Propuneri de măsuri de politică publică destinate reducerii excluziunii sociale a persoanelor vârstnice din România

AMASE: A MULTIDIMENSIONAL APPROACH TO SOCIAL EXCLUSION IN LATER LIFE – HEALTH CONSEQUENCES FOR AGEING POPULATIONS

Norway grants
AMASE
uefiscdi
Universitatea din București
OSLOMET
Oslo Metropolitan University
Norwegian Social Research NOVA
ICUB
Research Institute of the University of Bucharest

Propuneri de măsuri de politică publică destinate reducerii excluziunii sociale a persoanelor vârstnice din România (domeniile îngrijire de lungă durată, sănătate şi pensii)

Institutul Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale – INCSMPS

Dr. Mihaela Ghența, CSI

Dr. Aniela Matei, CS I

2023

AMASE

Cuprins

Acronime..... 3

Introducere 4

Metodologia de elaborare a propunerilor de măsuri de politică publică..... 4

Rezultatele obținute prin aplicarea metodologiei 6

Set de măsuri de politică publică destinate reducerii excluziunii sociale a persoanelor vârstnice în România 13

Domeniul ÎNGRIJIRE DE LUNGĂ DURATĂ 13

Domeniul SĂNĂTATE.....18

Domeniul PENSII.....23

Bibliografie 25

Acronime

ACAV	Anchetă asupra Calității Vieții
ADIV	Asociația Directorilor Instituțiilor pentru Vârstnici
CNOPPV	Consiliului Național al Organizațiilor de Pensionari și al Persoanelor Vârstnice
ESN	European Social Network
ETHOS	Typology on Homelessness and Housing Exclusion
ICUB	Institutul de Cercetare al Universității din București
ÎLD	Îngrijire de lungă durată
IMM	Întreprinderi mici și mijlocii
INCSMPS	Institutul Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale
MMSS	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale
NO	Norvegia
NOVA	Norwegian Social Research
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	Organizație non-guvernamentală
OsloMet	Oslo Metropolitan University
P	Partener
PNRR	Planul Național de Redresare și Reziliență
RO	România
SPAS	Serviciu public de asistență socială
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe

Introducere

Acest document prezintă un set de propuneri de măsuri de politică publică destinate reducerii excluziunii sociale a persoanelor vârstnice în România. Măsurile propuse sunt rezultatul aplicării unei metodologii dezvoltate în cadrul Pachetului de lucru 4 al proiectului *AMASE: A multidimensional approach to social exclusion in later life – health consequences for ageing populations* project, proiect finanțat prin Mecanismul Financiar NO 2014-2021, contract nr. 16/2020.

Proiectul AMASE este implementat de un consorțiu coordonat de Institutul de Cercetare al Universității din București din care fac parte OsloMet Norvegia prin intermediul Norwegian Social Research (P1) și Institutul Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale România (P2), în perioada 2020-2024. Pachetul de lucru 4 a fost coordonat de către Institutul Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale - INCSMPS.

Scopul proiectului AMASE îl constituie, pe de o parte, dezvoltarea cunoștințelor bazate pe cercetare în România și Europa cu privire la natura multidimensională a excluziunii sociale la vârste înaintate și consecințele acesteia asupra sănătății mintale și fizice a adulților în vârstă, iar pe de altă parte, identificarea implicațiilor de politică socială care țin cont de contextul național din România și identificarea strategiilor de creare a condițiilor care să minimizeze excluziunea socială a grupurilor defavorizate.

În cadrul Pachetului de lucru 4 *Policy analysis and recommendations* obiectivele în domeniul politicilor sociale au în vedere:
1. Să analizeze sistemele de protecție socială destinate persoanelor în vârstă, cu accent principal pe îngrijire de lungă durată, sănătate și pensii în Norvegia și România.
2. Să analizeze cele mai bune practici de incluziune socială din Norvegia pentru grupurile vulnerabile în vârstă (luând în considerare, dar fără a se limita la grupurile vulnerabile identificate pentru contextul românesc) și să evalueze transferabilitatea acestora în România.
3. Să definească o serie de propuneri de măsuri de politică publică destinate a contribui la reducerea excluziunii sociale a persoanelor vârstnice în România.

Demersurile implementate în cadrul proiectului iau în considerare faptul că excluziunea socială este un concept multidimensional (Walsh et al., 2017), iar acțiunile de minimizare a excluziunii sociale sunt cruciale în abordarea nevoilor privind serviciile de sănătate ale tuturor și, în special ale grupurilor marginalizate (Wilkinson & Marmot, 2003).

Metodologia de elaborare a propunerilor de măsuri de politică publică

Metodologia de elaborare a propunerilor de măsuri de politică publică s-a bazat pe utilizarea unui mix de metode (calitative și cantitative), aplicate de cercetătorii din România și Norvegia implicați în acest proiect, în perioada 2020-2023 (Institutul Național de Cercetare Științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale - INCSMPS și OsloMet Norvegia):

1. **Analiza politicilor în domeniile îngrijire de lungă durată, sănătate și pensii (Norvegia şi România)**

În cadrul analizei politicilor în domeniile îngrijire de lungă durată, sănătate și pensii au fost identificate şi analizate:

- rapoartele naționale și europene privind sistemele de ÎLD, sănătate și pensii;
- strategii și reglementări juridice care descriu politicile naționale în aceste domenii;
- reformele și tendințele în elaborarea politicilor naționale, precum și dimensiunea actuală a nevoilor de protecție socială**.**

2. Bune practici în domeniile îngrijire de lungă durată, sănătate şi pensii (Norvegia) – identificare şi selecţie

Pașii urmați pentru identificarea și selectarea bunelor practici în reducerea excluziunii sociale a persoanelor vârstnice au implicat:

(1) Definirea criteriilor metodologice de selectare a bunelor practici (protocol de cercetare)

- Au fost aplicate următoarele criterii de selecție pentru identificarea bunelor practici dezvoltate în Norvegia: a. Bunele practici vizează incluziunea socială a persoanelor în vârstă și pentru care informațiile disponibile sunt suficiente pentru a evalua efectele la nivel macro, mezo și micro; b. Bunele practici sunt din ultimii 5 ani; c. Cel puțin o componentă a inițiativei a fost replicată la nivel local sau național.
- Sursele de identificare a bunelor practici au constat în: a. baze de date europene care conțin informații despre proiectele implementate în domeniul îmbătrânirii, excluziunii sociale, serviciilor sociale și socio-medicale pentru persoanele vârstnice, accesibilității spațiilor publice urbane și rurale; b. site-urile web ale ministerelor care se ocupă de gestionarea problemelor sociale din Norvegia; c. baze de date aparținând organizațiilor internaționale (OMS, UNECE) cu informații despre politici și proiecte implementate în țările europene, pe tema persoanelor în vârstă, a procesului de îmbătrânire, a inegalităților sociale; d. baze de date aparținând asociațiilor europene de îngrijitori formali și informali (Eurocarers, ESN) sau organizațiilor europene care reprezintă drepturile persoanelor vârstnice (Age Platform Europe), etc. e. alte surse.

(2) Selectarea bunelor practici

1. P1 - NOVA a derulat procesul de identificare a bunelor practici pentru fiecare domeniu,
2. P2 - INCSMPS a analizat bunele practici și potențialul lor de transfer în România.

3. Exerciţiu Policy Delphi

Metoda Policy Delphi este utilizată în general pentru a studia diferite probleme sociale folosind aceleași principii ca și o metodă Delphi clasică și vizează generarea de măsuri/politici alternative printr-un dialog structurat care încurajează exprimarea opiniilor convergente între experți. Metoda Delphi implică de obicei experți care au fost special selecționați pentru cunoștințele sau implicarea lor în domeniul de aplicare al metodologiei Delphi și care au acceptat anterior să participe. Anonimitatea experților care participă la metodologia Delphi este considerată o trăsătură definitorie a metodei (Rikkonen, 2005; Baker & Moon, 2008). Deși Turoff (1970, 1975), cel care a propus această metodă a oferit îndrumări și sugestii concrete, în practică nu există o abordare standardizată pentru proiectarea și implementarea unui exercițiu Policy Delphi axat pe politici sociale (Von der Gracht, 2008). La finalul exercițiului Delphi se urmărește obținerea unui consens parțial sau total asupra măsurilor generate în timpul acestui exercițiu și supuse dezbaterii (Franklin & Hart, 2007).

Scopul exercițiului Policy Delphi derulat în cadrul proiectului AMASE l-a constituit testarea potențialului de transfer în România a unor măsuri (bunele practici identificate în faza de cercetare documentară) implementate în Norvegia în scopul creșterii gradului de incluziune socială a persoanelor vârstnice din România.

4. Validarea setului de propuneri de măsuri de politică publică în cadrul unui workshop organizat cu participarea experților români participanți la exercițiul Policy Delphi

5. Revizuirea propunerilor și elaborarea setului de măsuri de politică publică destinate reducerii excluziunii sociale a persoanelor vârstnice în România.

Rezultatele obținute prin aplicarea metodologiei

Analiza politicilor în domeniile îngrijire de lungă durată, sănătate și pensii (Norvegia şi România)

Documentele de politică publică identificate au fost analizate după următoarele criterii:

- Obiectivele stabilite în politicile naționale privind îngrijirea de lungă durată, sănătatea și pensiile;
- Descrierea generală a sistemelor din punct de vedere al modului de guvernare, finanțare și organizare; acoperire cu servicii/beneficii, eligibilitate; ultimele reforme și impactul acestora; principalele tendințe și provocări.

Bune practici în domeniile îngrijirii de lungă durată, sănătății și pensiilor (Norvegia) – identificare şi selecție

Procesul de identificare a celor mai bune practici norvegiene pentru fiecare dintre cele trei domenii (îngrijire de lungă durată, sănătate și pensii) a fost efectuat folosind criteriile de selecție. După finalizarea acestui proces, inițiativele selectate au fost analizate în ceea ce privește potențialul de transfer, iar analiza SWOT a fost efectuată de doi cercetători în mod individual. Diferențele în evaluările celor doi cercetători în ceea ce privește potențialul de transfer al bunelor practici, au fost rezolvate printr-o sesiune de consens privind clasificarea într-una din cele trei clase de evaluare a potențialului de transferabilitate: scăzut, mediu și ridicat.

În urma analizei SWOT, din cele 12 bune practici identificate și analizate, o bună practică a fost identificată ca având un potențial scăzut de transferabilitate, cinci au avut un potențial mediu și șase au avut un potențial ridicat de transferabilitate.

Bune practici pentru domeniul ÎLD

Alocația de îngrijire		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	ridicat
- nevoia crescută pentru un astfel de beneficiu	- grad ridicat de dependenţă față de contextul politic şi socio-economic	
Oportunități	**Amenințări**	
- actuala reformă a sistemului ÎLD	- lipsa finanțării	
Alocaţia de locuire (bostøtte)		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	ridicat
- nevoia crescută pentru un astfel de beneficiu	- grad ridicat de dependenţă față de contextul politic şi socio-economic	
Oportunități	**Amenințări**	
- actuala reformă a sistemului ÎLD	- lipsa finanțării	
Prieten în vizită (Norwegian: "Besøksvenn")		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	ridicat
- preexistenţa unor astfel de practici la nivelul furnizorilor de servicii de ÎLD	- interes scăzut din partea autorităților locale	
Oportunități	**Amenințări**	
- posibilitate de finanţare prin fonduri europene	- lipsa resursei umane care să fie atrasă înr-un astfel de program	
Autobuzele roz (Rosa busser)		**Grad de transferabilitate**

Puncte forte	Puncte slabe	ridicat
- preexistenţa unor astfel de practici la nivelul comunităţilor locale - serviciul permite persoanelor în vârstă să-și desfășoare activitățile zilnice în cartierele orașului, previne izolarea socială și stagnarea cognitivă	- fonduri insuficiente	
Oportunități	**Amenințări**	
- posibilitate de finanţare prin fonduri europene	- proceduri birocratice de accesare a fondurilor europene	
Apartamente pentru vârstnici (Omsorg+): The Pastor Fangensvei 22 Seniorhus		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	mediu
- implicarea voluntarilor și activarea solidarității umane, în special în comunitățile mici și mijlocii	- interes scăzut din partea autorităților locale	
Oportunități	**Amenințări**	
- posibilitate de finanţare prin fonduri europene	- dificil de accesat din cauza procedurilor birocratice - angajament politic scăzut și disponibilitate de a gândi în mod inovator cu privier la acest tip de serviciu	

Bune practici pentru domeniul Sănătate

Reforma "Live your hole life"		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	mediu
- necesitatea unui program național care să asigure o societate prietenoasă cu persoanele în vârstă	- număr mare de instituții care ar trebui implicate în dezvoltarea unui astfel de program	
Oportunități	**Amenințări**	
- redefinirea efectivă a următorului ciclu privind strategia privind îmbătrânirea activă în România	- lipsa unor planuri multianuale de finanțare	
Îngrijire stomatologică gratuită pentru persoanele în vârstă bolnave, cu afecțiuni medicale de lungă durată și cu dizabilități, aflate în centre rezidenţiale sau beneficiari de îngrijire la domiciliu		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	ridicat
- vizarea celor mai vulnerabile grupuri din societate, atât în ceea ce privește vulnerabilitățile financiare, cât și cele legate de sănătate	- număr mare de instituții care ar trebui implicate în dezvoltarea unui astfel de program	
Oportunități	**Amenințări**	
- posibilitate de finanţare prin fonduri europene	- proceduri birocratice de accesare a fondurilor europene	
Centre pentru o viaţă sănătoasă ("Frisklivssentral")		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	ridicat
- nevoia de servicii medicale de promovare a unui stil de viață sănătos, dar și de servicii medicale de prevenție	- interes scăzut din partea autorităților locale	
Oportunități	**Amenințări**	
- posibilitate de finanţare prin fonduri europene	- proceduri birocratice de accesare a fondurilor europene	
Bărbaţi în domeniul sănătăţii (Menn i Helse)		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	mediu

- grupa de vârstă avută în vedere pentru cei vizați să participe la acest program (25-55 ani)	- interes scăzut din partea autorităților locale	
Oportunități	**Amenințări**	
- posibilitate de finanţare prin fonduri europene	- proceduri birocratice de accesare a fondurilor europene	
Seniortråkk – o metodă participativă de a identifica nevoile și dorințele persoanelor în vârstă pentru mediul lor de viață		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	nediu
- necesitatea de a identifica nevoile persoanelor în vârstă pe baza metodologiei dezvoltate	- lipsa resurselor umane necesare pentru implementarea unui astfeld e program	
Oportunități	**Amenințări**	
- posibilitate de finanţare prin fonduri europene	- proceduri birocratice de accesare a fondurilor europene	

Bune practici pentru domeniul Pensii

Pensia ocupaţională obligatorie		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	mediu
-completarea veniturilor din pensie la vârsta de pensionare - creșterea calității vieții la locul de muncă în timpul vieții active	- disponibilitate redusă a angajatorilor români pentru implementarea unei astfel de pensii	
Oportunități	**Amenințări**	
- dezvoltarea pensiilor ocupaționale ca modalitate de completare a veniturilor obținute din sistemul public de pensii contribuie la menținerea în ocupare a forței de muncă	- presiuni din partea organizațiilor sindicale	
Încurajarea amânării vârstei standard de pensionare		**Grad de transferabilitate**
Puncte forte	**Puncte slabe**	scăzut
- solicitări din partea anumitor categorii de profesii	- sprijin scăzut din partea populației în vârstă de pensionare	
Oportunități	**Amenințări**	
- reforma efectivă a pensiei publice în RO	- presiuni din partea organizațiilor sindicale	

Exercițiul Policy Delphi

Grup țintă

Grupul țintă pentru această etapă metodologică a fost constituit din 20 de experți români în domeniile ÎLD, sănătate și pensii.

Selecția grupului țintă

Etapele procesului de selecție au inclus: (1) identificarea experților pe baza criteriilor de selecție, (2) contactarea experților și (3) invitarea/solicitarea angajamentului acestora (obținerea consimțământului informat).

Criterii de selecție

(1) activitate anterioară relevantă în îngrijire de lungă durată, servicii de îngrijire a sănătății și pensii sau în coordonarea activităților specifice unuia din aceste domenii; (2) participarea la cercetări/proiecte naționale/internaționale în domeniile îngrijire de lungă durată, sănătate și pensii; (3) participarea la cercetări/proiecte naționale/internaționale în domeniul incluziunii sociale.

Experiența medie a experților în domeniul incluziunii sociale a persoanelor în vârstă, a fost de 15,56 ani. Recrutarea și selecția experților s-a derulat în cooperare cu organizații relevante care reprezintă interesele grupurilor vulnerabile din România (CNOPPV, ONG-urile relevante în domeniu).

Implementarea exercițiului Policy Delphi

Dezvoltarea instrumentelor

A fost folosit un instrument de sondaj online (SurveyMonkey.com®) și fiecare expert a primit o invitație individuală (via e-mail) pentru fiecare sondaj. Echipa de cercetare a conceput studiul și a stabilit regulile de decizie, în conformitate cu literatura de specialitate. Statisticile rezumate și contribuțiile experților au fost interpretate și discutate de întreaga echipă de cercetare.

Grafic de implementare

- 23 iunie 2022 transmiterea invitației de participare
- 29 iunie 2022 – 5 iulie 2022 chestionar online (Etapa 1);
- 13 iulie 2022 – 26 iulie 2022 chestionar online (Etapa 2);
- 27 iulie 2022 – 11 august 2022 chestionar online (Runda finală).

Strategie de îmbunătățire a ratei de răspuns

După obținerea acceptării participării la exercițiul Policy Delphi, experții în metodologia Delphi au primit un e-mail cu detaliile studiului. Linkul către sondaj a fost trimis prin e-mail. Când echipa de cercetare a considerat că este necesar, experții au primit un mesaj de reamintire.

Nivel de consens

S-a presupus că s-a ajuns la un consens atunci când s-a obținut un acord de cel puțin 70%, așa cum se propune în literatura științifică (Veugelers et al., 2020).

Etapa 1

În prima rundă a exercițiului Policy Delphi, a fost testat gradul de transferabilitate a celor mai bune practici din Norvegia în România pentru domeniile îngrijire de lungă durată, sănătate și pensii, folosind o scală cu trei niveluri (potențial de transferabilitate scăzut, mediu și ridicat).

După prima rundă a sondajului online, rezultatele cumulate au fost analizate și s-a declarat un consens la 70% acord pentru fiecare dintre cele mai bune practici prezentate. Prima rundă a exercițiului Policy Delphi a condus la consens în rândul experților pentru majoritatea bunelor practici din fiecare domeniu. Au fost exprimate niveluri mai scăzute de consens pentru unele bune practici propuse pentru transferabilitate în domeniul Îngrijire de lungă durată, iar acestea pot fi efectele dezvoltării actuale a sistemului ÎLD din România.

Experții care au selectat un potențial de transferabilitate scăzut/mediu au fost rugați să propună condiții suplimentare pentru creșterea potențialului măsurii, având în vedere contextul românesc.

Bune practici	**Grad de transferabilitate (%)**
Domeniul Îngrijire de lungă durată	
Alocația de îngrijire	80,0
Alocaţia de locuire (bostøtte)	60,0
Prieten în vizită (Norwegian: “Besøksvenn”)	90,0
Autobuzele roz (Rosa busser)	55,0
Apartamente pentru vârstnici (Omsorg+): The Pastor Fangensvei 22 Seniorhus	55,0
Domeniul Pensii	

Pensia ocupaţională obligatorie	65,0
Încurajarea amânării vârstei standard de pensionare	85,0
Domeniul Sănătate	
Reforma “Live your hole life”	75,0
Îngrijire stomatologică gratuită pentru persoanele în vârstă bolnave, cu afecțiuni medicale de lungă durată și cu dizabilități, aflate în centre rezidenţiale sau beneficiari de îngrijire la domiciliu	70,0
Centre pentru o viaţă sănătoasă (“Frisklivssentral”)	85,0
Bărbaţi în domeniul sănătăţii (Menn i Helse)	80,0
Seniortråkk – o metodă participativă de a identifica nevoile și dorințele persoanelor în vârstă pentru mediul lor de viață	90,0

Etapa 2

În a doua rundă au fost menținute doar acele bune practici pentru care nu a existat un consens în prima rundă mai mare de 70%: trei pentru îngrijirea pe de lungă durată și una pentru sistemul de pensii. Pentru fiecare dintre acele bune practici identificate în Norvegia au fost introduse condiții propuse de panel pentru a crește gradul de replicare în România. În ciuda introducerii acestor condiții, doar două dintre cele patru bune practici au reușit să treacă de pragul de consens de 70%.

Bune practici	**Grad de transferabilitate (%)**
Domeniul Îngrijire de lungă durată	
Alocaţia de locuire (bostøtte)	83,4
Autobuzele roz (Rosa busser)	66,7
Apartamente pentru vârstnici (Omsorg+): The Pastor Fangensvei 22 Seniorhus	66,7
Domeniul Pensii	
Pensia ocupaţională obligatorie	83,4

Rezultatele exercițiului Policy Delphi au indicat faptul că zece (din douăsprezece) bune practici norvegiene cu potențial de transfer în România.

(a) Domeniul îngrijire de lungă durată: (1) Alocația de îngrijire, (2) Alocația de locuință (bostøtte), (3) Prieten în vizită („Besøksvenn”);

(b) Domeniul Sănătate: (1) Reforma „“Live your hole life”, (2) Îngrijire stomatologică gratuită pentru persoanele în vârstă bolnave, cu afecțiuni medicale de lungă durată și cu dizabilități, aflate în centre rezidenţiale sau beneficiari de îngrijire la domiciliu, (3) Centre pentru o viaţă sănătoasă (“Frisklivssentral”), (4) Bărbaţi în domeniul sănătăţii (Menn i Helse), (5) Seniortråkk — o metodă participativă de a identifica nevoile și dorințele persoanelor în vârstă pentru mediul lor de viață;

(c) Domeniul Pensii: (1) Pensie ocupațională obligatorie, (2) Încurajarea amânării vârstei standard de pensionare.

Definire măsuri de politică publică și validare

La workshop-ul derulat în data de 16.06.2023 au participat 16 experți fizic și 5 online.

Scopul workshop-ului a fost acela de a valida un ansamblu de măsuri de politică publică destinate persoanelor vârstnice, pentru domeniile ÎLD, Sănătate, Pensii. Distribuția organizațiilor participante este prezentată în cele ce urmează.

Tipul organizației	Domeniu	Număr participanți	Modalitate de participare
Institute de cercetare/Universități	ÎLD/Sănătate	2	Online
	Pensii/ÎLD	1	Fizic
	ÎLD/Sănătate	1	Fizic
Autorități publice centrale	ÎLD	4	Fizic
	Sănătate	1	Online
AgePlatform	ÎLD/Sănătate/Pensii	1	Fizic
Organizații ce reprezintă interesele persoanelor vârstnice la nivel național	ÎLD/Pensii	3	Fizic
Furnizori publici și privați de servicii sociale/socio-medicale destinate persoanelor vârstnice	ÎLD	2	Fizic
		2	Online
Rețea de organizații ce furnizează servicii pentru persoanele vârstnice (SENIORNET)	ÎLD	2	Fizic
Asociatia Directorilor Instituțiilor pentru Vârstnici (ADIV)	ÎLD/Sănătate	1	Fizic

Au fost propuse spre validare 4 măsuri pentru domeniul ÎLD, 4 măsuri de politică publică pentru domeniul Sănătate și 2 măsuri de politică publică pentru domeniul Pensii.

Denumire măsură	Domeniu
Introducerea alocației de îngrijire prin rude pentru persoanele vârstnice	ÎLD
Introducerea alocației de locuire pentru persoanelor vârstnice	ÎLD
Introducerea unor programe de tip prieten în vizită pentru persoanele vârstnice dependente	ÎLD
Implementarea programului microbuze pentru persoane vârstnice	ÎLD
Introducerea unei reforme care să încurajeze implicarea persoanelor vârstnice în deciziile privind mediul lor de viață	Sănătate
Îngrijire stomatologică gratuită pentru persoanele în vârstă bolnave, cu afecțiuni medicale de lungă durată și cu dizabilități, aflate în centre rezidențiale sau care primesc îngrijire la domiciliu	Sănătate
Înființarea de centre de promovare a unui stil de viață sănătos la vârste înaintate	Sănătate
Stimularea angajării bărbaților în sectorul sanitar	Sănătate
Reformarea sistemului de pensii, prin introducerea de scheme de pensii ocupaționale obligatorii	Pensii
Încurajarea amânării vârstei standard de pensionare	Pensii

În cadrul discuțiilor participanții au fost invitați să se pronunțe, pentru fiecare dintre măsuri, cu privire la condițiile necesare pentru implementarea măsurii, contribuția măsurii la creșterea gradului de incluziune socială a persoanelor vârstnice, orizontul de timp necesar pentru implementarea măsurii, sub-grupuri de persoane vârstnice care vor beneficia ca urmare a implementării măsurii.

Domeniul ÎLD

În general toate măsurile propuse au fost considerate ca având o contribuție ridicată și foarte ridicată la creșterea gradului de incluziune socială a persoanelor vârstnice. Introducerea alocației de îngrijire prin rude pentru persoanele vârstnice și a alocației de locuire pentru persoanelor vârstnice au avut însă procentele cele mai ridicate, cea mai mică contribuție fiind identificată de experții participanți pentru măsura implementarea programului microbuze pentru persoane vârstnice. Pentru trei din cele patru măsuri, orizontul de timp necesar pentru implementare a fost indicat majoritar în intervalul 1-3 ani. Măsura referitoare la introducerea alocației de locuire pentru persoanele vârstnice este singura indicată de experții participanți la grupul de lucru cu un orizont necesar de timp de implementare între 3 și 5 ani în actualele condiții socio-economice ale României. Atunci când referirea se face la orizontul de timp

estimat pentru implementarea măsurilor propuse, experții participanți la grupul de lucru indică creșteri pentru orizontul de timp 3 - 5 ani și peste, acest lucru indicând fie îngrijorări cu privire la sursele financiare de susținere a măsurilor, fie dificultăți în reconfigurarea cadrului legal de implementare a măsurilor. O serie de *sub-grupuri de persoane vârstnice* sunt identificate ca majoritar destinatari ai unor măsuri: persoanele vârstnice aflate în risc de sărăcie sau fără adăpost (definiția ETHOS) ar fi principalele persoane beneficiare ale măsurii privind introducerea alocației de locuire. Persoanele vârstnice dependente care locuiesc singure sunt destinatarul măsurii privind introducerea unor programe de tip prieten în vizită pentru persoanele vârstnice dependente, iar persoanelor vârstnice cu dizabilități le este destinată măsura privind implementarea programului microbuze pentru persoane vârstnice.

Domeniul Sănătate

Primele două măsuri au fost considerate ca având o contribuție ridicată și foarte ridicată la creșterea gradului de incluziune socială a persoanelor vârstnice. O parte dintre participanți (3 experți) au apreciat că o astfel de măsură ar contribui într-o foarte mică măsură la incluziunea socială a persoanelor vârstnice. În ceea ce privește orizontul de timp necesar pentru implementarea primelor două măsuri, au fost indicate preponderent durate de timp între 1-3 ani. Pentru a treia măsură din cadrul acestui domeniu, experții au apreciat majoritar că deși ea are o contribuție ridicată și foarte ridicată la creșterea gradului de incluziune socială a persoanelor vârstnice, este nevoie de un orizont de timp de 1-5 ani pentru implementarea ei. Cea de a patra măsură din cadrul acestui domeniu a fost apreciată majoritar ca având o contribuție ridicată și foarte ridicată la creșterea gradului de incluziune socială a persoanelor vârstnice, pentru care este nevoie de un orizont de timp de peste 3 ani pentru implementare. O serie de *sub-grupuri de persoane vârstnice* sunt identificate ca destinatari ai unor măsuri: persoanele vârstnice care au în îngrijire alte persoane vârstnice ar fi principalele persoane beneficiare ale măsurii privind încurajarea implicării persoanelor vârstnice în deciziile privind mediul lor de viață. Persoanele vârstnice aflate în risc de sărăcie, persoanele vârstnice fără adăpost (definiția ETHOS), cele cu dizabilități și persoanele vârstnice care locuiesc singure sunt destinatari ai măsurilor privind stimularea angajării bărbaților în sectorul sanitar și asigurarea de îngrijire stomatologică gratuită. Femeile, persoanele vârstnice rome, persoanele vârstnice cu dizabilități, persoanele vârstnice care locuiesc singure sunt principalii beneficiari ai măsurii privind înființarea de centre de promovare a unui stil de viață sănătos la vârste înaintate.

Domeniul Pensii

Ambele măsuri au fost considerate ca având o contribuție foarte ridicată la creșterea gradului de incluziune socială a persoanelor vârstnice. În ceea ce privește orizontul de timp necesar pentru implementarea măsurilor, opiniile au variat, dar au fost indicate preponderent durate de timp între 3-5 ani sau peste 5 ani.

În urma revizuirii măsurilor de politică publică ca urmare a opiniilor exprimate de experți, a rezultat setul de măsuri prezentat în cele ce urmează.

Set de măsuri de politică publică destinate reducerii excluziunii sociale a persoanelor vârstnice în România

Domeniul ÎNGRIJIRE DE LUNGĂ DURATĂ

1. Denumire măsură: Introducerea alocației de îngrijire prin rude pentru persoanele vârstnice

Context

În cadrul PNRR, Pilonul V Sănătate, Reziliență economică, socială și instituțională, Componenta 13: Reforme Sociale, este prevăzută *Reforma îngrijirii de lungă durată pentru persoanele vârstnice și promovarea îmbătrânirii active*, precum și investiția în înființarea unui număr de 71 de centre de zi de asistență și îngrijire pentru persoanele vârstnice dependente, cu echipe mobile de îngrijire la domiciliu. Potrivit cadrului legal actual în domeniul asistenței sociale (Legea asistenței sociale nr. 292/2011) responsabilitatea îngrijirii persoanei vârstnice revine familiei (Art. 93 alin (1) *Familia persoanei vârstnice are obligația de a asigura îngrijirea şi întreținerea acesteia*). În situația persoanei vârstnice singure sau a cărei familie nu poate să asigure, parțial sau integral, îngrijirea şi întreținerea acesteia, statul intervine prin acordarea de beneficii de asistență socială şi servicii sociale adecvate nevoilor strict individuale ale persoanei vârstnice.

În prezent, îngrijirea informală a vârstnicilor dependenți se realizează în baza contractului încheiat între îngrijitorul informal al persoanei vârstnice dependente și serviciul public de asistență socială (model contractual aprobat prin Ordinul de ministrului Muncii și Protecției Sociale nr. 955 din 19.04.2023) îngrijitorul informal fiind considerat, potrivit art. 5, lit. ș din *Legea asistenței sociale nr. 292/2011* acea persoana necalificată, membru al familiei, rudă sau orice altă persoană, care asigură îngrijirea personală, respectiv ajutorul pentru efectuarea activităților de bază şi instrumentale ale vieții zilnice de către persoana care şi-a pierdut autonomia funcțională.

Actuala *Strategie națională privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă pentru perioada 2023-2030* recunoaște importanța membrilor familiei și a rudelor care lucrează ca îngrijitori informali în acordarea îngrijirii de lungă durată pentru vârstnici în cadrul Direcției 5.3. Dezvoltarea sectorului de îngrijire informală a persoanelor vârstnice (măsuri 5.3.5. Adecvarea beneficiilor/indemnizațiilor specifice în numerar pentru membrii familiei și rudele care lucrează ca îngrijitori informali și 5.3.6. Elaborarea de propuneri pentru posibilitatea de a fi recunoscut ca asistent personal pentru persoana vârstnică dependentă pentru membrii familiei și rudele care lucrează ca îngrijitori informali). Acest sprijin acordat prin membrii familiei și rudele primare sau alte rude apropiate, considerat important în literatura de specialitate (Dudová, 2018; Wija, 2015) ar trebui să îmbrace forma unei alocații de îngrijire (beneficiu de asistență socială), separând astfel îngrijirea informală oferită de membrii familiei/rude apropiate de îngrijirea oferită prin alte tipuri de îngrijitor informali. Această alocație poate fi acordată direct persoanelor vârstnice dependente (Norvegia) și pe mai multe categorii (Republica Cehă), în funcţie de gradul de dependenţă stabilit de o comisie de evaluare. În timp ce unele țări cu instituţii publice puternice au pus un accent puternic pe îngrijirea formală, multe alte țări acordă prioritate îngrijirii vârstnicului dependent în familie, acest tip de îngrijire fiind considerată și mai puțin costisitoare din punct de vedere bugetar (Heger, & Korfhage, 2018).

În România responsabilitatea primară pentru îngrijirea de lungă durată rămâne în sarcina autorităților locale, dar realitatea arată că nu există nici capacitatea financiară, nici capacitatea organizatorică necesară la acest nivel extrem de descentralizat, cel puțin nu în mod consecvent pe întreg teritoriul țării, pentru a acoperi necesarul de îngrijire pe termen lung. Este necesară o partajare a surselor de finanțare între bugetul de stat și bugetul autorităților locale, coordonarea metodologică și finanțarea de la nivel național trebuind să sprijine eforturile locale care sunt esențiale pentru dezvoltarea sistemului de ÎLD.

Condiționalități pentru implementarea măsurii
Alocația ar trebui să devină un beneficiu de asistență socială acordat direct persoanei vârstnice, urmând ca apoi să fie stabilit un mecanism procedural prin care familia/un membru al familiei devine apoi beneficiarul final al sumei ca rezultat al prestării unor activități definite și atent monitorizate. Prevenirea cazurilor de abuz trebuie un element important in procesul de monitorizarea a acordării acestui beneficiu de asistență socială.

Constituirea acestei alocații ca beneficiu de asistență socială determină elaborarea unei legislații specifice, bugetarea urmând a se face de la nivel central.

Scop	**Alocația de îngrijire contribuie la menținerea îngrijirii prin rudele lor apropiate pentru persoanele vârstnice.**
Grup țintă	Persoane vârstnice dependente
Instituții implicate	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale Autorități publice locale
Surse de finanțare	Buget de stat Bugete locale
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic - reducerea presiunii pe accesarea serviciilor publice de asistență socială și de îngrijire paliativă; • Impact social - îmbunătățirea nivelului de trai al vârstnicilor; creșterea calității vieții de familie a vârstnicilor; • Impact de mediu - nu este cazul

2. Denumire măsură: Introducerea alocației de locuire pentru persoanelor vârstnice

Context
În *Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2022-2027*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.440/2022 este prevăzută drept măsură *creșterea fondului de locuințe sociale prin dezvoltarea mecanismelor complementare pentru diminuarea deficitului în domeniul locuirii, inclusiv pentru persoanele vârstnice*. Acest necesar de locuințe disponibile vârstnicilor este recunoscut și în alte două documente strategice: *Strategia națională privind incluziunea socială a persoanelor fără adăpost pentru perioada 2022-2027* aprobată prin HG 1491/2022, unde grupul persoane vârstnice care nu au stagiu complet de cotizare este menționat drept sub-categorie de persoane fără adăpost cu un grad ridicat de vulnerabilitate și în *Strategia națională a locuirii pentru perioada 2022—2050,* aprobată prin HG 842/2022, unde vârstnicii sunt identificați drept grup țintă. Este recunoscută astfel problema unor condiții de locuință precare în cazul vârstnicilor aflați în deprivare materiala din punct de vedere al condițiilor de locuit. La nivelul anului 2020, potrivit datelor INS, Ancheta asupra Calității Vieții (ACAV), rata deprivării materiale din punct de vedere al condițiilor de locuit a fost de 28,2%. Nu există date disponibile pe grupe de vârstă pentru a vedea care este situația în rândul persoanelor vârstnice din România cu privire la acest indicator, dar dacă ne

uităm la valorile indicatorului rata deprivării materiale severe 65 de ani și peste, cu o valoare de 14,2% în anul 2020, vom identifica un necesar de îmbunătățire a condițiilor de locuit ale vârstnicilor sub forma unei alocației de locuire pentru persoanelor vârstnice, acest tip de beneficiu social fiind acordat in Norvegia pentru a asigura persoanelor cu venituri mici și cheltuieli mari o locuință decentă. Legea se aplică persoanelor înregistrate în Registrul populației, persoane care au reședința legală în Norvegia. Politicile de îmbătrânire activă stimulează persoanele în vârstă să trăiască în casele lor cât mai mult timp posibil. Cu toate acestea, odată cu vârsta înaintată vine și mobilitatea redusă, nevoi mai mari de asistență și adaptări în casă, nu toate casele fiind adaptate nevoilor persoanelor vârstnice.

Barierele legate de lipsa unor condiţii de locuit accesibile şi adaptate vârstei înaintate reprezintă un risc de excluziune socială (Ehlers et al., 2011). Locuința poate juca un rol esențial în menținerea sănătății și a independenței unei populații în vârstă, calitatea locuinței fiind asociată cu un efect pozitiv în rândul persoanelor vârstnice (Evans et al., 2002; Evans et al., 2003). Studiile în domeniu (Zhang & Wang, 2022) indică importanța caracteristicilor locuinței (caracteristici generale, echipamente interioare și compoziție spațială) asupra activităților vieții zilnice ale vârstnicilor.

Condiționalități pentru implementarea măsurii

Măsura trebuie să fie destinată persoanelor vârstnice vulnerabile din punct de vedere financiar cu testarea veniturilor. Suma acordată trebuie să fie corelată cu veniturile persoanei vârstnice și trebuie instituit un mecanism de monitorizare a sumelor alocate. Este necesară modificarea și completarea legislației în domeniu în sensul definirii unor mecanisme de finanțare a măsurii. În prezent, Legea 292/2011 (art. 33, alin. b) prevede servicii de reabilitare şi adaptare a ambientului: mici amenajări, reparații, dar nu sunt definite mecanismele de finanțare.

Scop	**Îmbunătățirea calității locuirii persoanelor vârstnice**
Grup țintă	Persoane vârstnice vulnerabile din punct de vedere financiar și persoane vârstnice fără adăpost sau care locuiesc în locuințe precare, necorespunzătoare din punctul de vedere al condițiilor de locuit.
Instituții implicate	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale Direcții de asistență socială Unități administrativ teritoriale
Surse de finanțare	Buget de stat Bugete locale
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic - alocarea de fonduri bugetare din diverse surse și asigurarea sustenabilității implementării măsurii; • Impact social - îmbunătățirea calității locuirii persoanelor vârstnice vulnerabile din punct de vedere financiar (persoane vârstnice fără adăpost sau care locuiesc în locuințe precare, necorespunzătoare din punctul de vedere al condițiilor de locuit); • Impact de mediu - stimularea implementării componentelor de tranziție verde.

3. Denumire măsură: Introducerea unor programe de tip *prieten în vizită* pentru persoanele vârstnice dependente

Context

Izolarea persoanelor vârstnice dependente este o problemă reală recunoscută în numeroase Recomandări şi Rezoluții care au fost adoptate de Parlamentul European cu privire la drepturile persoanelor vârstnice (European Parliament Recommendation European 1428 (1999), European Parliament Resolution 1793 (2011), Recomandarea Parlamentului European 2104 (2017). În *Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2022-2027*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.440/2022 obiectivul 6 vizează *promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice*. Finanțarea unor programe de tip *prieten în vizită* pentru persoanelor vârstnice dependente contribuie la creșterea gradului de incluziune socială a acestora. În timp ce multe cercetări s-au concentrat pe domeniile care se referă la mediul fizic (locuințe, spații exterioare și transport), aspectele legate de mediul social al persoanelor vârstnice (relații sociale, incluziune) au primit mai puțină atenție (Scharlach & Lehning, 2012; Greenfield et al., 2015).

Un astfel de program este implementat în Norvegia, parte a serviciului de vizitare al Crucii Roșii, denumirea lui fiind *Prieten în vizită* (norvegiană: „Besøksvenn") având drept scop prevenirea și atenuarea singurătății și excluderii în rândul persoanelor de toate vârstele prin vizite regulate individuale, precum și prin vizite la instituții. Crucea Roșie din Norvegia a abordat provocările societății norvegiene legate de îmbătrânirea societății, obiectivul politic fiind ca persoanele în vârstă să trăiască acasă cât mai mult posibil, în ciuda dizabilităților și a creșterii nevoilor de îngrijire, a singurătății și a conexiunii dintre singurătate și sănătate. De asemenea, acest tip de program suplinește deficitul de resurse în serviciile de asistență socială și nevoia crescândă de servicii a persoanelor în vârstă.

Condiționalități pentru implementarea măsurii

Pentru implementarea acestei măsuri este necesară crearea de rețele de voluntari cu o minimă pregătire în privința nevoilor și psihologiei persoanei vârstnice. De asemenea, este necesară crearea unui mecanism de punere în legătură a voluntarilor cu persoanele vârstnice vulnerabile izolate la domiciliu. Implicarea SPAS-ului este extrem de importantă în organizarea unor campanii de aducere la cunoștința celor interesați cu privire la această măsură.

Scop	**Prevenirea și atenuarea singurătății și excluziunii în rândul persoanelor de vârstnice dependente prin vizite regulate individuale, precum și prin vizite la instituții**
Grup țintă	Persoane vârstnice dependente care locuiesc singure
Instituții implicate	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale Direcții de asistență socială ONG-uri
Surse de finanțare	Fonduri europene Bugete locale
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic - alocarea de fonduri bugetare din diverse surse și asigurarea sustenabilității implementării măsurii; • Impact social - îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice; reducerea sentimentului de izolare în rândul persoanelor vârstnice dependente; • Impact de mediu - nu este cazul

4. Denumire măsură: Implementarea programului microbuze pentru persoane vârstnice

Context

Accesul la servicii publice sau la activități socio-culturale pentru persoanele vârstnice cu probleme de mobilitate este deficitar în România, mai ales în zonele rurale izolate. Recomandarea Parlamentului European 1428 (1999) admite că trebuie acordată o atenție specială vârstnicilor ce locuiesc în mediul rural din perspectiva reducerii izolării cu care aceștia se confruntă. Implementarea unui program de tipul microbuze pentru vârstnici poate contribui la creșterea accesului vârstnicilor la servicii publice și la estomparea problemelor cu care aceștia se confruntă. Problema mobilității vârstnicilor dependenți există și în mediul urban, dar facilitățile de transport public adaptate nevoilor sunt ceva mai dezvoltate. Un program similar este implementat în Norvegia sub denumirea autobuzele prietenoase vârstnicilor (Rosa busser), program care face parte dintr-o inițiativă mai largă pentru orașele prietenoase vârstnicilor în care este implicat orașul Oslo. Transportul este disponibil persoanelor cu vârsta peste 67 de ani și este adaptat persoanelor care au probleme cu utilizarea transportului public obișnuit. Un microbuz ia adulții în vârstă de acasă și îi transportă în locurile dorite. Inițiativa se bazează pe colaborarea dintre compania de transport public Ruter, condusă de filiala sa Konsentra și Departamentul pentru Persoane Vârstnice, Sănătate și Ocuparea Forței de Muncă din municipiul Oslo.

Lipsa unor sisteme de transport care să contribuie la reducerea izolării persoanelor vârstnice reprezintă un risc de excluziune socială (Ehlers et al., 2011). Mobilitatea vârstnicilor este asociată cu starea de bine, iar un sistem de transport care să fie adaptat nevoilor vârstnicilor este o condiție prealabilă pentru o mobilitate satisfăcătoare pe tot parcursul vieții (Siren, 2021).

Condiționalități pentru implementarea măsurii

Implementarea măsurii presupune elaborarea de proiecte de bugetare participativă privind achiziționarea și adaptarea autobuzelor/microbuzelor pentru transportul persoanelor cu dizabilități sau a vârstnicilor care se deplasează cu greutate și cărora le este foarte dificil să folosească sistemul de transport public. Succesul implementării unei astfel de măsuri presupune și mediatizarea exemplelor de bună practică existente (colaborările dintre autoritățile locale și regiile de transport în comun, procedura de implementare: cum se solicită serviciul respectiv, unde este depusă solicitarea, cine poate beneficia de această facilitate etc.). Microbuzele ar trebui adaptate pentru persoanele vârstnice dependente, permițând și persoanei însoțitoare accesul.

Scop	**Asigurarea accesului la servicii publice pentru persoanele vârstnice din comunitățile rurale izolate**
Grup țintă	Persoane vârstnice dependente
Instituții implicate	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale Direcții de asistență socială Unități administrativ teritoriale
Surse de finanțare	Fonduri europene Bugete locale
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic - alocarea de resurse financiare din fonduri structurale; • Impact social - îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice dependente; îmbunătățirea mobilității persoanelor vârstnice în comunitățile rurale izolate;

	• Impact de mediu - stimularea implementării componentelor de tranziție verde.

Domeniul SĂNĂTATE

1. Denumire măsură: Introducerea unei reforme care să încurajeze implicarea persoanelor vârstnice în deciziile privind mediul lor de viață

Context

Îmbătrânirea populaţiei, urbanizarea, dezvoltarea economică, schimbările în structura familiei vor conduce către accentuarea singurăţii în rândul persoanelor vârstnice care trăiesc în mari aglomerari urbane, creşterea nevoilor de îngrijire medicală personalizată şi accentuarea deficitului de personal medical adecvat cererii de servicii medicale şi de îngrijire. Participarea socială și integrarea persoanelor în vârstă în diferite decizii privind mediul lor de viață sunt aspecte importante ale unei îmbătrâniri sănătoase (Kemperman et al., 2019). La nivel național, prin Strategia națională de sănătate 2023-2030 „Pentru sănătate, împreună", statul român își asumă implementarea de reforme care să vizeze, printre altele, implicarea activă și responsabilizarea cetățeanului în deciziile referitoare la propria sănătate.

Ca răspuns la aceste provocări, ţări precum Norvegia sunt în proces de implementare a unor reforme care au în vedere măsuri destinate persoanelor vârstnice sau celor care suferă de afecţiuni cronice, familiilor care au în îngrijire persoane cu nevoi de îngrijire şi forţei de muncă care activează în cadrul sistemului medical:

- Pentru persoanele vârstnice sau pentru cele care suferă de afecţiuni cronice reforma asigură deopotrivă educaţie pentru dobândirea unui stil de viaţă sănătos la bătrâneţe transpus în ani sănătoşi la vârste înaintate, dar și o calitate a vieţii mai bună;
- Pentru familiile care au în îngrijire persoane care suferă de diferite afecţiuni cronice, reforma asigură sprijinul şi suportul necesar pentru îndeplinirea obligaţiilor profesionale, dar şi a celor din cadrul familiei;
- Pentru profesioniştii care activează în domeniu, reforma îşi doreşte să contribuie la creşterea prestigiului profesional, crearea unui mediu de lucru care să favorizeze îmbunătăţirea competenţelor şi dezvoltarea profesională.

Sistemele medicale destinate persoanelor vârstnice sunt reconfigurate astfel încât să încurajeze populația în vârstă să se implice în planificarea vieții la bătrânețe și în configurarea mediului lor de viață, concomitent cu realizarea misiunii serviciilor de sănătate și de îngrijire prin crearea de spitale, centre rezidențiale destinate persoanelor vârstnice și diferite tipuri de servicii comunitare. O astfel de reformă prezintă o serie de beneficii:

Pentru persoanele vârstnice

- Încurajarea populației în planificarea responsabilă a perioadei post pensionare (informare, educare, cultivarea relațiilor sociale, crearea unui grup social);
- Planificare urbană-comunitară prietenoasă pentru persoanele vârstnice, cu participarea celor din urmă;
- Valorificarea potenţialului persoanelor vârstnice şi creşterea contribuţiei în societate a persoanelor în vârstă prin muncă de voluntariat;
- Încurajarea participării persoanelor vârstnice în deciziile privind serviciile medicale necesare şi crearea unor mecanisme reale de decizie în care să fie implicate persoanele vârstnice;

- Creşterea nivelului de informare în rândul persoanelor vârstnice cu privire la serviciile medicale disponibile, inclusiv creşterea nivelului de încredere în adecvarea serviciilor medicale la nevoile de îngrijire;
- Stimularea implicării în deciziile privind serviciile medicale necesare prin educaţie cu privire la îmbătrânirea sănătoasă, în cadrul unor programe de instruire destinate populaţiei adulte (cu vârste de 40 de ani şi peste).

Pentru familiile care au în îngrijire persoane care suferă de diferite afecţiuni cronice

- Diversificarea măsurilor destinate sprijinirii acelor membrii ai familiei care au un loc de muncă, în vederea optimizării echilibrului dintre viața profesională şi cea de familie;
- Introducerea de măsuri destinate evitării epuizării fizice şi emoționale pentru persoanele care au în îngrijire persoane vârstnice.

Condiționalități legate de implementarea măsurii

La nivel național, aplicarea unei astfel de măsuri implică educația populației pentru dobândirea unei viziuni pe termen lung cu privire la viață. Consultarea persoanelor vârstnice la fundamentarea strategiilor locale de dezvoltare, le oferă acestora posibilitatea de a exprima opinii cu privire la mediul de viață. Organizațiile non-guvernamentale, dar și organizațiile care reprezintă interesele persoanelor vârstnice, instituții de învățământ, mass-media se pot implica activ alături de autoritățile publice locale în promovarea unor programe educaționale sau campanii de conștientizare/informare în acest sens.

Scop	**Creșterea nivelului de implicare a persoanelor vârstnice în deciziile privind mediul lor de viață**
Grup țintă	Persoane vârstnice Îngrijitori de toate vârstele ai persoanelor vârstnice
Instituții implicate	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale Ministerul Sănătății CNOPPV ONG-uri
Surse de finanțare	Bugetul de stat Fonduri europene
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic – alocarea resurselor în cadrul sistemului în funcție de nevoi; • Impact social – creșterea calității vieții persoanelor vârstnice şi a familiilor acestora; • Impact de mediu – nu e cazul.

2. Denumire măsură: Îngrijire stomatologică gratuită pentru persoanele în vârstă bolnave, cu afecțiuni medicale de lungă durată și cu dizabilități, aflate în centre rezidențiale sau care primesc îngrijire la domiciliu

Context

Studiile în domeniu (WHO, 2015) subliniază că sănătatea orală este o componentă critică, dar neglijată a sănătății, întrucât aspectele ce ţin de starea de sănătate şi problemele dentare sunt interdependente, unele boli cronice având un efect direct asupra țesuturilor bucale. În alte situații, efectele secundare provocate de tratamentul acestor boli pot afecta negativ sănătatea orală (Leung & Chu, 2022). Sănătatea orală precară și funcția orală afectată au impact negativ asupra calității vieții pacienților în vârstă și pot exacerba declinul sistemic la adulții în vârstă fragili. Accesul îmbunătățit și resursele adecvate pentru îngrijirea preventivă și reparatorie sunt

necesare pentru adulții vârstnici, astfel încât să nu fie nevoie de îngrijiri curative sau reparatorii mai complexe atunci când indivizii sunt afectați (Chavez et al., 2022). Un exemplu în acest sens este Norvegia, țară în care serviciile publice de sănătate dentară se adresează celor mai vulnerabile grupuri din societate, atât în ceea ce privește vulnerabilitățile financiare, cât și pe cele legate de sănătate. Potrivit Direcției Norvegiene de Sănătate, tratamentul oferit de către serviciul public de sănătate dentară urmărește asigurarea unei sănătăți orale acceptabile pentru pacienții vârstnici. Aceasta înseamnă că utilizatorul nu are durere, disconfort sau tulburări grave în cavitatea bucală, funcție de mestecat satisfăcătoare, poate comunica și deține interacțiuni sociale fără probleme cauzate de dantură.

Condiționalități legate de implementarea măsurii

Măsura trebuie corelată cu un nivel al veniturilor sub un anumit prag, astfel încât să fie acordată vârstnicilor celor mai vulnerabili. Aplicarea măsurii trebuie să aibă în vedere asigurarea unei corelări între starea de sănătate fizică și cea mentală și acordarea unei atenții deosebite pentru persoanele care suferă de Alzheimer. Este necesară modificarea și completarea legislației în domeniul asistenței sociale și sănătății, în sensul definirii unor mecanisme de finanțare a măsurii. Derularea de programe naționale pentru susținerea îngrijirii stomatologice și importanța sănătății orale poate acoperi nevoile persoanelor vârstnice din acest punct de vedere. În cadrul acestei măsuri, se poate crea un pachet minim de servicii stomatologice care să fie inclus obligatoriu în acreditarea centrelor de îngrijire pe termen lung. Pachetul ar trebui să includă servicii stomatologice de prevenție gratuite și profilaxie.

Scop	**Îmbunătăţirea calităţii vieţii pentru persoanele vârstnice vulnerabile care au nevoie de îngrijire stomatologică și care beneficiază de servicii de îngrijire de lungă durată**
Grup țintă	Persoane vârstnice aflate în risc de sărăcie Persoane vârstnice fără adăpost Persoane vârstnice cu dizabilități Persoane vârstnice care locuiesc singure
Instituții implicate	Ministerul Sănătății Ministerul Muncii și Solidarității Sociale Furnizori de servicii sociale și socio-medicale
Surse de finanțare	Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic – alocarea resurselor în cadrul sistemului în funcţie de nevoi; • Impact social – creşterea calităţii vieţii persoanelor vârstnice dependente, cu venituri scăzute şi aflate în îngrijire de lungă durată; • Impact de mediu – nu e cazul.

3. Denumire măsură: Înființarea de centre de promovare a unui stil de viață sănătos la vârste înaintate

Context

Populația cu vârste de 65 de ani şi peste, dar şi vârsta medie la nivel național au înregistrat creșteri accentuate în ultimele decenii. În condițiile în care speranța de viață sănătoasă pentru persoanele de 65 de ani şi peste se situa la nivelul de 6,6 ani (anul 2019), mult sub valorile înregistrate de alte state europene, este de așteptat ca nevoile de îngrijire medicală, inclusiv de lungă durată să continue să crească. Alocarea cheltuielilor în cadrul sistemului continuă să fie majoritar orientată către spitale, în timp ce medicina preventivă rămâne subfinanţată. Ca urmare, rata mortalității din cauze care pot fi prevenite se menține la un nivel ridicat (306,9 la

mia de locuitori in România și doar 119,8 la mia de locuitori în Norvegia, în anul 2019) (Ghența et al. 2022).

Planul Național de Redresare şi Reziliență (2021) admite nivelul scăzut al cheltuielilor alocate asistenței medicale preventive şi recunoaște în cadrul *Pilonul V. Sănătate, precum și reziliență economică, socială și instituțională Componenta C12. Sănătate, R1. Dezvoltarea capacității pentru gestionarea fondurilor publice din sănătate*, ca şi obiectiv, creșterea ponderii serviciilor medicale de tip preventiv prin dezvoltarea de mecanisme financiare care să încurajeze intervențiile preventive comprehensive și durabile, atât în asistența medicală primară, cât și în cea ambulatorie, de specialitate. Un exemplu pozitiv în ceea ce privește înființarea de centre de promovare a unei vieţi sănătoase este Norvegia, unde astfel de centre funcționează la nivel municipal ca servicii de sănătate preventivă și de promovare a sănătății, menite să ofere ajutor eficient și bazat pe cunoștințe, în scopul schimbării obiceiurilor de viață și gestionării provocărilor legate de sănătate. În cadrul acestor centre se asigură asistență medicală primară interdisciplinară, informații cu privire la gestionarea anumitor boli cronice, sprijin pentru schimbarea anumitor comportamente, consiliere, sprijin și educație privind problemele legate de sănătatea mintală, somn și consumul de alcool.

Condiționalități legate de implementarea măsurii

La nivel național, implementarea unei astfel de măsuri poate demara cu o analiză a nevoilor de informare cu privire la un stil de viață sănătos, în scopul identificării zonelor unde astfel de servicii sunt necesare. Pentru implementarea măsurii sunt necesare: (1). Asigurarea unui rol preventiv al acțiunilor de informare și vizarea populației tinere, active, a persoanelor vârstnice și familiile acestora. (2) Asigurarea specialiștilor în centrele rezidențiale destinate persoanelor vârstnice care să ofere astfel de informații. (3) Pregătirea specialiștilor care să lucreze în astfel de centre și crearea unor echipe mobile de prevenție.

Scop	**Îmbunătăţirea calităţii vieţii şi nivelului de educaţie sanitară pentru adulţi şi persoane vârstnice aflate în situații de vulnerabilitate, inclusiv pentru familiile acestora**
Grup țintă	Toate persoanele vârstnice, dar în special: Femei Persoane vârstnice rome Persoane vârstnice cu dizabilități Persoane vârstnice care locuiesc singure
Instituții implicate	Ministerul Sănătății Ministerul Muncii și Solidarității Sociale ONG-uri Autorităţi locale
Surse de finanțare	Bugete publice locale Fonduri europene
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic – eficienţă în alocarea resurselor în cadrul sistemului în funcţie de nevoi; creşterea calităţii serviciilor medicale și de îngrijire de lungă durată; • Impact social – creşterea calităţii vieţii persoanelor vârstnice şi a familiilor acestora; creşterea nivelului de educaţie pentru adulţii şi persoanele vârstnice aflate în risc de a dezvolta anumite afecţiuni cronice; • Impact de mediu – nu e cazul.

4. Denumire măsură: Stimularea angajării bărbaților în sectorul sanitar

Context

România se confruntă cu un deficit de forță de muncă în sectorul sănătate şi asistență socială, precum şi cu un grad scăzut de acoperire cu servicii medicale în zonele rurale. Planul Național de Redresare şi Reziliență (2021) admite deficitul de personal din cadrul sistemului medical şi al îngrijirilor de lungă durată şi stabilește în cadrul *Pilonul V. Sănătate, precum și reziliență economică, socială și instituțională Componenta C12. Sănătate, R3.2. Dezvoltarea resurselor umane din sănătate*, ca şi obiectiv, consolidarea capacității sistemului de sănătate din România de a educa, recruta, menține și motiva o forță de muncă pregătită să răspundă nevoilor de sănătate curente și viitoare ale populației. Strategia națională de sănătate 2023-2030 „Pentru sănătate, împreună" recunoaște deficitul de resursă umană din sistemul medical, nevoia de dezvoltare și de profesionalizare a resurselor umane existente, necesitatea îmunătățirii mecanismelor de recrutare a resurselor umane.

Inițiative de atragere a bărbaților în diferite ocupații din sectorul sănătate și îngrijire de lungă durată au fost implementate în Germania şi Norvegia, pe fondul unei lipse acute de personal.

Condiționalități legate de implementarea măsurii

La nivel național, implementarea unei astfel de măsuri implică un sistem în cadrul căruia să existe campanii de informare/promovare pentru acceptarea în echipele de îngrijire a bărbaților. Creșterea atractivității sectorului (salarizare și condiții de muncă, modificarea statului profesiei si a denumirii profesiei), schimbări de mentalitate, eliminarea stereotipurilor de gen sunt de asemenea necesare.

Scop	**Stimularea angajării bărbaților în sectorul îngrijirilor de lungă durată și reducerea deficitului de personal din acest sector**
Grup țintă	Toate persoanele vârstnice, dar în special: Persoane vârstnice fără adăpost Persoane vârstnice cu dizabilități Persoane vârstnice care locuiesc singure
Instituții implicate	Ministerul Sănătății Ministerul Muncii și Solidarității Sociale ONG-uri Autorităţi publice locale Furnizori de formare continuă Universităţi
Surse de finanțare	Bugete publice locale Autorităţi publice locale Fonduri europene
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic – eficienţă în alocarea resurselor în cadrul sistemului în funcţie de nevoi; creşterea calităţii serviciilor medicale și de îngrijire de lungă durată; • Impact social – creşterea calităţii vieţii persoanelor vârstnice şi a familiilor acestora; • Impact de mediu – nu e cazul.

Domeniul PENSII

1. Denumire măsură: Reformarea sistemului de pensii, prin introducerea de scheme de pensii ocupaţionale obligatorii

Context

România se confruntă cu dificultăţi majore în ceea ce priveşte asigurarea sustenabilităţii sistemului de pensii publice. Evoluţiile demografice din ultima decadă, precum şi numeroasele tipuri de pensii care nu stabilesc o corelare clară între nivelul contribuţiilor plătite şi cuantumul pensiei în plată, vârsta de pensionare redusă şi stagiul minim de cotizare diminuat recunoscute pentru anumite categorii profesionale, ridică numeroase întrebări şi preocupări cu privire la capacitatea bugetului de stat şi bugetului asigurărilor sociale de stat de a asigura plata drepturilor de pensii actuale şi viitoare.

Pe acest fond nefavorabil din perspectivă demografică şi macro-economică, cadrul legislativ în domeniul pensiilor a fost completat în anul 2020 cu reglementari privind pensiile ocupaţionale facultative (*Legea nr. 1/2020 privind pensiile ocupaţionale*). Modificarea cadrului legislativ a fost rezultatul transpunerii în legislaţia naţională a Directivei UE 2016/2341.

Pilonul IV de pensii crează premisele necesare pentru asigrarea unei pensii suplimentare, obţinute pe principiul contributivităţii şi suplimentar pensiei obţinute din sistemul public (Pilonul I) (MMSS, 2023). De asemenea, pensiile ocupaţionale poate contribui şi la încurajarea ocupării, în special în anumite domenii de activitate economică, întrucât dreptul de proprietate asupra contribuțiilor şi valorii acumulate ca urmare a investirii contibuţiilor revin salariatului după un termen de maximum 3 trei ani de la aderarea la fondul de pensii, sub condiţia ca raportul în baza căruia s-au plătit contibuţiile să fie în continuare valabil (Legea nr. 1/2020 privind pensiile ocupaţionale). Literatura de specialitate (Grødem & Hippe, 2021) arată că deciziile individuale de a rămâne în activitate sunt influențate și de modul în care sunt configurate sistemele de pensii ocupaționale. În unele ţări, precum Norvegia, pensia ocupațională este cea mai importantă sursă de venit în afară de sistemul de pensii pentru limită de vârstă a asigurărilor naționale. Acest lucru se datorează şi faptului că în sectorul privat, toate companiile trebuie să creeze pensii ocupaționale pentru angajații lor.

Condiționalități legate de implementarea măsurii

Măsura poate fi condiționată de un număr minim de ani de cotizare, dar poate prevedea și partajarea plății contribuțiilor între angajat și angajator, corelarea nivelului contribuției plătite de angajator cu vechimea angajatului în cadrul organizației, acordarea de stimulente de ordin fiscal care să fie acordate angajatorilor în funcție de nivelul contribuțiilor plătite, inclusiv deductibilități de ordin fiscal pentru a facilita implementarea măsurii și la nivelul IMM-urilor, etc. Introducerea unei astfel de măsuri, ar asigura, în cazul anumitor categorii profesionale, venituri suplimentare bazate pe contributivitate odată cu pensionarea pentru limită de vârstă şi ar putea constitui un factor care să favorizeze rămânerea în activitate pentru acele categorii profesionale pentru care în prezent sunt prevăzute scheme de pensionare cu prevederi speciale. Angajatorii pot folosi schemele de pensii ocupaționale obligatorii ca modalitate de creștere a nivelului de retenție în cazul anumitor categorii de angajați.

Scop	**Asigurarea de venituri suplimentare bazete pe contributivitate ca urmare a introducerii de scheme de pensii ocupaționale obligatorii**
Grup țintă	Toate categoriile de salariați
Instituții implicate	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale Casa Națională de Pensii Publice Autoritatea de Supraveghere Financiară

	Sindicate Patronate
Surse de finanțare	Contribuții plătite de angajatori şi angajați
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic - creșterea nivelului de capital disponibil în piață, îmbunătățirea sustenabilității sistemului public de pensii; • Impact social – creșterea nivelului veniturilor la vârste înaintate, cultivarea unui comportament de economisire în rândul populației ancorat într-o viziune pe termen lung; diminuarea vulnerabilității femeilor la vârste avansate prin suplimentarea veniturilor pe durata pensionării; • Impact de mediu – nu e cazul.

2. Denumire măsură: Încurajarea amânării vârstei standard de pensionare

Context

Speranța de viață la naștere a românilor sau durata medie a vieții (definită drept numărul mediu de ani pe care îi are de trăit un nou-născut, dacă ar trăi tot restul vieții în condițiile mortalității pe vârste din perioada de referință a tabelei de mortalitate) a fost în 2021, potrivit datelor INS (Tempo on-line, POP217A) de 71,5 ani pentru bărbați și de 78,91 ani pentru femei, o durată medie a vieții mai mare în urban (72,8 bărbați, 79,67 femei) decât în rural (69,92 bărbați, 77,9 femei). În prezent vârsta de pensionare este de 63 de ani la femei și 65 de ani la bărbați. Există o reală problemă legată de sustenabilitatea sistemului de pensii publice în România, dar trebuie luată în calcul și starea de sănătate a populației cu vârste de 65 de ani și peste în țara noastră, datele statistice disponibile la nivelul anului 2020 (Eurostat, online data code: hlth_hlye) arătând că speranța de viață sănătoasă pentru populația 65+ fiind la naștere de 59,3 ani pentru bărbați și 60,5 ani pentru femei. Dacă ne raportăm la indicatorul speranța de viață sănătoasă la 65 de ani și peste, valorile indică 5,7 ani de viață sănătoasă la bărbați și 6 ani de viață sănătoasă la femei. Lucrătorii în vârstă care participă pe piața forței de muncă peste vârsta legală de pensionare au indicat în cercetările realizate mai multe precondiții și motive pentru a rămâne activi pe piața muncii (Sewdas et al., 2017; Wheaton & Crimmins, 2013). Acestea fac referire la starea de sănătate, abilitățile și cunoștințele persoanelor vârstnice, caracteristicile pieței muncii.

Prin Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR) (Reforma 6, Componenta 8) România s-a angajat să încurajeze prelungirea vieții profesionale, până în punctul în care vârsta standard de pensionare voluntară să ajungă la 70 de ani. Pentru a încuraja acest lucru este prevăzută acordarea de stimulente pentru menținerea în activitate a persoanelor vârstnice.

Măsuri de promovare a îmbătrânirii active în condiții bune de sănătate sunt prevăzute și în *Strategia națională pentru ocuparea forței de muncă 2021 – 2027*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.558/2021. Strategia prevede pachete de măsuri și servicii de ocupare și formare adaptate grupurilor dezavantajate, pentru persoanele cu vârsta peste 50 de ani, precum și finanțarea serviciilor de susținere a îmbătrânirii active prin implicarea lucrătorilor vârstnici de peste 60 de ani în programe de mentorat pentru formarea şi integrarea lucrătorilor noi.

Condiționalități legate de implementarea măsurii

Implementarea acestei măsuri ar trebui să fie legată și de promovarea unor programe stimulative pentru angajatori care să promoveze și la nivelul acestora menținerea în ocupare a persoanelor vârstnice după vârsta standard de pensionare dacă acestea își doresc acest lucru.

Scop	**Prelungirea vieții active a persoanelor care doresc să amâne vârsta la care ies la pensie potrivit cadrului legal existent**
Grup țintă	Salariați care au atins vârsta standard de pensionare
Instituții implicate	Ministerul Muncii și Solidarității Sociale Casa Națională de Pensii Publice
Surse de finanțare	Stimulentele prevăzute a fi acordate pentru cei care doresc să amâne vârsta la care ar trebui să iasă la pensie conform legislației în vigoare la momentul luării acestei decizii pot avea ca sursă de finanțare bugetul de stat sau alte surse identificate la nivel guvernamental.
Efecte prognozate: impact economic, social, de mediu	• Impact economic: reducerea presiunii pe sistemul public de pensii; • Impact social: îmbunătățirea nivelului de trai al persoanelor vârstnice; • Impact de mediu: - nu este cazul.

Bibliografie

Baker, P. M. A., & Moon, N. W. (2008). Policy change and the accommodating workplace: issues, barriers, and opportunities. In: Mann,W.C. (Ed.)Aging, Diasbility and Independence, 22. IOS Press, pp. 161–174

Chávez, E. M., Kossioni, A., & Fukai, K. (2022). Policies Supporting Oral Health in Ageing Populations Are Needed Worldwide. Int Dent J., 72(4S), S27-S38. doi: 10.1016/j.identj.2022.06.014

Dudová, R. (2018). Care Allowance as 'Special Money': The Meanings and Uses of the Care Allowance in Close Relationships. Gender and Research, 19(1), 58 –80

Ehlers, A., Naegele, G., & Reichert, M. (2011). Volunteering by older people in the EU. https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/50952d8a-ce04-4bba-a2ff-f4bcad58fd41

Evans, G. W., Wells, N. M., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: A review of the evidence and a methodological and conceptual critique. Journal of Social Issues, 59(3), 475-500. https://doi.org/10.1111/1540-4560.00074

Evans, G. W. E., Kantrowitz, E., & Eshelman, P. (2002). Housing Quality and Psychological Well-Being Among the Elderly Population, The Journals of Gerontology: Series B, 57(4), 381–383. https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.P381

European Parliament Recommendation 1428. (1999). Future of senior citizens: protection, participation and promotion. https://rm.coe.int/09000016804cb545

European Parliament Resolution 1793. (2011). Promoting active ageing – capitalising on older people's working potential. https://pace.coe.int/pdf/4ab6b1bf9cfaf20a34e41a1b26802629cd742969493cc26b0c27325791b8b120/res.%201793.pdf

Franklin, K. K., & Hart, J. K. (2007). Idea generation and exploration: benefits and limitations ofthe policy Delphi research method. Innov. High. Educ., 31, 237–246

Ghența, M., Matei, A., Aartsen, M., & Rothe, F. (2022). Pension, health and long-term care policy frameworks for older people in Norway and Romania A descriptive report. https://amase-project.eu/wp-content/uploads/2022/06/Policy-descriptivereport_02.06.22.pdf

Greenfield, E. A., Oberlink, M., Scharlach, A. E., Neal, M. B., & Stafford, P. B. (2015). Age-friendly community initiatives: Conceptual issues and key questions. Gerontologist, 55, 191–198. doi: 10.1093/geront/gnv005

Grødem, A. S., & Hippe, J. M. (2021). How Occupational Pensions Shape Extended Working Lives: Gender, Class and Chance after the Norwegian Pension Reform. Work, Employment and Society, 35(6), 1115–1132. https://doi.org/10.1177/0950017020952619

Heger, D., & Korfhage, T. (2018). Care choices in Europe: To Each According to His or Her Needs?. The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financining, 55, 1–16. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0046958018780848

INS (2023). Tempo-online. http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table

Kemperman, A., van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. Int J Environ Res Public Health, 16(3), 406. 10.3390/ijerph16030406

Legea nr. 1/2020 privind pensiile ocupaţionale. Monitorul Oficial nr. 10 din 8 ianuarie 2020

Legea nr. 292/2011 privind asistenţa socială. Monitorul Oficial nr. 905 din 20 decembrie 2011

Leung, K.C.-M., & Chu, C.-H. (2023). Dental Care for Older Adults. Int. J. Environ. Res. Public Health, 20, 214. 10.3390/ijerph20010214

Ministerul Muncii și Solidarității Sociale. (2023). Pilonul IV. https://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/legislatie/12-pensii-asigurari-sociale/6545-pilonul-iv-pensiile-ocupationale

Planul Naţional de Redresare şi Rezilienţă. (2021). https://mfe.gov.ro/pnrr/

Rikkonen, P. (2005). Scenarios for future agriculture in Finland: a Delphi study among agrifood sector stakeholders. Agric. Food Sci., 14, 205–223

Scharlach, A. E., & Lehning, A. J. (2012). Ageing-friendly communities and social inclusion in the United States of America. Ageing Soc., 33, 110–136. 10.1017/S0144686X12000578.

Sewdas, R., de Wind, A., van der Zwaan, L.G., van der Borg, W. E., Steenbeek, R., van der Beek, A. J., & Boot, C. R. L. (2017). Why older workers work beyond the retirement age: a qualitative study. BMC Public Health 17, 672. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4675-z

Siren, A (2021). Beyond accessibility: transport systems as a societal structure supporting inclusion in late-life. In Walsh, K, Scharf, T, Van Regenmortel, S and Wanka, A (eds), Social Exclusion in Later Life. International Perspectives on Aging, Vol. 28. Cham, Switzerland: Springer, pp. 327–338.

Strategia națională a locuirii pentru perioada 2022—2050. (2022). Monitorul Oficial nr. 653 din 30 iunie 2022

Strategia națională de sănătate 2023-2030 „Pentru sănătate, împreună”. (2023). Monitorul Oficial nr. 962 din 24 octombrie 2023

Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2022-2027. (2022). https://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/minister-2019/strategii-politici-programe/6562-sn-incluziune-sociala-2022-2027

Strategie națională privind îngrijirea de lungă durată și îmbătrânirea activă pentru perioada 2023-2030. (2022). https://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/minister-2019/strategii-politici-programe/6836-sn-ingrijire-lunga-durata-imbatranire-activa-2023-2030

Strategia națională pentru ocuparea forței de muncă 2021 – 2027. (2021). https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/SNOFM_2021-2027.pdf

Strategia națională privind incluziunea socială a persoanelor fără adăpost pentru perioada 2022-2027 (2022). Monitorul Oficial nr. 1247 din 23 decembrie 2022

Turoff, M. (1970). The design of a policy Delphi. Technol. Forecast. Soc. Chang., 2, 149–171.

Turoff, M. (1975). The policy Delphi. În: Linstone, H.A., Turoff, M. (Eds.), The Delphi Method: Techniques and Applications. Addison-Wesley Publishing Co., Reading, Mass., pp. 84–100.

Veugelers, R., Menno, I. G., Patk, P., & Huijsman, R. (2020). Improving design choices in Delphi studies in medicine: the case of an exemplary physician multi-round panel study with 100% response. Medical Research Methodology, 20, 156. https://doi.org/10.1186/s12874-020-01029-4

Von der Gracht, H. A. (2008). The Future of Logistics. Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-9764-7_3

Wheaton, F., & Crimmins, E. M. (2013). The Demography of Aging and Retirement. In: Wang M, editor. The Oxford Handbook of retirement. New York: Oxford University Press. pp. 22–41

Wija, P. (2015). Formal and informal long-term care and the role of family carers. Eur J Men Health,10(2), 233-244

Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. Eur J Ageing, 14, 81–98. https://doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). Social determinants of health: the solid facts, 2nd ed (en). World Health Organization. Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568

World Health Organization (2015). World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2015

Zhang, Z., & Wang, Z. (2022). Quality of housing and association with ADL situation among older adults in China's rural contexts. J Hous and the Built Environ, 37, 909–925. https://doi.org/10.1007/s10901-021-09869-2