>Cheltuieli publice (în 1.000 RON)</i>	<i>Nr. beneficiari*</i>
Indemnizație de însoțitor pentru adulții cu handicap grav sau accentuat (Indemnizația pentru persoanele cu handicap)	Handicap grav: 202 Handicap parțial: 166	1.156.708,6	543.266
Bugetul personal pentru persoane cu handicap (Bugetul personal complementar)	Handicap grav: 91 Handicap parțial: 68 Handicap mediu: 33,5	564.387,0	661.311
Total		1.721.095,6	

Sursa: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice; Institutul Național de Statistică (2013); compilație proprie.

Notă: inclusiv persoanele cu handicap care nu au împlinit încă vârsta de pensionare.

Având în vedere că actualele cheltuieli pentru ÎLD din România sunt mai mici de 1% din PIB și că previziunile anunță o creștere a cererii pe viitor, va fi inevitabilă revizuirea modurilor de finanțare și o dezbatere generală privind finanțarea ÎLD. După cum se arată în acest capitol, actuala finanțare a ÎLD din România provine din transferuri din impozitele generale și din fondurile asigurărilor de sănătate, precum și din contribuții ale administrației locale și din contribuții private. Deși sunt disponibile unele date, multe încă lipsesc, ceea ce nu permite o analiză mai completă, de asemenea împiedicată și de poziția nedefinită a ÎLD între sectoarele sănătate și asistență socială și de administrarea lor la niveluri multiple. Prin urmare, o parte importantă din elaborarea strategiei din România constă din revizuirea opțiunilor de finanțare a ÎLD și din conceperea combinației de prestații în numerar și în natură. Deși definirea prestațiilor ÎLD ar constitui un prim pas, decizia în favoarea sau împotriva unei acoperiri universale, care ar fi cea mai echitabilă soluție, va avea, de asemenea, importante implicații privind costurile. Alegerile privind finanțarea ÎLD vor depinde atunci în mod esențial de opțiunile preferate privind nivelurile de prestații și de acoperire (a se vedea BM, 2010).⁵¹

Experiența din țările OCDE arată că serviciile de ÎLD pot fi costisitoare, generând o povară financiară pentru gospodării și indivizi. Din ce în ce mai mult, țările OCDE promovează recunoașterea ÎLD ca un risc social care necesită o acoperire universală ca „bună practică”. Cu toate acestea, dată fiind creșterea populațiilor vârstnice și reducerea grupului de contribuabili, problemele de sustenabilitate financiară au determinat multe țări să caute modalități alternative.

Prima opțiune este de a finanța așa-numitul „al cincilea risc” din asigurările sociale ca parte a asigurării sociale, precum în Olanda, Germania sau Japonia, cu contribuții partajate între angajați și angajatori. Această abordare va crea fonduri alocate pentru ÎLD, dar va crește costul prestațiilor, în special deoarece forța de muncă în scădere ar trebui să contribuie pentru un număr din ce în ce mai mare de persoane care necesită îngrijire, ceea ce va duce probabil la cote din ce în ce mai mari ale contribuțiilor. Mai mult, nu există nicio legătură clară între ocuparea forței de muncă și nevoile de îngrijire de lungă durată, ceea ce ridică întrebarea dacă această formă de finanțare este cea mai adecvată. În cele din urmă, în cazul Germaniei, prezența asigurării ÎLD nu a reușit să ajute beneficiarii să nu depindă de plăți suplimentare de asistență socială, în special la trecerea la îngrijirea rezidențială, deoarece plățile asigurărilor și

⁵¹ Raportul BM privind Politicile de îngrijire de lungă durată pentru populațiile vârstnice în noile state membre UE și în Croația oferă o excelentă privire de ansamblu asupra provocărilor și oportunităților legate de finanțarea ÎLD.

propriile venituri și economii ale beneficiarilor adesea nu sunt suficiente pentru acoperirea costurilor totale.

Cea de-a doua opțiune de finanțare este de a acoperi parțial costurile ÎLD din impozitele generale, precum în Austria (indemnizație ÎLD), Franța (Allocation personnalisée d'autonomie/APA) și țările nordice, unde impozitele generale sunt folosite pentru a finanța mai ales serviciile în natură. Acest tip de finanțare este relativ flexibil și bazat pe contribuțiile de solidaritate ale întregii populații (în funcție de conceptul general al sistemului fiscal). Deși indemnizația ÎLD din Austria este concepută ca o prestație care să compenseze parțial cheltuielile care țin de ÎLD (conform celor șapte niveluri de nevoi de îngrijire) fără nicio condiție privind utilizarea sa, indemnizația franceză APA seamănă mai mult cu un sistem de cupoane, deoarece utilizarea serviciilor conform unui plan de îngrijire individual trebuie justificată cu exactitate.

Ambele tipuri de finanțare din Europa Occidentală, cu excepția Olandei, fac în continuare obiectul unor importante contribuții individuale din fonduri proprii. Doar finanțarea universală, bazată pe impozite, a ÎLD, stabilită în țările nordice, a reușit să reducă substanțial plățile individuale pentru serviciile și facilitățile ÎLD, cu prețul unei direcționări extrem de drastice a fondurilor către grupurile cu cele mai mari nevoi de îngrijire (Kröger, 2011). În unele cazuri, de pildă al Franței, finanțarea din impozitele generale sau din asigurările sociale poate fi completată din asigurările private. În Franța s-a dezvoltat o piață relativ mare pentru asigurările private aferente ÎLD, în principal datorită unor importante subvenții și stimulente fiscale care susțin „favorizarea clasei de mijloc”. În prezent, Franța are, proporțional, cea mai mare asigurare privată pentru ÎLD, cu 3 milioane de titulari de polițe în 2007, deși acesta este un procent mic prin comparație cu piața potențială de aproximativ 14 milioane de persoane cu vârsta peste 60 de ani din Franța. Sistemul a fost inaugurat în 1980 și oferă o prestație în numerar lunară garantată în cazul dependenței (măsurată pe scara AGGIR cu șase niveluri de dependență).

Spre deosebire de SUA, care are o schemă de asigurări similară, Franța plătește o prestație cu sumă fixă, iar titularii de polițe au posibilitatea de a alege instituția, având inclusiv opțiunea de a rămâne la domiciliu și de a achiziționa îngrijire la domiciliu. În SUA, serviciile sunt rambursate, ceea ce complică lucrurile. Prestația aferentă schemei franceze este plătită pentru a finanța un pachet specific de servicii, stabilit de o echipă de profesioniști, în funcție de nevoile date de dependență. Utilizarea prestației este reglementată și monitorizată, îngrijirea poate fi furnizată de profesioniști sau de rude, cu excepția soțului/soției. Asigurarea privată pentru îngrijirea de lungă durată se confruntă, de asemenea, cu principalele obstacole întâlnite de orice asigurare, precum riscul moral și selecția negativă. Totuși, în Franța, cercetările au demonstrat, de asemenea, că o mare parte din acoperire poate fi explicată prin comportamentul altruist; în special titularii de politică au răspuns dorinței de a reduce povara pentru potențialii îngrijitori formali. Parteneriatele public-private pot fi opțiuni care să merite o explorare mai amănunțită (Le Bihan și Martin, 2011).

O altă opțiune inovatoare de completare a resurselor financiare ale sistemului de îngrijire de lungă durată este de a folosi valorificarea timpului, în cadrul căreia indivizii pot contribui

cu timpul lor, inclusiv furnizând îngrijire de lungă durată și apoi pot pretinde dreptul la aceleași servicii sau la servicii diferite furnizate de alții, de exemplu peste alți câțiva ani, când ei înșiși au nevoie de îngrijire de lungă durată. În ultimii câțiva ani au apărut mai multe inițiative în căutarea de căi inovatoare de a redistribui timpul și competențele individuale într-un mod ne-monetar, de asemenea cu scopul de a face implicarea civică mai atractivă pentru anumite grupuri sociale și pentru a crește vizibilitatea economiei de alt tip decât cea de piață. „Valorificarea timpului este un instrument de consolidare a comunităților și de acumulare de capital social prin coproducție” (www.timebanking.org). În diverse contexte locale, acest sistem de valorificare a timpului a prins contur, incluzând anumite tipuri de sprijin pentru persoanele cu nevoi de îngrijire de lungă durată.

Importante contribuții la dezbaterile privind finanțarea ÎLD (a se vedea și Costa-Font, 2011; Barr, 2010; Fernandez & Forder, 2012; Wanless, 2006) subliniază faptul că ÎLD este un risc social caracterizat de imprevizibilitate, inconsecvențe actuariale, probleme de informare pe piețele de asigurări și incapacitatea indivizilor de a lua decizii în cunoștință de cauză. Totodată, costurile individuale în cazul nevoilor de ÎLD variază imens și, în multe cazuri – în condițiile cadru actuale din majoritatea țărilor – vor implica subasigurarea și/sau necesitatea de a lichida toate bunurile. Drept urmare, o parte importantă a cheltuielilor publice va fi mereu necesară, fie sub forma unei asigurări sociale, fie pe baza impozitelor generale. Cu toate acestea, sistemele ar trebui să încerce să facă contribuțiile individuale de-a lungul duratei de viață mai transparente și mai fezabile din punct de vedere tehnic, de exemplu definind un prag pentru contribuțiile individuale din fonduri proprii, de pildă orientat către costul mediu al ÎLD pentru un an (Wanless, 2006).

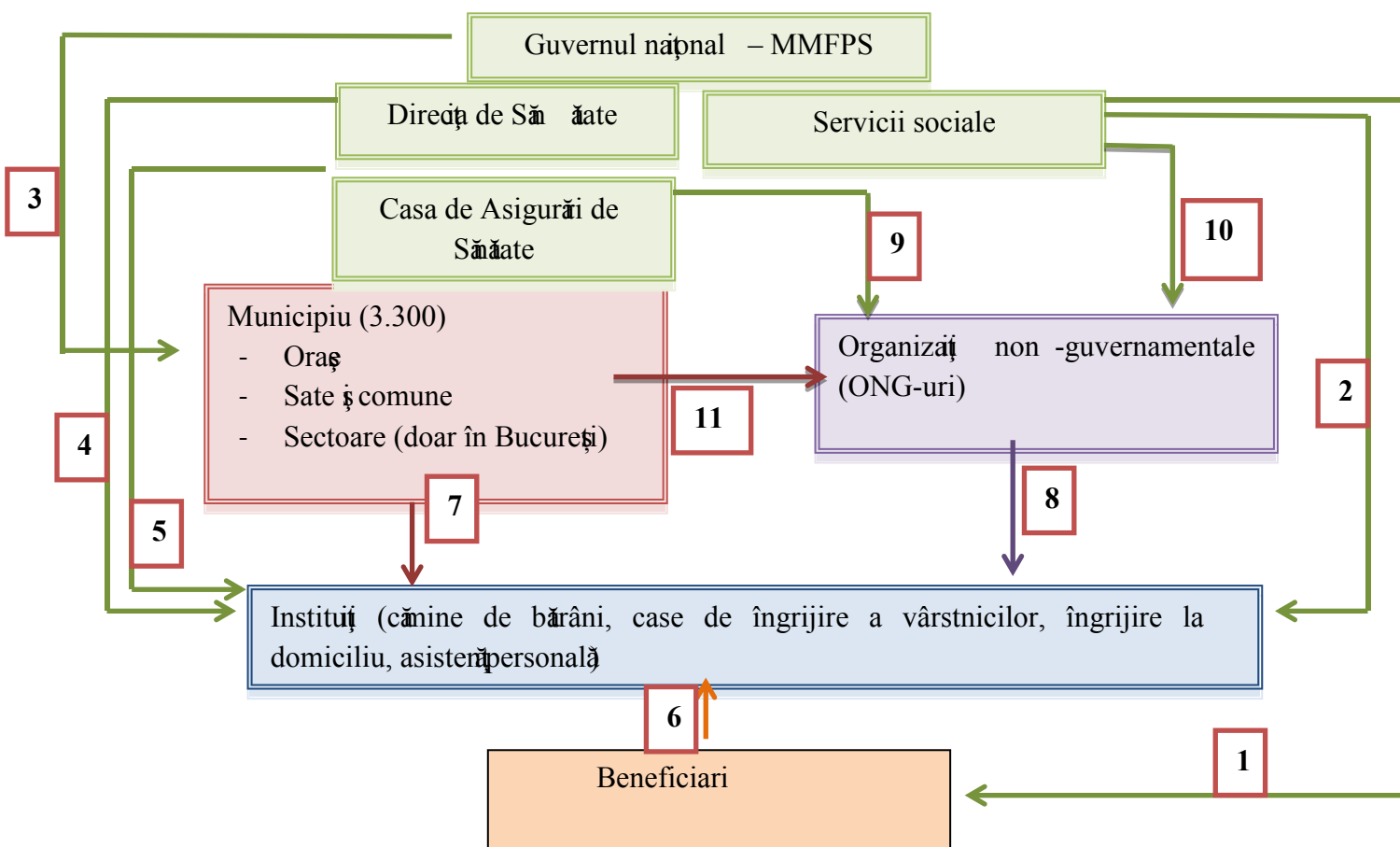
Ca și pas următor, dezbaterile de politici trebuie să se axeze pe organizarea ÎLD și pe combinația corespunzătoare între prestațiile în numerar și cele în natură. Combinația preferată va depinde de condițiile prealabile contextuale, de construcția generală a sistemelor de protecție socială, precum și de considerente etice și culturale. De exemplu, în timp ce unele țări au dezvoltat ÎLD ca modalitate de a stimula angajarea (femeilor), altele au insistat asupra răspunderii familiilor.

- **În general, dezbaterile de politici privind reformele de finanțare a ÎLD trebuie să ia în considerare următoarele aspecte (din BM, 2010):** dezvoltarea unei finanțări ÎLD universale ar trebui să se bazeze pe conceptul de sustenabilitate fiscală inter-generații.
- Înainte de extinderea pachetelor ÎLD, trebuie asigurată eficiența acestora. Opțiunea de finanțare aleasă ar trebui să permită controlul cererii de servicii și canalizarea de fonduri către tipurile de servicii adecvate între îngrijire la domiciliu, coordonarea îngrijirii, centrele comunitare și îngrijirea instituțională.
- Este important să se valorifice în mod proactiv reformele de furnizare a serviciilor ÎLD și angajamentul cu furnizorii privați prin intermediul schimbărilor din mediul de reglementare.

- Monitorizarea cheltuielilor și tendințelor aferente ÎLD, inclusiv analiza poverii ÎLD asupra gospodăriilor familiale și a mecanismelor de gestionare de către gospodăria, este esențială.

Pentru a concluziona, cheltuielile publice totale ale României pentru îngrijirea de lungă durată s-au situat la 0,69% din PIB în 2011. Facilitățile rezidențiale sunt finanțate din impozitele generale de către Consiliile județene sau locale și din fonduri private, existând o mare varietate a finanțării, ce include facilități publice și cele conduse de ONG-uri. Îngrijirea cu asistență la domiciliu după un episod acut este finanțată complet de asigurările de sănătate pentru primele 90 de zile, după care serviciile de îngrijire pot fi furnizate de un ONG sau pot fi finanțate prin subvenții publice și fonduri private. Modelul „asistentului personal” care a fost utilizat în România este finanțat complet din fonduri publice și tinde să fie o soluție costisitoare, deși este necesară o analiză aprofundată. În final, prestațiile în bani, care includ indemnizații de însoțitor și „bugetul personal” complementar, implică sume mici de bani pentru un grup relativ larg de beneficiari, având ca rezultat costuri substanțiale pentru bugetul asigurărilor sociale. În continuare, vor trebui luate decizii privind modul în care trebuie ajustată combinația actuală de finanțare, modul de a strânge resurse suplimentare și modul de a face modelul de finanțare compatibil cu nivelurile preferate ale prestațiilor, regulile privind eligibilitatea prestațiilor, precum și stimulente corespunzătoare.

Fluxul de fonduri aferente îngrijirii de lungă durată din România



1: Pensii pentru limita de vârstă

2: Plăți directe către instituții pentru îngrijire;

3: Transfer național către municipalități – alocat doar pentru îngrijirea copiilor cu handicap, alte bugete nealocate, alocare la discreția municipalității;

4: Plăți îngrijiri medicale

5: Maxim 90 de zile de îngrijire la domiciliu și cheltuieli medicale;

6: Contribuții proprii din pensie și contribuții din partea familiei, dacă aceasta este insuficientă

7: Bugetul local al municipalității finanțează costurile operaționale (resurse umane, electricitate, hrană etc.);

8: Donații, fonduri private; ONG-urile au și ele instituții cu administrare proprie

9/10/11: Subvenții de la bugetele locale și de stat

Capitolul 5 Bibliografie

Briciu, C. și F. Costea (2013) *Serviciile de îngrijire la domiciliu din România*. Document cu comentarii întocmit pentru evaluarea de către omologi în cadrul programului de protecție socială și incluziune socială, evaluarea de către omologi a priorităților din reforma serviciilor de îngrijire, Suedia; disponibil la: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=1903&furtherNews=yes>, ultima accesare: 17/4/2014.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice (2010) *Reglementarea, organizarea și funcționarea sistemului național de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice*. București: Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice – disponibil la: <http://www.seniorinet.ro/download/vrs/IDcarte/26>; ultima accesare: 16/4/2014.

Ministerul Federal al Familiei, Cetățenilor Vârstnici, Femeilor și Tineretului și Ministerul Federal al Sănătății (2007) *Charter of Rights for People in Need of Long-term Care and Assistance* (Carta drepturilor persoanelor care necesită îngrijire și asistență de lungă durată). Berlin: BMFSFJ/BMG – disponibil la: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Die_Charta_in_Englisch.pdf, ultima accesare: 10/4/2014.

Platforma AGE Europa (coordonator) (2010) *Carta europeană a drepturilor și responsabilităților persoanelor vârstnice care necesită îngrijire și asistență de lungă durată*. Bruxelles: Platforma AGE Europa – disponibilă la: http://www.age-platform.eu/images/stories/22204 AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf, ultima accesare: 10/4/2014.

Campbell, L. și L. Wagner (2011) *Rehabilitation and prevention at home* (Reabilitarea și prevenția la domiciliu), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 10 aprilie 2014.

Ceruzzi, F. (2011) *Integrated access point for older people* (Punct integrat de acces pentru vârstnici), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 10 aprilie 2014.

Emilsson, T. (2011) *Incentives to avoid delayed hospital discharges* (Stimulente pentru a evita amânarea externării din spital), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 10 mai 2012.

Centrul European din Viena (2013) *Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results* (Indicele îmbătrânirii active 2012, concept, metodologie și rezultate finale). Raport înaintat Comisiei Europene, Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Incluziune și Unității de Populație, UNECE, http://www.euro.centre.org/aa_i, data accesării: 23 aprilie 2014.

Comisia Europeană (2007) Sănătatea și îngrijirea de lungă durată în Uniunea Europeană. Eurobarometrul special 283/ Wave 67.3 – TNS Opinion & Social

Glasby, J. (2011a) Care Trusts: structural integration of health and social care (Trusturile de îngrijire: integrarea structurală a sănătății și asistenței sociale), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 3 aprilie 2014.

Guvernul României (2008) *Raportul despre strategia națională privind protecția socială și incluziunea socială*. București: Guvernul României, disponibil online la: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2563&langId=en>, ultima accesare: 14/4/2014.

Hammar, T. (2011) Integrated home care and discharge practice for home care clients (PALKOmodel) (Practici integrate de îngrijire la domiciliu și externare din spital pentru clienții îngrijirii la domiciliu (modelul PALKO)), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 23 aprilie 2014.

Hansen, E.B. (2011) Assisted living and social housing for older people with long-term care needs (Locuirea asistată și locuințele sociale pentru vârstnicii cu nevoi de îngrijire de lungă durată), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 3 aprilie 2014.

Huijbers, P. (2011) Neighbourhood care: better home care at reduced cost (Îngrijirea la nivel de cartier: o mai bună îngrijire la domiciliu cu cost redus), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 22 aprilie 2014.

Leichsenring, K., Billings, J. și H. Nies (redactori) (2013) *Long-term care in Europe – Improving policy and practice* (Îngrijirea de lungă durată în Europa – Îmbunătățirea politicii și practicii). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Leichsenring, K. (2011b) The E-Qalin quality management system (Sistemul E-Qalin de managementul calității), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 9 aprilie 2014.

Møller Andersen, L. (2011) A process of using electronic communication between hospital and municipality: SAM:BO (Un proces de utilizare a comunicării electronice între spital și municipalitate: SAM:BO) <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 10 aprilie 2014.

Ministerul Muncii (2013) Date privind îngrijirea la domiciliu, îngrijirea de zi și facilitățile de îngrijire rezidențială 2012, fișier de date.

Ministerul Muncii (2013) Raport statistic privind activitatea M.M.F.P.S.P.V. în domeniul asistenței sociale, 1 ianuarie - 30 septembrie 2013, disponibil la <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/725-raportari-privind-incluziunea-sociala>, ultima accesare: 15/4/2014.

Ministerul Muncii (2009) Raport statistic privind activitatea M.M.F.P.S.P.V. în domeniul incluziunii sociale, în anul 2009, disponibil la <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/725-raportari-privind-incluziunea-sociala>, ultima accesare: 15/4/2014.

Institutul Național de Statistică (2013) *Anuar statistic 2012*, disponibil la: <http://www.insse.ro>.

Nicoară, P.C. și A.D. Rebeleanu (2012) Analiza eficienței costurilor în centrele rezidențiale pentru vârstnici din România. Un studiu de caz din județul Cluj, lucrare prezentată la cea de-a X-a Conferință aniversară ESPANet, Edinburgh, 6-8 septembrie 2012.

OCDE (2005) *Long-Term Care for Older People* (Îngrijirea de lungă durată pentru vârstnici). Paris: OCDE.

OCDE (2013) Country notes: recent changes in migration movements and policies (Note de țară: schimbările recente din mișcările migratorii și politicile privind migrația). România, disponibile la: www.oecd.org/migration/imo, ultima accesare: 15/4/2014.

Overmars-Marx, T. (2011) Olanda: ‘Living comfortably in Menterwolde’: Integration of health and social services in the local community for people who need care („Traiul confortabil în Menterwolde”: Integrarea serviciilor sociale și de sănătate în comunitatea locală pentru persoanele care necesită îngrijire), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 3 aprilie 2014.

Pop, L. (2013) Decuplarea reformelor de politici sociale din România, *Politică socială & Administrație*, 47(2), 161–181.

Popa, D. (2010) *Sistemul de îngrijire de lungă durată pentru vârstnicii din România*. Bruxelles: CEPS (Raport de cercetare ENEPRI nr. 85) – disponibil la : <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>, ultima accesare: 14/02/2014.

Triantafillou, J. (2011) Elderly Care Vocational Skill Building and Certification: ECVC (Dezvoltarea și certificarea competențelor profesionale în îngrijirea vârstnicilor: ECVC) <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 22 aprilie 2014.

Vladu, C. (2001) „Promovarea îngrijirii la domiciliu în România: Cazul Fundației pentru Servicii de Îngrijire Comunitară”, în: Learning & Innovations Institute (red.) *Democracy and Active Citizen Engagement*. (Democrația și implicarea activă a cetățenilor) St. Andrews, CAN, Coady International Institute, pg. 74-81.

Vlădescu, C., Scîntee, G., Olsavszky, V., Allin, S. și P. Mladovsky (2008) România: Analiza sistemului de sănătate. *Sisteme de sănătate în tranziție*; 10(3): 1-172:

Vlădescu, C. și V. Olsavsky (2009) Migrația asistentelor: Cazul României; *Management in Health* (Managementul în domeniul sănătății), 4: 12-16.

Weigl, B. (2011) Dialogues of health and care related sectors at the local level (Dialoguri între sectoarele aferente sănătății și îngrijirii la nivel local), <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, data accesării: 10 aprilie 2014.

OMS (2000) *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care for the Ageing* (Către un consens internațional asupra politicii privind îngrijirea de lungă durată a populației vârstnice). Geneva: Organizația Mondială a Sănătății și Milbank Memorial Fund.