

# Calitatea vietii persoanelor vârstnice din România, în contextul integrării în Uniunea Europeana

## Cuprins

1. Introducere.....	4
2. Îmbătrânirea populației în țări ale Uniunii Europene.....	6
2.1. Aspecte generale.....	6
2.2. Factori demografici determinanți ai procesului de îmbătrânire a populației.....	9
2.2.1. Rata de fertilitate.....	9
2.2.2. Rata de mortalitate.....	10
2.2.3. Creșterea speranței de viață.....	12
a) la naștere.....	12
b) la 60 ani.....	13
c) la 80 ani.....	13
2.3. Amplitudinea și viteza de îmbătrânire a populației.....	13
2.4. Modificările în structura pe grupe mari de vârstă a populației.....	14
2.4.1. Distribuția populației pe grupe mari de vârstă.....	14
2.4.2. Indexul de îmbătrânire.....	17
2.4.3. Vârsta medie a populației.....	18
2.4.4. Rata de dependență.....	18
2.5. Profilul demografic al populației vârstnice.....	19
2.5.1. Structura pe grupe de vârstă.....	19
2.5.2. Raportul de masculinitate.....	20
2.6. Caracteristicile demografice și regionale ale persoanelor vârstnice din România.....	21
2.7. Evoluția îmbătrânirii populației din România.....	22
3. Situația socio - economică a persoanelor vârstnice din România.....	26
3.1. Veniturile.....	26
3.1.1. Situația materială.....	26
3.1.2. Evaluarea subiectivă a veniturilor persoanelor vârstnice.....	29
3.2. Evoluția puterii de cumpărare a pensiilor.....	29
3.3. Cheltuielile totale ale gospodăriilor de pensionari.....	32
3.4. Locuința.....	34
3.5. Inzestrarea cu bunuri de folosință îndelungată.....	35
3.6. Viața de familie.....	36
3.6.1. Vârstnicii singuri.....	36
3.6.2. Vârstnicii căsătoriți.....	37
3.6.3. Alte posibilități de trai ale vârstnicilor.....	37
3.7. Vârstnicii în instituții de asistență socială.....	38
3.8. Petrecerea timpului liber.....	39
4. Sănătatea vârstnicilor în România și în unele țări din Uniunea Europeană.....	40
4.1. Sănătatea și calitatea vieții.....	40
4.2. Sănătatea subiectivă a vârstnicilor.....	42
4.3. Indicatori statistici ai sănătății.....	45
4.3.1. Speranța de viață.....	45
4.3.2. Mortalitatea și morbiditatea.....	50

4.4.Îngrijirile de sănătate .....	54
4.4.1.Situația în țările Uniunii Europene.....	54
4.4.2.Satisfația privind sistemul de îngrijiri a sănătății în țările europene.....	56
4.4.3.Îngrijirile de sănătate în România.....	57
4.5.Sănătatea socială.....	59
4.6.Stilul de viață sănătos pentru vârstnici .....	60
4.7.Cheltuielile pentru sănătate.....	62
5. Concluzii.....	64
6. Propuneri.....	74
Bibliografie.....	80

## ANEXE

## Capitolul I Introducere

Capitolele prezentei analize au în vedere aspecte ale calității vieții populației vârstnice: fenomenul de îmbătrânire, situația economică (venituri, cheltuieli), bunăstarea subiectivă, calitatea locuințelor, înzestrarea cu bunuri de folosință îndelungată, viața de familie, instituționalizarea, relațiile sociale, petrecerea timpului liber, starea de sănătate subiectivă și serviciile de sănătate.

Condițiile de viață sunt elementul central pentru îmbunătățirea calității vieții, deoarece de ele depinde posibilitatea persoanelor vârstnice de a-și realiza scopurile. Aceste scopuri pot fi atinse în condițiile impuse de sustenabilitatea economică și de respectarea drepturilor și nevoilor celorlalți, într-un anumit mediu instituțional și de politici și într-un anumit context comunitar și societal.

Factorii care determină condițiile de viață ale persoanelor vârstnice sunt: sistemul de protecție socială, sistemul de asigurări sociale, sistemul public de pensii, serviciile de asistență socială și serviciile de sănătate, iar eficiența acestora este strict corelată cu nivelul de dezvoltare al societății.

Scopul analizei îl constituie *descrierea* condițiilor de viață obiective și a componentelor subiective ale calității vieții populației vârstnice din *România* și *efectuarea* unei comparații între acestea și elemente similare din unele țări membre ale Uniunii Europene.

În timp ce în țările în curs de dezvoltare se pune accent pe sistemul de indicatori pentru caracterizarea gradului de sărăcie, la nivelul țărilor dezvoltate atenția este îndreptată spre acei indicatori care cuantifică nivelul și calitatea investiției în capitalul uman, protecția mediului înconjurător, protecția socială, siguranța persoanei etc. Datele prezentate în analiză provin din documentele statistice și analizele secundare ale unor cercetări realizate în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții și Institutului Național de Statistică, precum și din eurobarometre - studii bazate pe informații preluate din anchetele organizate la nivel național și publicate de EUROSTAT.

În cazul eurobarometrelor, pentru unele țări pot exista distorsiuni privind reprezentativitatea datelor, precum și dificultăți de comparare, din următoarele cauze:

- rata mare a non-răspunsurilor;
- dimensiunea prea mică a eșantionului raportat la gradul de detaliu cerut de scopurile analizei și față de dimensiunea populației totale;
- folosirea în paralel a unor indicatori preluați din eurobarometre diferite, unii dintre ei putând să aibă semnificații similare;

- numărul mic de indicatori folosiți la nivel național nu au un “echivalent” în definițiile și în nomenclatoarele folosite la nivelul EUROSTAT-ului.

Problemele menționate nu reduc însă valoarea generală a datelor, deoarece acestea sunt prezentate și interpretate cu atenție, ținându-se seama de aria de acțiune geografică, condițiile specifice ale țării respective și de subiectul abordat.

Ne referim la vârstnici (+65 ani sau +60 ani) sau la “pensionari”, în funcție de sursa datelor, ca la categorii interschimbabile din punctul de vedere al obiectivelor analizei. Deși nu toți vârstnicii sunt pensionari și nu toți pensionarii se încadrează în vârsta 65 (60) ani și peste, există, totuși o arie foarte mare de suprapunere.

Persoanele vârstnice formează un grup eterogen din punct de vedere al vârstei, calificării, sexului, stării civile, venitului etc. Între ei există inegalități diverse și nu toți definesc în același fel calitatea vieții. Acest lucru este subiectiv și depinde de așteptările indivizilor, de valorile lor și nu numai de vârsta lor. De asemenea, calitatea vieții este definită și de vârstnici, într-o manieră determinată cultural și social.

## Capitolul II

### IMBĂTRANIREA POPULAȚIEI ÎN ȚĂRI ALE UNIUNII EUROPENE

#### 2.1. Aspecte generale

Termenul de îmbătrânire desemnează în primul rând, un fenomen individual, cel al incidenței vârstei, în dimensiunile sale biologice și psihologice, asupra persoanei, de la nașterea sa până la deces.

Îmbătrânirea populației este un fenomen mondial. Conform datelor ONU, ponderea populației de vârsta a treia se va mări, pe termen lung, chiar în regiunile unde natalitatea este superioară ratei de înlocuire. Fenomenul îmbătrânirii se manifestă în prezent, în mod deosebit, în Europa (21,1% din populație are 60 ani și peste, iar procentele pe sexe sunt: 17,9% - pentru bărbați și 24,0% - pentru femei), și Japonia (26,8% de 60 ani și peste, iar procentele pe sexe sunt: 24,1% - pentru bărbați și 29,3% - pentru femei).

Se apreciază că Europa a atins deja un stadiu critic: după un secol de creștere demografică naturală, perspectiva pentru acest secol este, dimpotrivă, un declin natural și o îmbătrânire excesivă a populației. O mare parte dintre țările Europei orientale cunosc, deja, declinul demografic și numeroase țări occidentale îl vor cunoaște într-un viitor apropiat. Urmare a diferențelor de intensitate și de ritm care vor persista între diferitele țări, toate societățile europene au sau vor avea de făcut față, în principal, acelorași tendințe, în materie de declin și îmbătrânire demografică.

Schimbările în structura pe grupe mari de vârstă au un puternic impact la nivelul proceselor economice, sociale și politice. Pe măsură ce populațiile îmbătrânesc, unele beneficii cum ar fi pensiile, asistența medicală sau susținerea materială pentru persoanele vârstnice trebuie acordate pe perioade mai mari. De asemenea, pentru a rămâne sustenabile, sistemele de securitate socială trebuie să se schimbe. Creșterea longevității poate antrena costuri medicale și creșterea cererii pentru serviciile de sănătate, deoarece persoanele vârstnice sunt mai vulnerabile de a contracta boli cronice.

Reducerea ratei de fertilitate și a ratei de mortalitate sunt principalele cauze determinante ale declanșării și extinderii procesului de îmbătrânire.

În primele faze ale actualului proces de tranziție demografică, scăderea ratei de fertilitate a fost cea mai importantă, urmând ca atunci când procesul va atinge ultimele faze, reducerea ratei de mortalitate, în special la vârstele înaintate, să contribuie la creșterea numărului de persoane vârstnice și implicit la accelerarea procesului de îmbătrânire.

O importantă consecință a reducerii ratei de fertilitate o constituie reducerea progresivă a generațiilor viitoare

apte să intre pe piața forței de muncă și să contribuie la fondul de asigurări sociale și de sănătate pentru cei ce vor fi atunci pensionari. Această situație poate avea un impact semnificativ asupra bunăstării persoanelor vârstnice, în special în țările sărace, cu posibilități reduse de a acorda suport acestei categorii de populație. De asemenea, mărirea șanselor de supraviețuire la vârste înaintate ar trebui să determine eforturi de îmbunătățire a stării de sănătate a acestei categorii de populație și să conducă la reforme în sistemele naționale de pensii și de sănătate. Totodată, este importantă și viteza acestui proces, deoarece atunci când ponderea vârstnicilor în total populație crește rapid într-o perioadă scurtă, devine dificil ca instituțiile abilitate să se adapteze în același ritm. Modificarea structurii pe grupe mari de vârste, în sensul creșterii procentului populației de 60 ani și peste în total, determină scăderea ponderii celorlalte grupe de vârstă, tinde să creeze presiuni sociale și politice determinate de schimbarea modului de alocare a resurselor în societate, provocând conflicte între generații. Un indicator semnificativ al acestui proces este indicele de îmbătrânire (calculat ca raport între numărul de persoane de 60 ani și peste ce revin la 100 copii din grupa de vârstă 0-14 ani).

O scădere a ratei potențiale de sprijin, implicit o rată de dependență crescută, indică o creștere a numărului de beneficiari ai sistemelor de sănătate și de pensii, care vor fi „suportați” de un număr tot mai mic de contribuabili. Astfel, populația în vârstă de muncă va fi „împovărată” prin plata unor taxe mai mari și a altor contribuții care să asigure pensionarilor un venit stabil și suficient.

Familia rămâne o sursă principală de sprijin pentru persoanele vârstnice și are un rol important pentru persoanele foarte vârstnice, ale căror nevoi socio-economice sunt mai mari. Procesul de îmbătrânire prezintă 2 componente importante: avansarea în vârstă a însuși segmentului actual de populație vârstnică și faptul că femeile reușesc să ajungă la vârste mai avansate decât bărbații.

Creșterea rapidă a proporției „celor mai în vârstă dintre vârstnici” în total vârstnici are o importanță specială în termeni de politici publice, deoarece acest segment de vârstă, din cauza degradării firești a stării de sănătate, reclamă îngrijiri speciale pe termen lung. Segmentul populației de 80 ani și peste este în creștere rapidă în majoritatea țărilor europene și este de așteptat să crească în continuare cel puțin până la orizontul anului 2050. Deși la nivelul întregii populații, procentul celor de 80 ani și peste este mic, numărul de persoane ce vor intra în acest segment de vârstă este în creștere în special în țările dezvoltate, precum și în România.

Ponderea în creștere a femeilor în totalul populației vârstnice este de asemenea importantă. Deoarece rata de mortalitate este mai mare în rândul bărbaților decât al femeilor, chiar și la vârstele înaintate, procentul femeilor pe grupe de vârstă este în creștere.

În majoritatea țărilor, numărul femeilor vârstnice îl depășește pe cel al bărbaților vârstnici. Acest dezechilibru pe sexe poate avea implicații pentru societate, deoarece femeile vârstnice au mai puțină educație, experiență de muncă, mai puțin acces la serviciile de asistență publică sau la fondurile private de pensii decât bărbații vârstnici.

În unele țări în care instituționalizarea nu e disponibilă sau e stigmatizată, predomină situația în care persoana vârstnică în nevoie și ajunsă la o vârstă avansată, locuiește împreună cu copiii sau cu alte rude. În majoritatea țărilor, nivelul de instituționalizare este mai ridicat pentru femeile vârstnice decât pentru bărbații vârstnici, din cauză că probabilitatea ca acestea să rămână văduve este mai mare.

Astfel, pe țări, diferențele procentuale între bărbații vârstnici și femeile vârstnice care sunt asistate în instituții de tip ”cămin”, sunt următoarele:

Procentul persoanelor vârstnice în total populație se referă la anul 2007 pentru Europa și la anul 2005 pentru Japonia

Rata potențială de sprijin reprezintă numărul persoanelor cu vârsta între 15-64 ani, raportat procentual la persoanele de 65 ani și peste, iar rata de dependență reprezintă numărul persoanelor de 65 ani și peste raportat procentual la numărul de persoane cu vârsta între 15 - 64 ani.

Datele cu privire la procentele persoanelor vârstnice instituționalizate, au fost preluate din publicația: “World population Ageing,2007 – United Nation, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2007”

**Tabelul nr.1**

Tara	Austria	Belgia	Bulgaria	Cehia	Cipru	Danemarca	Estonia	Finlanda	Franta	Grecia	Irlanda	Irlanda de Nord
<b>Anul</b>	1986	1981	1992	1991	1992	1991	1989	2000	1999	1991	1981	1981
<b>% masculin</b>	2,1	2,5	0,3	1,3	1,7	2,9	1,2	2,3	3,2	1,5	5,9	2,9
<b>% feminin</b>	4,2	5,5	0,4	2,4	3,0	5,2	1,5	4,7	5,7	1,7	8,3	4,5
<b>% feminin - masculin</b>	2,1	3,0	0,1	1,1	1,3	2,3	0,3	2,4	2,5	0,2	2,4	1,6

Tara	Italia	Letonia	Lituania	Luxemburg	Marea Britanie	Polonia	Portugalia	Romania	Slovenia	Spania	Suedia	Ungaria
<b>Anul</b>	1981	1989	1989	1981	1981	1988	1991	1992	1991	1981	1990	1996
<b>% masculin</b>	1,5	1,4	0,2	3,1	2,2	0,7	1,5	0,3	0,3	1,4	1,2	1,3
<b>% feminin</b>	3,0	1,6	0,3	7,0	3,9	1,1	2,2	0,3	0,5	2,3	2,1	2,0
<b>% feminin - masculin</b>	1,5	0,2	0,1	3,9	1,7	0,4	0,7	0,0	0,2	0,9	0,9	0,7

Se constată că cea mai mare diferență între procentul femeilor vârstnice și al bărbaților vârstnici instituționalizați există în Luxemburg (3,9%), Belgia (3,0%), Franța (2,5%), Finlanda (2,4%), Irlanda (2,4%) și cea mai scăzută diferență în Slovenia (0,2%), Bulgaria (0,1%), Lituania (0,1%).

Efectele procesului de îmbătrânire s-au făcut simțite și în *România*, la 1 ianuarie 2000, când populația vârstică a întrecut numeric și procentual populația tânără.

Astfel, la 1 ianuarie 2000, numărul total al populației României a fost de 22.455.000 persoane. Numărul persoanelor de peste 60 ani a fost de 4.196.419 persoane (18,7%) și l-a devansat cu 36.852 persoane pe cel al celor cu vârsta între 0 -14 ani (4.159.567 persoane).

## 2.2.Factorii demografici determinanți ai procesului de îmbătrânire a populației

### 2.2.1.Rata de fertilitate

Reducerea ratei de fertilitate a fost cauza de bază a procesului de îmbătrânire, deoarece pe măsură ce atinge nivele cât mai scăzute, cetățenii aflați la vârstele de reproducere au mai puțini copii, determinând reducerea

proporției copiilor și a tinerilor în total populație, ceea ce conduce la creșterea ponderii populației vârstnice. În prezent, 5 țări din Uniunea Europeană (Bulgaria, Cehia, Polonia, Slovacia și Slovenia) au nivelul ratei de fertilitate de 1,2 copii la o femeie, nivel fără precedent în istoria umanității. Situația acestora nu se va îmbunătăți nici în viitor.

În perspectiva anilor 2025-2050 se preconizează o ușoară creștere a ratei de fertilitate și în unele țări majorarea procentului populației din grupa [0-14] ani.

Nivelul de înlocuire al generațiilor ar putea fi asigurat de o rată generală a fertilității de 2,1 copii la o femeie, nivel ce nu va fi atins de nici o țară, nici în anul 2050, rezultând că declinul demografic, va fi ameliorat, dar nu va începe stoparea acestuia.

### 2.2.2.Rata de mortalitate

În *România*, ratele de mortalitate sunt în scădere la toate grupele de vârstă, în special la grupele de vârstă înaintată. În condițiile în care rata de fertilitate scade și continuă să rămână scăzută, reducerea ratelor de mortalitate la vârstnici este o cauză importantă a îmbătrânirii populației.

Totuși în contextul țărilor din Uniunea Europeană, *România* ocupă un loc extrem la acest indicator, fiind depășită, la grupa de 65 ani și peste (62,6 decese la 1.000 locuitori) numai de Bulgaria, cu o rată de mortalitate de 65,0 decese la 1.000 locuitori (date din anul 2006).

În *România*, în anul 2007 au fost 251.965 decese, cu 6.129 mai puține decât în anul 2006 (258.094), rata mortalității ajungând la 11,7 decese la 1000 de locuitori. Rata mortalității masculine (număr de decedați la 1.000 locuitori) de 12,7 o/oo a fost superioară celei feminine (10,7 o/oo), constatându-se o tendință de scădere a acestui indicator în ultimii ani, la ambele sexe .

Mortalitatea generală a înregistrat, în anul 2007, un minim de 25,30/oo la grupa de vârstă 65-69 ani și un maxim de 197,2 0/oo la grupa de vârstă 85 ani și peste.

Potrivit datelor din tabelul nr.2, rezultă că, în anul 2007, au decedat 182,6 mii persoane vârstnice (reprezentând 72,5% din totalul deceselor generale), în creștere cu 6,5% față de anul 1992. Rata mortalității populației vârstnice a fost, însă, în scădere: de la 67,7 în 1992 la 57,1 în 2007.

Tabelul nr. 2

		1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007
Decese la persoane vârstnice	Valori absolute (mii pers.)	171,4	170,2	187,1	178,2	174,8	188,5	184,4	189,7	198,3	182,6
	Procente (în total decese)	65,0	64,0	65,4	66,2	68,3	69,9	71,2	72,4	76,8	72,5
Rata mortalității vârstnicilor (decese persoane vârstnice la 1000 persoane vârstnice)		67,7	64,1	67,6	61,8	58,5	61,6	58,6	59,4	62,2	57,1

Numărul de decese înregistrate în anul 2007, care privesc persoanele vârstnice a înregistrat un minim la grupa de vârstă 65-69 ani - de 25.386 persoane și un maxim la grupa de vârstă 75-79 ani - de 43.292 persoane.

În intervalul 1992 – 2007, rata mortalității populației vârstnice (65 ani și peste) din mediul rural a depășit-o pe cea din mediul urban. (tabelul nr.3)

Tabelul nr. 3  
decese la 1.000 persoane

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Total</b>	67,54	65,3	64,1	64,2	67,6	64,1	61,8	61,8	58,5	58,2	61,6	60,5	58,6	59,4	58,8	57,2
<b>Urban</b>	66,56	63,4	62,1	61,7	63,7	61,9	59,9	59,4	57,3	56,4	59,1	58,0	56,5	57,6	57,0	55,8
<b>Rural</b>	68,13	66,5	65,3	65,7	70,1	65,5	63,0	63,4	59,3	59,5	63,2	62,3	60,1	60,8	60,2	58,2
<b>Diferența Rural-Urban</b>	1,6	3,1	3,3	3,9	6,5	3,6	3,1	4,1	2,0	3,1	4,1	4,3	3,6	3,2	3,2	2,4

Accesibilitatea mai dificilă la serviciile de îngrijire medicală, numărul redus și slaba dotare a unităților din sistemul sanitar, gradul mai mare de îmbătrânire demografică a populației, au fost principalele cauze care au determinat o mortalitate mai ridicată în mediul rural. În schimb, poluarea mai ridicată, alimentația nesănătoasă și insuficientă, singurătatea și stresul au fost factori importanți care au afectat sănătatea populației vârstnice din mediul urban.

Se manifestă o scădere a mortalității vârstnicilor la toate grupele de vârstă, atât pentru bărbați, cât și pentru femei (tabelul nr.4). Ratele de mortalitate sunt net superioare în favoarea sexului masculin, la intervalele de vârstă mai mici, urmând ca diferențele să se aplatizeze pe măsură ce se avansează în vârstă.

Tabelul nr. 4  
decese la 1.000 persoane

Anul	Sexul	65-69 ani	70-74 ani	75-79 ani	80-84 ani	85 ani și peste
1992	Total	30,2	46,5	82,8	133,2	237,9
	Masculin	40,0	58,4	95,5	146,6	247,7
	Feminin	22,3	38,5	74,7	124,7	232,1
2004	Total	27,3	41,8	68,5	112,8	222,0
	Masculin	38,1	54,0	82,5	127,0	229,7
	Feminin	19,0	32,8	59,2	104,8	218,2
2006	Total	26,1	40,7	66,2	112,2	212,9
	Masculin	37,0	53,2	80,2	125,7	219,3
	Feminin	17,7	31,9	56,9	104,4	209,7
2007	Total	25,3	38,5	62,7	106,1	197,2
	Masculin	35,4	50,6	75,6	119,8	202,9
	Feminin	17,5	29,8	54,1	98,0	194,4

### 2.2.3. Creșterea speranței de viață

#### a) la naștere

Speranța de viață la naștere este reprezentată de numărul de ani pe care i-ar trăi un nou născut dacă s-ar menține modelul actual de mortalitate. Prolungirea speranței de viață este o constantă în țările

dezvoltate. Speranța de viață la naștere este în creștere în toate țările Uniunii Europene, pe toate intervalele de prognoză.

În intervalul 2005-2010, speranța de viață este maximă în: Suedia (80,8 ani -total, 78,6 ani - masculin) și Spania (83,8 ani - feminin) și minimă în: România (72,1 ani – total și 75,7 ani - feminin) și Estonia (67,0 ani - masculin) (Anexa nr.1).

Situația nu se va schimba nici în viitor (în intervalele 2025-2030 și 2045-2050), când valorile vor rămâne minime pentru România (total și feminin) și Estonia (masculin).

Speranța de viață la naștere este mai mare la femei decât la bărbați, pentru toate cele trei intervale, cele mai mari diferențe înregistrându-se în ordine, în: Estonia (10,9 ani), Lituania (8,9 ani) și Lituania (8,0 ani) și cele mai mici diferențe în: Suedia (4,4 ani), Letonia (0,0 ani) și Marea Britanie (3,6 ani).

Între perioadele dintre intervalele de prognoză, creșterea speranței de viață la naștere va fi maximă pentru Estonia (3,9 ani) – prima perioadă și România (3,0 ani) – a doua perioadă și minimă pentru Grecia (1,7 ani - prima perioadă și 1,6 ani - a doua perioadă).

### **b) la 60 ani**

Speranța de viață la 60 ani este reprezentată de numărul de ani pe care i-ar trăi o persoană ajunsă la 60 ani, dacă s-ar menține modelul actual de mortalitate.

Pentru toate intervalele de cercetare, speranța de viață la 60 ani este maximă în Italia (23,5 ani – pentru 2005-2010, 25,2 ani - pentru 2025-2030 și 27,0 ani – pentru 2045 -2050) și minimă în Bulgaria (18,0 ani și 19,9 ani) – pentru primele două intervale și România (21,6 ani) – pentru intervalul (2045-2050).

### **c) la 80 ani**

Speranța de viață la 80 ani este reprezentată de numărul de ani pe care i-ar trăi o persoană ajunsă la 80 ani, dacă s-ar menține modelul curent de mortalitate.

Speranța de viață la 80 ani este maximă în Franța (9,1 ani - pentru 2005-2010) și Italia (10,1 ani - pentru 2025-2030 și 11,3 ani - pentru 2045 -2050) și minimă în Bulgaria (6,2 ani - pentru 2005-2010, 7,1 ani - pentru 2025-2030 și 8,1 ani – pentru 2045 -2050).

## **2.3. Amplitudinea și viteza de îmbătrânire a populației**

Rata de creștere (descreștere) medie a populației pe total și pe vârste este calculată pornind de la presupunerea că fenomenul este continuu în cele trei intervale de studiu: 2005-2010, 2025-2030, 2045-2050.

Populațiile țărilor din Europa Estică (inclusiv România), o parte a populațiilor țărilor Europei de Nord (Estonia, Letonia, Lituania), Europei de Sud (Grecia, Italia, Slovenia, Spania) și Europei de Vest (Franța, Germania, Olanda) vor scădea, pe toate intervalele de prognoză (Anexa nr.2).

Țările a căror populație va crește numeric sunt : Cipru, Luxemburg, Danemarca, Irlanda, Marea Britanie și Suedia, acestea având ritmuri de creștere pozitive a populațiilor, pe toate intervalele de prognoză.

În prezent, pe intervalul 2005-2010, țările cu cele mai mari ritmuri de creștere a populației de 60 ani și peste, sunt: Malta (3,9%), Finlanda (3,2%), Irlanda (2,9%), Olanda (2,8%) și cu cele mai mici: Ungaria (0,5%), Estonia (0,4%), Germania (0,4%) și Letonia (0,1%),

În intervalul de prognoză 2025-2030, țările cu cele mai crescute ritmuri de creștere a populației de 60 ani și peste, vor fi: Irlanda (3,1%), Luxemburg (2,6%), Spania (2,0%), Austria (1,9%) și cu cele mai scăzute Malta (0,4%) Polonia (0,3%), Estonia (0,1%) și Letonia (0,1%).

La orizontul anilor 2045-2050, câteva țări din Europa de Vest: Belgia (-0,1%), Germania (-0,1%), Olanda(-



0,2%), Europa de Sud: Grecia (-0,2%), Portugalia (-0,2%), Slovenia (-0,2%), Spania(-0,4%), Italia(-0,7%) și Europa de Nord: Danemarca (-0,2%), vor înregistra o ușoară “împrospătare” a populațiilor, având ritmuri de scădere a populației de 60 ani și peste, pe acest interval de prognoză.

## 2.4.Modificările în structura pe grupe mari de vârstă a populației

### 2.4.1.Distribuția populației pe grupe mari de vârstă

Pentru analiză, populația țărilor este împărțită în trei grupe mari de vârstă: 0 – 14 ani (copii), 15 – 59 ani (persoane apte de muncă) și 60 ani și peste (vârstnicii).

Urmare procesului de îmbătrânire, segmentul de vârstă de 60 ani și peste va crește exploziv, depășind în toate țările 25,0% la orizontul anului 2050. Pentru acest segment de vârstă, creșterea procentuală variază între 4,2%-9,2% pentru intervalul 2005-2010, respectiv 1,0%-14,0% pentru intervalul 2025-2030.

Procentul persoanelor de 60 ani și peste, care în unele țări, este în prezent, în jurul valorii de 25,0% din totalul populației, va ajunge, în intervalul 2045 – 2050, în țările respective, între 35,0%-40,0%. În detaliu, pe țări și pe intervale de prognoză, situația este prezentată, după cum urmează:

Datele din subcapitolul 2.2.3 și capitolele 2.3, 2.4, 2.5, sunt pe 3 intervalele de prognoză: 2005-2010, 2025-2030 și 2045-2050, structură furnizată de o previziune a Organizației Națiunilor Unite(O.N.U) în publicația ” World population Ageing,2007”, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2007

Tabelul nr. 5  
% în totalul populației

Țara	Intervalul de prognoză		
	2005-2010	2025-2030	2045-2050
Italia	26,4	34,4	38,8
Germania	25,3	32,1	35,0
Suedia	24,1	28,3	30,9
Grecia	23,4	28,4	36,8
Austria	23,3	31,1	37,2
Bulgaria	22,9	28,2	38,8
Belgia	22,9	30,1	33,3
Letonia	22,8	28,0	38,3
Portugalia	22,8	29,1	36,3
Finlanda	22,6	30,8	32,6
Franta	21,9	29,0	33,0
Danemarca	21,9	27,2	28,2
Estonia	21,8	26,0	33,6
Marea Britanie	21,8	26,5	29,4
Spania	21,7	28,6	39,7
Ungaria	21,3	27,0	36,2
Slovenia	21,2	30,7	40,2
Cehia	21,1	28,7	39,3
Lituania	20,9	27,1	37,9

Olanda	20,1	28,6	31,3
Malta	20,1	29,0	35,2
România	19,5	23,9	37,6
Luxemburg	18,4	22,8	27,3
Polonia	17,4	26,6	37,9
Cipru	17,4	23,3	29,7
Slovacia	16,8	25,7	38,6
Irlanda	15,5	21,2	32,3

Creșterea segmentului de populație de 60 ani și peste se va face pe seama reducerii segmentului de populație de 15-59 ani și în unele cazuri (în țările cu rate de fertilitate redusă), a segmentului de populație de 0-14 ani. Situația segmentului de populație activă (15-59 ani), pe intervalele de prognoză, se prezintă astfel:

Tabelul nr. 6  
% în totalul populației

Țara	Intervalul de prognoză		
	2005-2010	2025-2030	2045-2050
Slovacia	67,4	61,0	48,7
Polonia	67,1	59,5	48,8
România	65,5	62,6	49,0
Slovenia	65,3	57,0	47,2
Cehia	64,9	58,4	47,5
Irlanda	64,4	61,4	52,3
Bulgaria	63,7	59,5	48,3
Spania	63,7	58,0	46,0
Cipru	63,7	59,7	54,4
Lituania	63,6	58,6	48,9
Ungaria	63,5	59,6	50,1
Estonia	63,5	56,2	50,6
Letonia	63,3	57,9	48,0
Malta	63,1	55,4	50,1
Luxemburg	62,9	60,3	56,1
Grecia	62,5	58,9	49,5
Olanda	62,0	55,9	53,1
Austria	61,8	55,6	49,2
Portugalia	61,4	57,0	49,3
Germania	60,8	54,2	50,1
Marea Britanie <sup>5</sup>	60,7	56,6	54,2
Finlanda	60,6	53,1	52,0
Belgia	60,6	54,7	51,4
Franta	60,0	54,5	51,2
Italia	59,7	53,7	45,6
Danemarca	59,5	56,1	55,1
Suedia	59,0	54,7	53,0

Reducerea segmentului de populație cu vârsta de 15-59 ani, va fi, pentru primul interval de prognoză, cea mai mică, în Luxemburg (2,6%), urmată de România (2,9%), Irlanda (3,0%) și cea mai mare în Finlanda (7,5%), Polonia (7,6%), Malta(7,7%) și Slovenia (8,3%).

Pentru al doilea interval de prognoză, procentul populației de 15-59 ani se va reduce cel mai puțin în: Danemarca (1,0%), Finlanda (1,1%), Suedia (1,7%), Marea Britanie

(2,4%) și cel mai mult în: Bulgaria (11,2%), Spania (12,0%), Slovacia (12,3%) și România (13,6%)

Se constată că în câteva decenii, România va trece de la o situație bună (intervalul 2025-2030) când acest segment va reprezenta 62,6% din total populație, la o situație critică (intervalul 2045-2050) când acest segment va reprezenta numai 49,0% din total populație.

Populația de 0-14 ani va înregistra creșteri în Estonia (1,1%), Letonia (0,2%) și Suedia (0,1%) în perioada dintre intervalele 2005-2010 și 2025-2030 și în Italia (1,2%), Germania (1,2%), Grecia (1,0%), Spania (0,9%), Bulgaria(0,6%), Portugalia (0,5%), Austria (0,3%), Cehia (0,3%), Slovenia (0,3%), Ungaria (0,3%), Belgia (0,1%) și Olanda (0,1), în perioada dintre intervalele 2025-2030 și 2045-2050.

Situația segmentului de populație 0-14 ani, pe țări, pentru intervalele de prognoză este următoarea:

Tabelul nr.7

% în totalul populației

Țara	Intervalul de prognoză		
	2005-2010	2025-2030	2045-2050
Irlanda	20,1	17,4	15,5
Cipru	18,9	17,0	15,9
Luxemburg	18,7	16,9	16,6
Danemarca	18,6	16,7	16,7
Franta	18,1	16,5	15,8
Olanda	17,9	15,5	15,6
Marea Britanie	17,5	16,9	16,4
Suedia	16,9	17,0	16,1
Finlanda	16,8	16,1	15,4
Malta	16,8	15,6	14,7
Belgia	16,5	15,2	15,3
Slovacia	15,8	13,3	12,7
Portugalia	15,8	13,9	14,4
Polonia	15,5	13,9	13,3
Lituania	15,5	14,3	13,2
Ungaria	15,2	13,4	13,7
Romania	15	13,5	13,4
Austria	14,9	13,3	13,6
Estonia	14,7	15,8	15,8
Spania	14,6	13,4	14,3
Grecia	14,1	12,7	13,7
Cehia	14	12,9	13,2
Letonia	13,9	14,1	13,7
Italia	13,9	11,9	13,1
Germania	13,9	13,7	14,9

Slovenia	13,5	12,3	12,6
Bulgaria	13,3	12,3	12,9

În cea ce privește România, la data de 1 ianuarie 2008 și la orizontul anului 2025, populația pe grupe mari de vârstă se prognozează a fi următoarea:

Tabelul nr. 8  
mii persoane

Grupe de vârstă	1 ianuarie 2008		2025	
	Număr	Pondere (%)	Număr	Pondere (%)
Total	21.528,6	100,0	19.858,4	100,0
0-14 ani	3.279,2	15,2	2.680,9	13,5
15-59 ani	14.053,8	65,3	12.431,4	62,6
60 ani și peste	4.195,6	19,5	4.746,1	23,9

Se constată că pe fondul menținerii unor valori scăzute ale natalității și fertilității, precum și datorită înaintării în vârstă a generațiilor, structura pe grupe mari de vârstă a populației României va continua să se modifice, în sensul reducerii numărului și ponderii tinerilor (0-14 ani) și al creșterii numărului și ponderii vârstnicilor (+60 ani) în totalul populației (tabelul nr. 8).

#### 2.4.2. Indexul de îmbătrânire

Indexul de îmbătrânire reprezintă raportul dintre numărul persoanelor de 60 ani și peste, calculat la 100 copii (din intervalul 0-14 ani).

În prezent, acest indice are valoarea sub 120, considerată normală, în următoarele țări: Irlanda(77,0), Cipru(91,8), Luxemburg (98,6), Polonia(112,3), Olanda(112,6), Danemarca(117,9), Malta(119,9) (Anexa nr.3). Numărul vârstnicilor îl depășește cu mult pe cel al copiilor în: Italia(189,8), Germania(182,3), Bulgaria(172,5), Grecia(166,0), Letonia(164,4).

O situație intermediară, dar cu perspective nedorite în viitor, se regăsește în Franța(121,1), Marea Britanie (124,7), România (130,3), Finlanda (134,3), Lituania (134,3), Belgia (139,2), Ungaria (140,1), Suedia (142,8), Portugalia (144,3), Estonia (148,3), Spania (149,2), Cehia (150,7), Slovenia (155,9), Austria (156,1).

În următoarele decenii, până în anul 2050, pentru anumite țări acest index de îmbătrânire va crește mai mult de 2 ori, față de valoarea din prezent: Malta(2,00 ori), Slovenia (2,03 ori), Cipru (2,04 ori), Lituania (2,14 ori), România (2,16 ori), Polonia (2,54 ori), Irlanda (2,71 ori), Slovacia (2,87 ori).

La nivelul României, la 1 ianuarie 2008, indexul de îmbătrânire a fost de 130,3, iar pe regiuni, acest indice se prezintă astfel: București-Ilfov (156,2), Sud-Muntenia (144,7), Sud-Vest(144,2), Vest(134,6), Sud-Est(127,4), Centru(120,4), Nord-Vest (120,1), Nord-Est (103,1).

#### 2.4.3. Vârsta medie a populației

Ca urmare firească a procesului de îmbătrânire, pentru toate țările, vârsta medie a populației va crește. Astfel, în prezent, printre cele mai “vârstnice” țări se numără: Italia(42,3 ani), Germania(42,1 ani), Finlanda (40,9 ani), iar printre cele mai “tinere” Slovacia (35,6 ani), Cipru(35,3 ani), Irlanda(34,3 ani) (Anexa nr.4).

La orizontul anului 2025, vârsta medie va avansa, astfel încât chiar și în cea mai “tânără” țară, va depăși 40 de ani. Astfel, printre cele mai “vârstnice” țări, locul întâi îl va ocupa tot Italia (50,5 ani), urmată de Slovenia (47,4 ani), Spania (47,2 ani), iar printre cele așa zise mai “tinere” Marea Britanie (41,4 ani), Luxemburg (41,3 ani), Cipru (40,2 ani).

În perioada 2045-2050, pe primele locuri se va situa Italia (52,5 ani), Slovenia (51,9 ani), Slovacia (51,8 ani), iar pe ultimele locuri Marea Britanie (42,9 ani), Luxemburg (42,9 ani), Danemarca (42,8 ani).

La nivelul României, la 1 ianuarie 2008, vârsta medie a fost de 38,7 ani, iar pe regiuni se prezintă astfel: București-Ilfov (39,8 ani), Sud-Muntenia (39,7 ani), Sud-Vest (39,6 ani), Vest (39,1 ani), Sud-Est (38,8 ani), Centru (38,3 ani), Nord-Vest (38,1 ani), Nord-Est (37,3 ani)

#### **2.4.4.Rata de dependență**

Rata de dependență reprezintă numărul de persoane de 65 ani și peste raportat procentual la numărul de persoane cu vârste între 15 - 64 ani.

De menționat că această rată furnizează o idee aproximativă privind gradul de împovărare al populației active dintr-o societate. Nu toată populația cu vârste între 15 – 64 este activă economic sau toată populația cu vârstă de 65 ani și peste este retrasă din activitate.

În prezent, această rată de dependență are cele mai mari valori în: Italia (31,1%), Germania (29,5%), Grecia (27,1%) și cele mai mici în Cipru (18,1%), Slovacia (16,6%), Irlanda (15,9%) (Anexa nr.5).

Valorile acestei rate sunt în creștere în toate țările, în perioada 2025-2030 fiind prognozate cele mai mari valori în: Italia (42,7%), Finlanda (40,5%) și Germania (38,2%), iar cele mai mici în: Cipru (26,3%), Luxemburg (24,5%) și Irlanda (22,8%).

Pentru intervalul 2045-2050, valorile acestui indicator va atinge cote alarmante în: Italia (69,2%), Spania (66,0%), Slovenia (60,1%), Cehia (58,3%) și Austria(55,0%)

La nivelul României, la 1 ianuarie 2008, rata de dependență a fost de 24,5%, iar pe regiuni, se prezintă astfel: Sud-Muntenia (24,4%), Sud-Vest (23,7%), Nord-Est (21,5%) Sud-Est (21,0%), Vest (20,3), Centru (19,8%), Nord-Vest (19,7%), București-Ilfov (19,3%).

### **2.5.Profilul demografic al populației vârstnice**

#### **2.5.1.Structura pe grupe de vârstă**

În cele mai multe țări, corespunzător poziției lor regionale și gradului de dezvoltare, procentul populației de 80 ani și peste crește mai mult decât orice alt segment de populație vârstnică.

Astfel, procentul maxim al populației de 80 ani și peste în total, pe cele trei intervale de prognoză este de: 5,6%, 8,4%, 15,2%, înregistrat în Italia. Procentul populației de 60 ani și peste în total, este maxim pentru intervalul 2005-2010 în Franța (22,9%) și pentru intervalele de prognoză, 2025-2030 și 2045-2050 în Italia(24,3% și 36,8%) (Anexa nr.6).

La nivelul României, la 1 ianuarie 2008, pe regiuni, situația se prezintă astfel:

Tabelul nr.9  
-procente-

	Total	Populația de 80 ani + in total		Populația de 80 ani +, în populația de 60 ani+
		Masculin 80+ (fata de total masculin)	Feminin 80+ (față de total feminin)	
Total	2,8	2,1	3,5	14,3
Nord-Est	2,7	2,1	3,4	14,8
Sud-Est	2,6	2,0	3,3	13,8
Sud	3,1	2,3	3,9	14,5
Sud-Vest	3,0	2,2	3,7	14,0
Vest	2,6	1,9	3,3	13,6
Nord-Vest	2,4	1,8	3,0	13,0
Centru	2,7	2,0	3,4	14,5
București	3,1	2,2	3,8	16,4

Cele mai mici valori pentru procentul populației de 80 ani și peste în total, cât și în populația de 60 ani și peste, se înregistrează în regiunea Nord-Vest (2,4% , respectiv 13,0%) și cele mai mari în regiunea București (3,1%, respectiv 16,4%).

### 2.5.2.Raportul de masculinitate

Acest indicator reprezintă numărul populației de sex masculin raportat la numărul populației de sex feminin, exprimat procentual.

Deoarece speranța de viață e mai ridicată în rândul femeilor decât al bărbaților, femeile vârstnice constituie un procent semnificativ în totalul populației vârstnice, dar și în total populație în general.

Astfel, în perioada 2005-2010, pentru populația de 60 ani și peste, raportul de masculinitate este favorabil următoarelor țări: Irlanda (84,0%), Cipru (83,9%), Suedia (83,4%) și cel mai mic pentru Lituania (56,3%), Estonia(53,6%), Letonia (51,3%).

Astfel, în perioada 2005-2010, pentru populația de 80 ani și peste, raportul de masculinitate este favorabil următoarelor țări: Grecia (67,2%), Cipru(67,0%), Suedia(57,3%), *România*(55,7%) și cel mai mic pentru Slovenia (34,7%), Estonia (27,9%), Letonia (19,8%).

Situația pentru intervalele 2025-2030, 2045-2050 este prezentată în **Anexa nr.7**.

În ceea ce privește raportul de masculinitate în *România*, pentru populația de 60 ani și peste, la data de 1 ianuarie 2008, situația se prezintă astfel:

Tabelul nr.10

Regiunea	Total (persoane)			Raport de masculinitate (%)
	Ambele sexe	M	F	
<b>Total</b>	4.195.570	1.761.301	2.434.269	72,4
<b>Nord-Est</b>	686.877	295.224	391.653	75,4
<b>Sud-Est</b>	541.764	231.049	310.715	74,4
<b>Sud</b>	711.427	295.717	415.710	71,1

<b>Sud-Vest</b>	484.712	205.439	279.273	73,6
<b>Vest</b>	371.492	153.463	218.029	70,4
<b>Nord-Vest</b>	510.645	213.662	296.983	71,9
<b>Centru</b>	468.801	198.642	270.159	73,5
<b>București</b>	419.852	168.105	251.747	66,8

Iar pentru populația de 80 ani și peste, raportul de masculinitate este:

**Tabelul nr.11**

<b>Regiunea</b>	<b>Total (persoane)</b>		<b>Raport de masculinitate</b>	
	<b>Ambele sexe</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>(%)</b>
<b>Total</b>	601.322	215.909	385.413	56,0
<b>Nord-Est</b>	101.805	38.551	63.254	60,9
<b>Sud-Est</b>	74.751	27.183	47.568	57,1
<b>Sud</b>	103.353	36.871	66.482	55,5
<b>Sud-Vest</b>	67.618	24.238	43.380	55,9
<b>Vest</b>	50.387	17.535	32.852	53,4
<b>Nord-Vest</b>	66.343	24.124	42.219	57,1
<b>Centru</b>	68.080	24.211	43.869	55,2
<b>București</b>	68.985	23.196	45.789	50,7

Se constată că, pe măsură ce populația avansează în vârstă, raportul de masculinitate se diminuează, din cauza speranței de viață mai ridicată pentru sexul feminin, motiv pentru care la vârste avansate numărul femeilor depășește cu mult numărul bărbaților.

## **2.6.Characteristicile demografice și regionale ale persoanelor vârstnice din România**

La 1 ianuarie 2008 populația României era de **21.528.627** persoane, din care **11.037.714** femei (51,3%) și **10.490.913** bărbați (48,7%), din care în urban **11.872.270** persoane (55,1%) și în rural **9.656.357** persoane (44,9%).

Populația de 60 de ani și peste (**4.195.570** persoane), reprezenta la 1 ianuarie 2008 **19,5%** din totalul populației României, procent care a fost în continuă creștere începând cu anul 1990. Deci, România se înscrie în rândul țărilor în care populația îmbătrânește, cu toate consecințele care decurg din acest fenomen, la nivel individual și social.

**Tabelul nr.12 -persoane-**

	<b>Total</b>			<b>Urban</b>		<b>Rural</b>		
	<b>Total</b>	<b>Masculin</b>	<b>Feminin</b>	<b>Masculin</b>	<b>Feminin</b>	<b>Total</b>	<b>Masculin</b>	<b>Feminin</b>
<b>Populația – total</b>	21.528.627	10.490.913	11.037.714	11.872.270	6.192.807	9.656.357	4.811.450	4.844.907
<b>Populația vârstnică</b>	4.195.570	1.761.301	2.434.269	1.900.869	791.619	1.109.250	2.294.601	1.325.019

<b>(60 ani și peste)</b>									
<b>% populația vârstnică în total populație</b>	19,5	16,8	22,1	16,0	13,9	17,9	23,8	20,2	27,3
<b>% populația vârstnică, pe sexe, în total</b>	100,0	42,0	58,0	100,0	41,6	58,4	100,0	42,3	57,7

Repartiția pe sexe a populației vârstnice, respectiv 1.761.301 (42,0%) bărbați și 2.434.269 (58,0%) femei, evidențiază un surplus de 672.968 persoane în favoarea populației feminine vârstnice.

În mediul urban trăiește **45,3%** (**1.900.869** persoane) din populația vârstnică din *România* și în mediul rural **54,7%** (**2.294.601** persoane). Astfel, în mediul rural se concentrează cea mai mare parte a populației vârstnice, respectiv **23,8%** din totalul populației rurale, față de mediul urban unde persoanele vârstnice reprezintă **16,0%** din total. Îmbătrânirea populației în rural s-a realizat cu precădere pe seama populației feminine; femeile vârstnice reprezintă **27,3%** din total femei, iar bărbații vârstnici **20,2%** din total bărbați.

Numărul populației de 60 ani și peste în total populație și pe regiuni, la 1 ianuarie 2008, prezenta următoarea configurație:

**Tabelul nr.13**

**-persoane-**

	Nord - Est	Sud – Est	Sud- Muntenia	Sud-Vest	Vest	Nord - Vest	Centru	București
<b>Persoane de 60 ani și peste</b>	<b>686.877</b>	<b>541.764</b>	<b>711.427</b>	<b>484.712</b>	<b>371.492</b>	<b>510.645</b>	<b>468.801</b>	<b>419.852</b>
<b>Total persoane</b>	<b>3.722.553</b>	<b>2825756</b>	<b>3292036</b>	<b>2270776</b>	<b>1926700</b>	<b>2724176</b>	<b>2524628</b>	<b>2242002</b>
<b>%</b>	<b>18,5</b>	<b>19,2</b>	<b>21,6</b>	<b>21,3</b>	<b>19,3</b>	<b>18,7</b>	<b>18,6</b>	<b>18,7</b>

Astfel cele mai îmbătrânite regiuni sunt Sud-Muntenia (21,6%), Sud-Vest (21,3%), Vest (19,3%), Sud-Est (19,2%) și cel mai puțin îmbătrânite regiuni sunt în Nord-Est (18,5%), Centru (18,6%), București (18,7%) și Nord-Vest(18,7%).

## 2.7.Evoluția îmbătrânirii populației din România

Comparând informațiile oferite de cele două recensăminte ale populației României, rezultă că în anul 1992 populația României a fost de 22.810.035 persoane, din care 11.213.763 bărbați (49,2%) și 11.596.272 femei (50,8%), în timp ce în anul 2002, populația a fost de 21.680.974 persoane, din care 10.568.741 bărbați (48,8%) și 11.112.233 femei (51,2%), înregistrându-se o scădere semnificativă a populației, în perioada intercenzitară, de peste 1 milion de persoane.

Pe cele două grupe ale persoanelor vârstnice, situația se prezintă după cum urmează, evidențiindu-se o accentuare a procesului de îmbătrânire demografică:

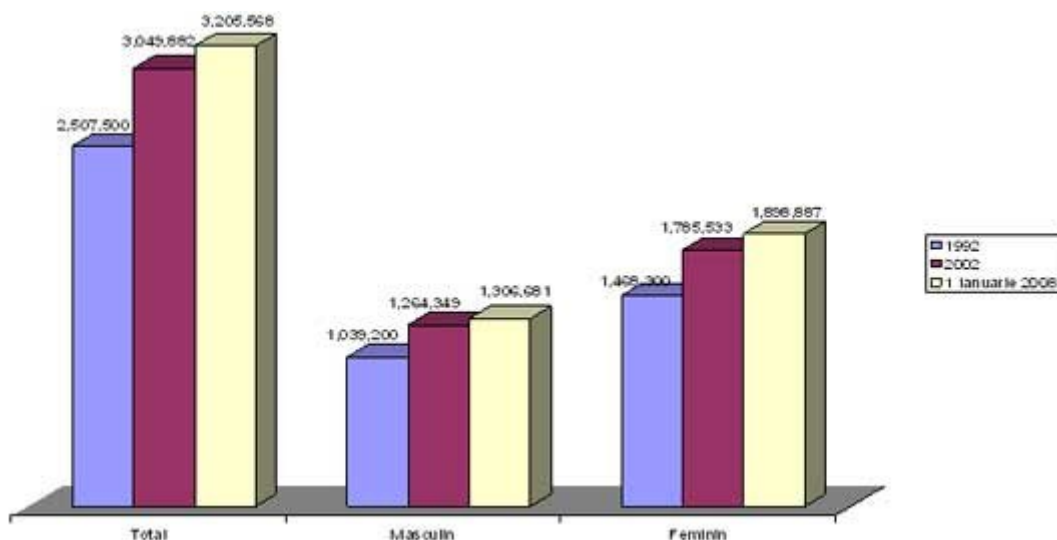
- populația din grupa 60-64 ani în anul 1992 a fost de 1.232.053 persoane (5,4% din total), iar în anul 2002 de 1.143.333 persoane (5,3% din total);



- populația din grupa de 65 ani și peste a fost în anul 1992 de 259 persoane, reprezentând 11,0% din totalul populației, din care 1.040.703 bărbați (41,5%) și 1.469.556 femei (58,5%); în anul 2002, această grupă de populație a fost de 3.049.882 persoane, reprezentând 13,4% din totalul populației, din care 1.264.349 bărbați (41,5%) și 1.785.533 femei (58,5%);

Tendința de reducere a populației s-a menținut și după recensământul din 2002, respectiv cu 143,4 mii persoane; astfel, la 1 ianuarie 2008, populația României era de 21.528.627 persoane, din care 11.037.714 femei (51,3%) și 10.490.913 bărbați (48,7%), iar cele două grupe ale persoanelor vârstnice s-au prezentat după cum urmează:

- populația din grupa 60-64 ani, a fost de 990.002 persoane (4,6% din total), din care 454.620 bărbați (45,9%) și 535.382 femei (54,1%), în mediul rural locuind 49,2% dintre aceștia și 50,8% în mediul urban.
- populația din grupa de 65 ani și peste a fost de 3.205.568 persoane, reprezentând 14,9% din totalul populației României, din care 1.306.681 bărbați (40,8%) și 1.898.887 femei (59,2%), în mediul rural locuind 56,4% dintre aceștia și 43,6% în mediul urban. Grafic, situația se prezintă astfel:



Așadar, între cele două recesăminte (1992 și 2002), populația vârstnică din grupa de 65 ani și peste a României a crescut cu circa 600.000 persoane, datorită:

1. scăderii naturale și soldului negativ al migrației externe care a condus la scăderea numărului total al populației;
2. schimbării comportamentului demografic al cuplurilor față de propria reproducere;
3. creșterii mortalității în rândul populației;
4. lipsei locuinței pentru întemeierea de familii.

Schimbările în structura și dinamica populației din *România* sunt rezultatul direct al tendințelor înregistrate la nivelul fenomenelor demografice (natalitatea, mortalitatea și migrația). Astfel, se remarcă reducerea ponderii populației tinere de 0 -14 ani, de la 22,7% (în 1992) la 15,2% (la 1 ianuarie 2008) și creșterea celei vârstnice de 65 ani și peste, de la 11,0% (în 1992) la 14,9% (la 1 ianuarie 2008).

Populația vârstnică nu poate fi privită ca o entitate omogenă, ea incluzând subgrupa de vârstnici “mai tineri” (65-74 ani) și subgrupa de vârstnici “mai bătrâni” (75 ani și peste).

În ultimii ani se constată tendința de creștere mai mare a numărului vârstnicilor “mai tineri” (de la 1.587.851

persoane în 1992 la 1.902.699 persoane în 2008) față de subgrupa de vârstnici “mai bătrâni” (de la 992.408 persoane în 1992, la 1.302.869 persoane în 2008).

În ianuarie 2008 ”longevivii” (segmentul populației de 80 ani și peste), erau 601.322 persoane, adică 2,8 % din totalul populației, în creștere comparativ cu anul 1992 (1,9%).

Femeile sunt mai longevive, numărul lor fiind aproape de 2 ori mai mare decât cel al bărbaților. La ultimul recensământ al populației din 18 martie 2002, s-au înregistrat 310 persoane centenare, din care 228 femei. Structura populației vârstnice evidențiază la 1 ianuarie 2008, următoarea situație: la 1000 femei de 65 ani și peste revin 724 bărbați vârstnici. În timp ce în grupa de vârstă de 65-74 ani raportul de masculinitate este de 743 bărbați la 1000 femei, în grupa de vârstă 75-84 ani este de 636 bărbați la 1000 femei, iar în grupa de vârstă 85 ani și peste, populația feminină este de 2 ori mai mare decât cea masculină.

Îmbătrânirea demografică este mai accentuată în mediul rural decât în urban (în principal din cauza migrației populației tinere la oraș). În mediul rural la 1 ianuarie 2008, 18,7% din populație depășea vârsta de 65 ani și peste, față de 11,8% în urban. În totalul populației feminine rurale ponderea femeilor de vârsta a treia era de 21,9%.

În perioada 1992 – 2007, vârsta medie a populației României a înregistrat o creștere semnificativă, de la 35,8 ani la 39,0 ani, reflectând un proces lent, dar continuu de îmbătrânire demografică. Vârsta medie a crescut în această perioadă de la 35,6 ani pentru femei și respectiv 33,4 ani pentru bărbați, la 40,4 ani pentru femei și respectiv 37,6 ani pentru bărbați. În tabelul nr.14 este evidențiată evoluția vârstei medii pe sexe și medii de domiciliu a populației *României*. Așa cum se constată, vârsta medie este mai mare în mediul rural decât în mediul urban, urmare a migrației masive din ultimele decenii ale secolului al XX- lea, din agricultură și rural spre industrie și urban. Deși după anul 1990 acest proces s-a diminuat, dezechilibrul nu s-a resorbit, populația rurală fiind mai îmbătrânită decât în urban, în special în favoarea populației feminine.

Tabelul nr.14

-ani-

<b>Indicatori</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Varsta medie – Total</b>	<b>37.8</b>	<b>38.1</b>	<b>38.3</b>	<b>38.6</b>	<b>38.8</b>	<b>39.0</b>
<b>Masculin</b>	<b>36.4</b>	<b>36.7</b>	<b>36.9</b>	<b>37.1</b>	<b>37.3</b>	<b>37.6</b>
<b>Feminin</b>	<b>39.1</b>	<b>39.4</b>	<b>39.7</b>	<b>39.9</b>	<b>40.1</b>	<b>40.4</b>
<b>Varsta medie – URBAN</b>	<b>36.9</b>	<b>37.2</b>	<b>37.5</b>	<b>37.9</b>	<b>38.1</b>	<b>38.4</b>
<b>Masculin</b>	<b>35.7</b>	<b>36.0</b>	<b>36.3</b>	<b>36.6</b>	<b>36.9</b>	<b>37.1</b>
<b>Feminin</b>	<b>37.9</b>	<b>38.3</b>	<b>38.7</b>	<b>39.0</b>	<b>39.3</b>	<b>39.6</b>
<b>Varsta medie – RURAL</b>	<b>38.9</b>	<b>39.0</b>	<b>39.3</b>	<b>39.4</b>	<b>39.6</b>	<b>39.8</b>
<b>Masculin</b>	<b>37.3</b>	<b>37.4</b>	<b>37.6</b>	<b>37.7</b>	<b>37.9</b>	<b>38.1</b>
<b>Feminin</b>	<b>40.5</b>	<b>40.7</b>	<b>40.9</b>	<b>41.0</b>	<b>41.2</b>	<b>41.4</b>

O altă statistică evidențiază faptul că la 1 ianuarie 2008, la 1.000 persoane adulte (15-64 ani) reveneau 431 persoane tinere și vârstnice (din totalul persoanelor tinere și vârstnice populația vârstnică reprezenta 49,4%) față de 509 persoane tinere și vârstnice în anul 1992 (când procentul populației vârstnice era de 33,0%). Numărul persoanelor vârstnice de 65 ani și peste care revin la 1000 persoane adulte a crescut de la 166 (în 1992) la 213 (la 1 ianuarie 2008), generând o sarcină socială sporită pentru adulții activi.

Indicele de îmbătrânire s-a dublat, crescând de la 484 persoane vârstnice la 1000 persoane tinere (1992) la 978 persoane (la 1 ianuarie 2008).

## Capitolul III

### 3. SITUAȚIA SOCIO - ECONOMICĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE DIN ROMANIA

Factorii de risc socio-economic sunt aceia care influențează condițiile socio-economice ale individului, precum și capacitatea persoanei de a face față acestor condiții. Acești factori includ: veniturile, cheltuielile, condițiile de locuit, înzestrarea gospodăriilor cu bunuri de folosință îndelungată, accesul la serviciile de sănătate, de asistență socială și la resursele societății, precum și disponibilitatea acestor resurse.

#### 3.1. Veniturile

Nivelul veniturilor este o dimensiune importantă a calității vieții și reprezintă un factor important care determină calitatea vieții persoanelor vârstnice.

##### 3.1.1. Situația materială

În anul 2007, veniturile medii totale ale gospodăriilor de pensionari, în sumă de 1.274,1 lei s-au aflat sub nivelul veniturilor tuturor celorlalte tipuri de gospodării cu excepția celor de șomeri. Media lunară a veniturilor totale pe o gospodărie de pensionar reprezintă 75,5% din media totală a gospodăriilor și 54,3% din media gospodăriilor de salariați.

Veniturile gospodăriilor de pensionari au ca surse principale în ordine: venituri din prestații sociale (46,0%) (din care 93,6% pensii), salarii și alte drepturi salariale (22,3%), venituri în natură (24,9%) și venituri din vânzarea de produse agroalimentare (produse în gospodărie) și alte venituri (6,8%).

Pensia medie de asigurări sociale de stat (fără agricultori) a fost în 2007, de 399 lei:

Pentru limită de vârstă, total - 463 lei

- Cu stagiul complet - 550 lei
- Cu stagiul incomplet - 280 lei

Pensia medie din sistemul agricultorilor a fost mai redusă, respectiv de 159 lei.

Pentru limită de vârstă, total - 172 lei

- Cu stagiul complet - 205 lei
- Cu stagiul incomplet - 153 lei

În anul 2007, pensiile medii cele mai mari s-au regăsit în Municipiul București (511 lei), județele Brașov (483 lei) și Hunedoara (476) și cele mai mici în județele Vaslui (331 lei), Botoșani (325 lei) și Giurgiu (320 lei)

**(Anexa nr.8).**

Când abordează problema pensiilor, Uniunea Europeană recomandă următoarele principii care trebuie avute în vedere de către statele membre:

- În primul rând, **sistemul de pensii trebuie să asigure beneficiarilor un venit satisfăcător și sigur** care să nu afecteze stabilitatea bugetară sau să reprezinte o povară excesivă asupra generațiilor viitoare sau asupra pieței muncii.
- **Sistemul de pensii are nevoie de încrederea cetățenilor în viitorul lor pe termen lung**, încredere care este potențial diluată de incertitudinile legate de capacitatea sistemului de a face față îmbătrânirii demografice preconizate.

În 2007, România a intrat în Uniunea Europeană fără a avea în vedere aceste principii. **Pensionarul român nu are parte de venituri suficiente pentru un trai decent**, finanțarea sistemului pare a fi șubredă, gata în orice moment să intre în colaps. De asemenea, în România se vorbește tot mai mult despre faptul ca sustenabilitatea sistemului este fragilă, în condițiile în care, de ani buni, numărul contribuabililor este mai mic decât cel al pensionarilor. **Guvernul recunoaște din ce în ce mai puțin** că este administratorul și garantul unic al sistemului public de pensii, precum și faptul că în această calitate **are obligația să asigure anual un fond de pensii la nivelul necesarului pentru un trai decent al pensionarilor.**

Între anii 1990-1996 numărul pensionarilor de asigurări sociale de stat a crescut cu 46,0% și tendința ascendentă a continuat tot deceniul. În paralel, numărul angajaților a scăzut continuu. Rezultatul a condus la un dezechilibru în sistemul public de pensii, căruia nu i s-au aplicat soluții de remediere imediată în interesul pensionarilor prin completarea bugetului de asigurări sociale din alte surse cum ar fi: privatizări, penalități ale angajaților, investiții din fond aducătoare de venituri, etc.

În anul 2000 a fost adoptată o nouă lege referitoare la pensii. Pragul de pensionare a fost ridicat urmând să ajungă într-o perioadă de 13 ani la 60 de ani pentru femei și la 65 de ani pentru bărbați.

Creșterea vârstei de pensionare este considerată o bună practică în toate țările care se confruntă cu îmbătrânirea populației. Ea acționează pozitiv prin creșterea participării forței de muncă la realizarea de bunuri și servicii, prin scăderea numărului pensionarilor și creșterea perioadei de plată a contribuțiilor din partea angajaților și angajatorilor.

Perioada minimă de contribuție a fost modificată treptat crescând de la 10 la 15 ani, în timp ce perioada totală de contribuție a ajuns la 30 de ani pentru femei și 35 pentru bărbați, cu 5 ani mai mult decât inițial, când s-a aplicat legislația în domeniu.

Rezultatul acestor măsuri a condus la temperarea creșterii numărului de pensionari de asigurări sociale de stat. Din anul 2003 numărul pensionarilor a crescut mult mai lent, cu o rată anuală mai mică de 1,0%, ajungând chiar la 0,3% în 2005, cu o ușoară creștere la 0,5% în anul 2006, urmată de o scădere la 0,2% în anul 2007, față 3,0 - 4,0% anual, cât s-a înregistrat în perioadele anterioare. Cu toate acestea, raportul pensionari-contribuabili a rămas critic.

**Valoarea reală a pensiilor a scăzut în timp.** În prezent venitul pensionarilor este mai mic decât în 1990.

Pensia medie de bază (în termeni reali) a reprezentat în luna noiembrie 2007, 98,7% din cea din 1990 și a crescut la 104,7% în luna ianuarie 2008, în urma indexării acordate, iar în lunile următoare s-a înscris pe un palier descendent, ajungând la 101,9% în luna august 2008.

Deși actualii pensionari o duc mai bine decât acum cinci ani, ei sunt însă mai săraci decât la începutul anilor '90. Dacă luăm în calcul și rata de înlocuire, respectiv raportul dintre pensia medie și salariul mediu, valoarea netă a pensiei medii a scăzut de la 51,1% din valoarea salariului net mediu în octombrie 1990, la 44,2% în luna august 2008.

Procesul este explicabil deoarece indexarea pensiilor a urmat într-o oarecare măsură indicele de inflație, în timp ce salariile au crescut mai repede, urmând logica pieței odată cu alți indicatori, ca: productivitatea muncii, creșterea economică etc. Rezultatul este că **pensionarii au devenit tot mai saraci comparativ cu ceilalți membri ai societății.**

### 3.1.2.Evaluarea subiectivă a veniturilor persoanelor vârstnice

Potrivit unui sondaj efectuat de Institutul de Cercetare a Calității Vieții, persoanele vârstnice caracterizează situația veniturilor familiilor lor, ca fiind:

- foarte proastă – 20,0%;

- proastă – 34,0%;
- satisfăcătoare – 36,0%;
- bună – 9,0%
- foarte bună – 1,0%

Totdată, ele sunt nemulțumite de veniturile lor provenite din pensii din cauza următoarelor motive:

Tabelul nr.15  
-procente-

Nu ajung nici pentru strictul necesar	41,8
Ajung numai pentru strictul necesar	40,0
Ajung pentru un trai decent, dar nu ne putem permite cumpărarea unor obiecte mai scumpe	14,2
Reușesc să cumpere și unele obiecte mai scumpe, dar cu eforturi mari	2,9
Reușesc să aibe tot ce le trebuie fără mari eforturi	1,1

Situația vârstnicilor față de anul precedent s-a înrăutățit sau a rămas aproximativ la fel, iar pentru viitor nu se speră la schimbări importante: 53,0% dintre vârstnici declară că, pe ei personal, schimbările de după 1989 mai degrabă i-au dezavantajat.

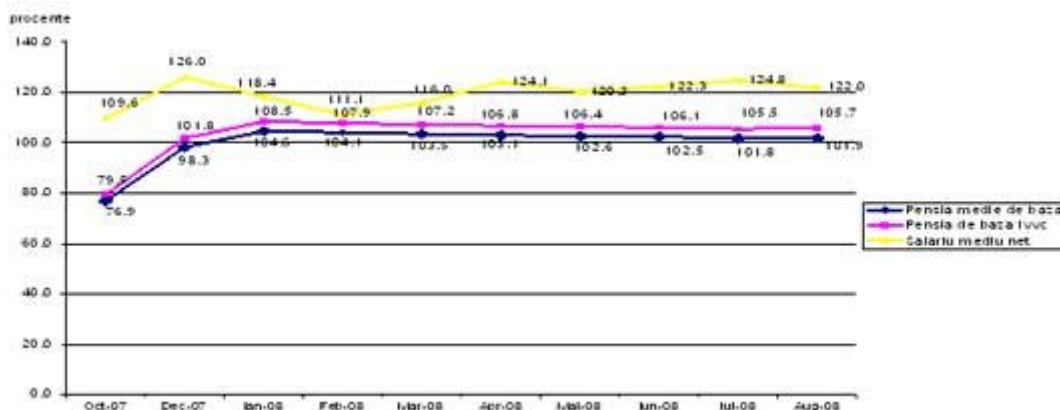
### 3.2.Evoluția puterii de cumpărare a pensiilor

Creșterea prețurilor, începând cu 1 noiembrie 2007, la **servicii** (întreținere locuință, apă, canal, salubritate, servicii poștale, metrou, telefon, servicii de transport), la **mărfuri alimentare** (ulei, carne, bănzeturi, lactate, fructe, legume și conserve din legume), precum și la **mărfuri nealimentare** (îmbrăcăminte, medicamente, combustibili) a erodat substanțial majorarea valorii punctului de pensie din perioada **noiembrie2007 – ianuarie 2008**, diminuând puterea de cumpărare a pensiilor începând cu luna **februarie 2008** (Tabelul nr.15). Astfel mulți pensionari au fost obligați să renunțe la achiziționarea unor bunuri alimentare și nealimentare, medicamente etc pentru a-și putea achita cheltuielile cu întreținerea locuinței și diversele servicii curente.

Tabelul nr.16

### Evoluția puterii de cumpărare a pensiei și a salariului mediu net, față de octombrie 1990 -procente-

	Oct -07	Dec-07	Jan-08	Feb-08	Mar-08	Apr-08	Mai-08	Iun-08	Iuli-08	Aug- 08
Pensia medie de baza	76,91	98,26	104,69	104,14	103,51	103,09	102,64	102,49	101,78	101,87
Pensia de baza Ivvc	79,50	101,80	108,52	107,90	107,23	106,77	106,35	106,09	105,50	105,73
Salariul mediu net	109,60	126,00	118,40	111,10	116,00	124,14	120,26	122,33	124,83	121,98



Din aceste date rezultă că puterea de cumpărare a pensiilor înregistrează creșteri numai în lunile de majorare a valorii punctului de pensie, după care urmează imediat scăderi aproape continue datorită creșterii prețurilor la produsele alimentare de bază, la produsele nealimentare și la principalele servicii.

În luna **august 2008**, puterea de cumpărare a pensiei medii de bază în sistemul asigurărilor sociale de stat față de luna octombrie 1990, a fost de **101,9%**, potrivit raportului :

**3.239,7 (creșterea pensiei medii de asigurări sociale de stat în perioada 1.X.1990-31.VIII.2008)x 100**  
**3.180,0 (creșterea prețurilor în perioada 1.X.1990-31.VIII.2008)**

De menționat că puterea de cumpărare a pensiei medii de bază în luna august 2008, a reprezentat numai 83,5% din puterea de cumpărare a salariului mediu net (calculată față de luna octombrie 1990), respectiv 122,0%.

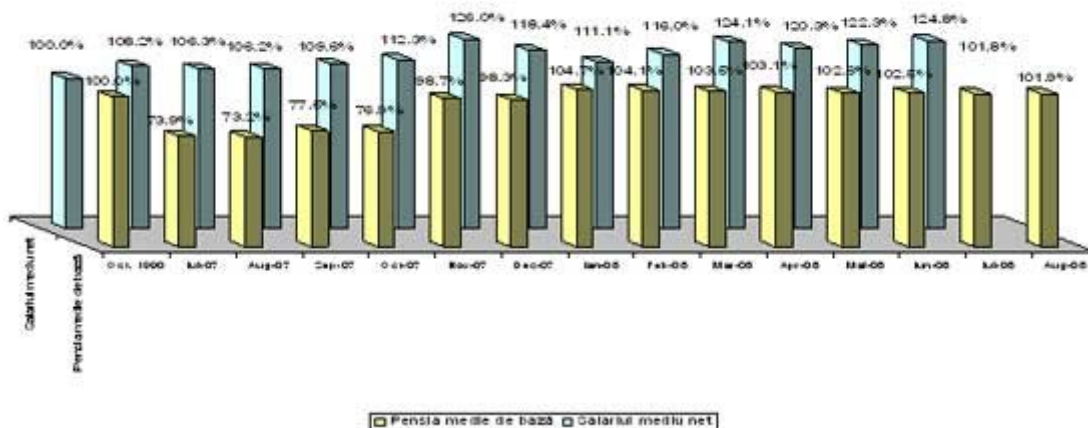
Raportul între pensia medie de bază și salariul mediu net a fost în august 2008 de 44,2%, iar raportul între pensia pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare și salariul mediu net a fost de 60,9%, iar față de salariul mediu brut procente au fost de 32,7% pentru pensia medie de bază și de 45,0% pentru pensia pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare.

Salariul mediu net a fost în luna august 2008 de 1.277 lei, respectiv de 2,3 ori mai mare decât pensia medie de bază (565 lei) și de 1,6 ori mai mare decât pensia medie pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare (777 lei).

În timp ce salariul mediu net pe țară în luna august 2008 a crescut de 3.879,1 ori comparativ cu luna octombrie 1990, **pensiile au înregistrat o creștere mult mai mică comparativ cu aceeași perioadă**, după cum urmează:

- pensia medie de asigurări sociale de stat – de 3.239,7 ori.
- pensia medie pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare – de 3.362,2 ori.

**Evoluția puterii de cumpărare a pensiei medii și a salariului mediu net față de luna octombrie 1990**



Deci și în **anul 2008**, veniturile provenite din pensie sunt insuficiente pentru ca vârstnicii să poată beneficia de un trai decent, cu toate majorările efectuate asupra valorii punctului de pensie, deoarece **puterea de cumpărare a pensiilor se află într-o dinamică descrescătoare, situație care necesită aplicarea unor măsuri excepționale în scopul redresării imediate a nivelului de trai al mari majorități a pensionarilor.**

### 3.3.Cheltuielile totale ale gospodăriilor de pensionari

Cheltuiala totală medie lunară pe o gospodărie de pensionari în *România* a fost în anul **2007** de **1.170,3** lei, respectiv **91,9%** din venitul total și **75,9%** din media cheltuielilor totale ale gospodăriilor . Pe categorii de cheltuieli, structura este următoarea:

- cheltuieli totale medii lunare în gospodăria de pensionari **1.170,3 lei**
- cheltuieli totale de consum, din care: 881,0 lei
  - cheltuieli bănești de consum 725,2 lei
  - contravaloarea consumului din resurse proprii 155,8 lei
- produse alimentare și băuturi neconsumate 31,1 lei
- cheltuieli pentru investiții 13,7 lei
- cheltuieli totale de producție 148,0 lei
- impozite, contribuții, cotizații și taxe 81,7 lei
- alte cheltuieli 14,8 lei

Sub formă de ponderi în cheltuielile totale de consum, situația a fost pentru gospodăriile de pensionari, următoarea :

- consum alimentar 48,4%
- consum nealimentar 28,8%
- plata serviciilor 22,8%

În tabelul nr.17, gospodăriile de pensionari s-au diferențiat în două categorii: cele care au putut face față cu venitul total net lunar realizat cheltuielilor (49,1%) și cele care nu au putut face față (50,9%), situație ce

demonstrează că pensionarii au întâmpinat mari dificultăți în acoperirea cheltuielilor strict necesare din venitul total net lunar realizat.

**Tabelul nr.17**  
-procente-

		<b>Total</b>	<b>Urban</b>	<b>Rural</b>
<b>Gospodării care pot face față cheltuielilor cu venitul total net lunar realizat</b>		<b>49,1</b>	<b>49,4</b>	<b>48,7</b>
Gospodării care își pot permite:	o săptămână de concediu în afara casei	9,7	13,5	5,9
	înlocuirea mobilei uzate	3,5	4,3	2,8
	cumpărarea de produse electrocasnice	10,0	11,2	8,7
	cumpărarea de haine noi	26,1	30,0	22,3
	vizionarea unui spectacol de teatru, cinema	7,3	11,7	2,8
	cumpărarea de cărți, reviste, ziare	20,4	30,3	10,5
	nici una din cauza economiilor prea mici	59,3	50,7	67,9
<b>Gospodării care nu pot face față cheltuielilor cu venitul total net realizat</b>		<b>50,9</b>	<b>50,6</b>	<b>51,3</b>
Gospodării care, datorită lipsei resurselor financiare, s-au aflat în imposibilitatea:	de a plăti la timp chiria	0,7	0,9	0,5
	de a plăti la timp întreținerea locuinței	32,5	37,4	27,8
	de a plăti la timp energia electrică	16,8	13,3	20,3
	de a plăti la timp telefonul	5,5	6,4	4,7
	de a plăti la timp abonamentul radio-TV	7,3	7,0	7,6
	de a cumpăra produse alimentare suficiente pentru asigurarea hranei	82,4	82,9	81,9
Gospodării care, pentru a putea face față cheltuielilor curente, au apelat la alte surse, cum ar fi:	economii	16,5	13,6	19,3
	împrumuturi la rude, prieteni, alte persoane	22,5	24,3	20,7
	muncă suplimentară	9,0	5,2	12,7
	ajutoare financiare, fără obligația de restituire, de la rude, prieteni	20,0	23,0	17,2
	nu au apelat	43,2	43,9	42,5



**82,4% din gospodăriile de pensionari care nu au putut face față cheltuielilor cu veniturile au fost în imposibilitatea de a cumpăra produse alimentare suficiente pentru asigurarea minimului de hrană, 32,5% nu au putut plăti la timp întreținerea, 16,8% energia electrică, 7,3% abonamentul radio-TV, 5,5% telefonul și 0,7% chiria.**

Gospodăriile de pensionari, din punct de vedere al gradului de satisfacție privitor la măsura în care reușesc să acopere cheltuielile curente, pe medii de rezidență se prezintă după cum urmează:

**Tabelul nr.18**

**-procente-**

	Măsura în care fac față cheltuielilor curente						
	Total	Cu mare dificultate	Cu dificultate	Cu oarecare dificultate	Destul de ușor	Ușor	Foarte ușor
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>30,0</b>	<b>30,4</b>	<b>28,9</b>	<b>7,2</b>	<b>3,1</b>	<b>0,4</b>
<b>Urban</b>	<b>100,0</b>	<b>31,3</b>	<b>30,3</b>	<b>28,0</b>	<b>6,8</b>	<b>3,4</b>	<b>0,2</b>
<b>Rural</b>	<b>100,0</b>	<b>28,3</b>	<b>30,6</b>	<b>30,2</b>	<b>7,7</b>	<b>2,5</b>	<b>0,7</b>

### 3.4.Locuința

După tipul de imobil în care locuiesc 11 pensionarii din România, 58,2% dintre aceștia locuiesc în casă individuală separată, 35,1% locuiesc la bloc, iar diferența de 6,7% în alte aranjamente de locuit. În mediul urban, mai mult de jumătate din persoanele vârstnice, respectiv 58,6% locuiesc la bloc, iar 32,5% în casă individuală separată, pe când în mediul rural, majoritatea, 95,5% locuiesc în casă individuală separată. 49,2% din gospodăriile de pensionari locuiesc în 1-2 camere, 48,7% în 3-5 camere și 2,1% în 6 camere și peste. 57,5% din gospodăriile de pensionari au baie/duș în interiorul locuinței, iar restul de 42,5% sunt fără baie/duș în interiorul locuinței. În mediul urban, 84,2% au baie/duș în interiorul locuinței, iar 15,8% nu au. Situația diferă în mediul rural, unde 19,0% au baie/duș în interiorul locuinței, iar 87,0% nu au.

56,2% din gospodăriile de pensionari au grup sanitar în interiorul locuinței, iar 43,8% nu au. În mediul urban, 84,3% au grup sanitar în interiorul locuinței, iar 15,7% nu au. Situația diferă în mediul rural, 15,5% au grup sanitar în interiorul locuinței, iar 84,5% nu au.

Majoritatea gospodăriilor de pensionari (98,9%) ocupă locuința în calitate de proprietar sau cu titlu gratuit, iar restul de 1,1% ocupă locuința în calitate de chiriaș.

A fi proprietar sau locatar al locuinței este important pentru calitatea vieții. Un studiu precizează că riscul percepției negative a calității vieții la persoanele vârstnice crește pentru cele care locuiesc cu chirie.

În luna iunie 2006, 60,0% din vârstnicii români caracterizau locuința lor ca fiind bună sau foarte bună, iar 29,0% ca fiind satisfăcătoare. La întrebarea "În ceea ce vă privește, cum caracterizați locuința dvs?", vârstnicii au răspuns după cum urmează (tabelul nr.19).

**Tabelul nr.19**

**-procente din total vârstnici-**

	<b>2,9</b>
<b>Foarte proastă</b>	
<b>Proastă</b>	<b>7,8</b>
<b>Satisfăcătoare</b>	<b>28,8</b>
<b>Bună</b>	<b>53,0</b>
<b>Foarte bună</b>	<b>7,5</b>

De remarcat la unii vârstnici europeni răspunsurile pozitive privind satisfacția față de locuința lor care se situează între 96,0% pentru Danemarca și 83,0% pentru Portugalia.

### 3.5.Înzestrarea cu bunuri de folosință îndelungată

Situația privind gradul de înzestrare<sup>12</sup> al gospodăriilor de pensionari se prezintă după cum urmează:

**Tabelul nr.20**

**-procente în totalul vârstnicilor-**

	Are	Nu are	Nu isi permite
<b>Tv color</b>	94,3	5,7	5,1
<b>Aragaz</b>	94,1	5,9	4,0
<b>Frigider</b>	85,4	14,6	7,2
<b>Telefon</b>	70,7	29,3	21,4
<b>Mașina de spalat rufe</b>	63,7	36,3	28,6
<b>Aspirator praf</b>	54,6	45,4	32,8
<b>Combina frigorifica</b>	20,8	79,2	56,7
<b>Autoturism</b>	17,2	82,8	56,8
<b>Combina muzicala</b>	16,5	83,5	50,2
<b>Computer (pc)</b>	16,3	83,7	42,2
<b>Cuptor cu microunde</b>	11,4	88,6	57,2

În ceea ce privește diferențierea gospodăriilor de pensionari pe medii, în mediul rural acestea sunt mai sărac dotate cu bunuri de folosință îndelungată decât cele din urban. Astfel peste 50,0% din gospodăriile de pensionarii din rural nu au: telefon (50,4%), mașină de spălat rufe (60,8%), aspirator praf (74,6%), autoturism (87,0%), combină frigorifică (87,5%), combină muzicală (88,3%), computer(pc)(91,7%) și cuptor cu microunde(93,7%).

### 3.6.Viața de familie

Starea civilă poate influența puternic starea emoțională și bunăstarea persoanelor vârstnice, în special a celor bolnave sau cu dizabilități, determinând aranjamentele de locuit și nevoia de îngrijire.

În cazul persoanelor vârstnice, există o diferențiere severă între sexe, care se accentuează pe măsura avansării în vârstă, în ce privește starea civilă.

Decizia de a continua să locuiască singuri la vârste avansate este influențată de factori care afectează autonomia în efectuarea activităților zilnice.

#### 3.6.1.Vârstnicii singuri

Vârstnicii singuri constituie un grup țintă căruia trebuie să i se acorde atenție deosebită prin politici de natură socială. Aceștia sunt cel mai probabil nevoiți să apeleze la asistență din afară. În caz de îmbolnăvire sau de dizabilități, vârstnicii sunt mai expuși riscurilor de izolare socială și este probabil să fie săraci (cu precădere femeile).

Procentul vârstnicilor singuri în totalul populației vârstnice variază de la 39,1% - Danemarca, 37,1% - Suedia, 35,2% - Finlanda, până la Cipru – 14,0%, Malta –10,5% , *România* – 8,1%(**Anexa nr.9**).

Procentul bărbaților vârstnici singuri variază de la 25,0% - Danemarca, 24,0% - Suedia, 22,0% - Marea Britanie, până la Portugalia – 9,0%, Slovenia – 9,0%, Spania – 7,0%.

Procentul femeilor vârstnice singure variază de la 50,0% - Danemarca, 47,0% - Suedia, 46,0% - Germania, până la Portugalia – 21,0%, Spania – 19,0%, Cipru – 18,0%.

În Europa de Sud, procentul celor ce trăiesc singuri, pe total cât și pe sexe este cel mai redus.

Pe ansamblul Europei de Vest raportul între procentul femeilor vârstnice singure (43,0%) în total este aproape triplu față de cel al bărbaților vârstnici singuri (15,0%), situație ce se păstrează și în fiecare din țările din această regiune.

Numărul total de bărbați vârstnici singuri care revin la 100 femei vârstnice singure variază de la 47 - Irlanda, 44 - Cipru, Bulgaria – 41, Marea Britanie - 40, până la 20 - Austria, 19 - Slovenia și 12 - Olanda.

În toate țările, procentul femeilor vârstnice care trăiesc singure este mai mare decât cel al bărbaților vârstnici singuri, urmare firească a speranței de viață mai ridicată pentru sexul feminin. Ele pot fi văduve, divorțate sau nu au fost căsătorite niciodată. Deci, e mai puțin probabil ca femeile vârstnice să primească ajutor de la rudele apropiate sau de la soți.

### **3.6.2.Vârstnicii căsătoriți**

În general bărbații vârstnici este mai probabil să locuiască cu soția decât invers, din cauza unei combinații de factori, printre care speranța de viață mai mare pentru femeile vârstnice, tendința bărbaților de a se căsători cu femei mai tinere și rata de recăsătorire mai mare pentru bărbații vârstnici văduvi decât pentru femeile vârstnice văduve.

Procentul vârstnicilor căsătoriți în totalul populației vârstnice variază de la 57,2% - Polonia, 53,9% - Slovacia, 53,2% - Lituania, până la Ungaria – 51,0%, Malta – 49,5%, Estonia – 47,6%. **(Anexa nr.9)**.

Procentul bărbaților vârstnici căsătoriți variază de la 88,0% - România, 85,0% - Grecia, 84,0% - Cipru, până la 66,0% - Irlanda, Malta, Suedia.

Procentul femeilor vârstnice căsătorite este mai redus decât cel al bărbaților căsătoriți, urmare firească a faptului că trăiesc mai mult, astfel, avem 55,0% - Cipru, 54,0% - Marea Britanie, 53,0% - Bulgaria, până la 37,0% - Austria, 36,0% - Ungaria, 32,0% - Estonia

În Europa de Vest se înregistrează procentul cel mai mic al persoanelor vârstnice căsătorite din întreaga Europă, astfel: total – 57,8%, bărbați – 76,0%, femei – 45,0%.

Cea mai mare discrepanță (aproape dublu) între sexe se înregistrează în Europa de Est; astfel, procentul bărbaților vârstnici căsătoriți este de 83,0%, iar al femeilor vârstnice căsătorite este de 47,0%.

### **3.6.3.Alte posibilități de trai ale vârstnicilor**

În afară de situația de a locui singur sau cu partenerul/partenera, mai există, pentru persoanele vârstnice, următoarele posibilități de a locui:

- împreună cu copiii adulți;
- împreună cu copiii adulți și nepoții;
- împreună cu nepoții (fără copiii adulți);
- împreună cu alte rude (fără soț-soție, copii adulți, nepoți);
- împreună cu persoane neînrudite.

Situația de a locui cu copiii adulți depinde de o serie de factori socio-economici, factori culturali, tradiții și obiceiuri, care pot influența decizia copiilor persoanelor vârstnice, ajunși majori de a părăsi sau nu casa părintească.

Situația de a locui împreună cu nepoții (fără copii adulți) este specifică familiilor cu posibilități materiale reduse, de regulă familiilor sărace.

Situația de a locui împreună cu persoane neînrudite, se referă, în multe cazuri, la posibilitatea de a locui cu chiriașii sau în concubinaj.

În cazul unor țări nu s-a putut face diferența între vârstnicii care locuiesc cu rudele (fără soț-soție, copii adulți, nepoți) și vârstnicii care locuiesc cu persoane neînrudite.

Astfel procentul vârstnicilor care locuiesc cu rudele (fără soț-soție, copii adulți, nepoți), variază: 0,2% – Finlanda, 4,0% - Cehia, 4,4% - Bulgaria, 4,6% - *România*, 5,0% - Estonia și 5,6% – Letonia, iar cei care locuiesc cu persoanele neînrudite variază de la 0,7% – Cehia, 1,2% – Bulgaria, 3,1% – Estonia, 3,4% – Letonia, 3,6% – Finlanda, 4,8% – *România*.

### 3.7. Vârstnicii în instituții de asistență socială

De obicei soțul/soția este persoana care oferă sprijin partenerului aflat în situația de a nu se mai putea gospodări singur, iar în absența partenerului, riscul ca vârstnicul să fie instituționalizat este mai mare.

Decizia de asistare a persoanei vârstnice singure într-un cămin, în loc de a se muta împreună cu una din rudele sale, este o opțiune pentru persoanele vârstnice care au nevoie de ajutor pentru activitățile zilnice curente sau sunt dependente de servicii medicale specializate – dificil sau imposibil de oferit la domiciliu.

Persoanele vârstnice recurg tot mai des la această formă de îngrijire.

În cazul României, **instituțiile de asistență socială de tip rezidențial** destinate persoanelor vârstnice **sunt insuficiente raportat la numărul de solicitări ale persoanelor vârstnice** rămase fără sprijin din partea familiei. Astfel, la finele anului **2007**:

- au funcționat un număr de 54 de cămine cu o capacitate de 4827 de locuri, inclusiv centre de îngrijire și asistență socială; erau în așteptare un număr de 1605 cereri, capacitatea căminelor fiind ocupată integral.
- în municipiul București funcționau un număr de 3 cămine pentru persoanele vârstnice cu o capacitate de 395 locuri și existau un număr de 160 cereri în așteptare.

### 3.8. Petrecerea timpului liber

Aproape jumătate (42,0%) din pensionari și circa 2 din 5 persoane de 50 ani și peste se informează prin intermediul ziarelor cel puțin săptămânal (18,5% zilnic și 23,2% săptămânal).

Dintre persoanele de 65 ani și peste, citesc cărți numai 15,6%.

Vizionarea emisiunilor TV, a casetelor video, a filmelor la cinematograful, vizitarea expozițiilor sau a muzeelor, participarea ca spectator la manifestări sportive, la spectacole de teatru sau concerte, reprezintă **modalități de petrecere a timpului liber în mod pasiv**. Repartiția procentuală a persoanelor de 50-64 ani și respectiv 65 ani și peste, care desfășoară astfel de activități, în totalul fiecărei grupe de vârstă este următoarea:

**Tabelul nr.21**  
-procente-

Grupe de vârstă	Forme de petrecere a timpului liber în mod pasiv						
	Vizionarea filmelor la cinematograful	Vizionarea de spectacole de teatru	Participarea la concerte	Vizitarea de muzee, expoziții	Participarea la manifestări sportive	Vizionarea emisiunilor TV	Vizionarea de filme pe casete video
50-64 ani	3,8	4,7	3,2	3,4	6,6	96,2	6,3
65 ani și peste	1,0	1,7	1,0	1,2	1,5	90,1	2,4

Se constată că majoritatea persoanelor vârstnice (peste 90,0%), își dedică cea mai mare parte a timpului liber în mod pasiv, activităților de vizionare a emisiunilor TV, aceasta și pentru faptul că deplasarea lor de la domiciliu se realizează cu dificultate.

Repartiția procentuală a persoanelor de 50-64 ani și respectiv 65 ani și peste, care își **petrec timpul liber în mod activ**, în totalul fiecărei grupe de vârstă este următoarea:

**Tabelul nr.22**

-procente-

Grupe de vârstă	Forme de petrecere a timpului liber în mod activ				
	Activități sportive	Excursii	Repararea-confecționarea de obiecte	Lucrări agricole în grădina de legume	Ingrijirea grădinii
50-64 ani	1,4	4,6	18,3	42,3	23,4
65 ani și peste	0,3	1,0	12,3	46,1	25,6

Se constată la aceste persoane predilecția pentru activități ce necesită efort fizic, dar care sunt aducătoare de venituri bănești sau în natură, în defavoarea altor tipuri de activități: acțiuni sportive, excursii etc.

## Capitolul IV

### 4.Sănătatea vârstnicilor în România și în unele țări din Uniunea Europeană

Sănătatea este o resursă fundamentală pentru comunități și societăți în ansamblu. Pentru individ, a se bucura de o stare bună de sănătate este de o importanță primordială. În același timp, un nivel în general bun al sănătății populației este indispensabil creșterii economice și dezvoltării societății.

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea nu numai ca o simplă absență a bolii și a infirmității, ci ca un bine general: fizic, mental și social.

Dreptul la sănătate este unul fundamental, așa cum este și dreptul la educație. Sănătatea este o valoare și o condiție indispensabilă pentru toate celelalte activități umane, pentru nivele înalte de competență și performanță, pentru bucuria de a trăi, pentru sentimentul de bine și siguranță oferit celor din jur.

Granița dintre sănătate și boală nu este atât de clar conturată precum s-ar crede. Pentru a ajunge la o stare de sănătate optimă este necesar să fim conștienți de factorii de risc și de cei de protecție; să avem informații corecte și cunoștințe adecvate despre aceștia respectiv să avem o atitudine pozitivă față de factorii de protecție și una negativă față de cei de risc; să practicăm comportamentele sănătoase și să le evităm pe cele nocive.

#### 4.1.Sănătatea și calitatea vieții

Sănătatea este o dimensiune importantă a calității vieții, fiind poziționată, în anchete, pe primul loc între factorii care determină calitatea vieții și poate fi considerată în cel puțin trei moduri diferite:

- Pornind de la aspectele sale negative, se poate defini ca absența bolii. În acest caz

indicatorii sănătății au în vedere mortalitatea, morbiditatea și speranța de viață.

- Poate fi considerată ca o bună adaptare a persoanei la mediul său și ca funcționare bună în acest mediu. Definiția este, de această dată, mai pozitivă, dar indicatorii se focalizează pe consecințe: neplăcerile bolii, incapacități funcționale, handicap sau dezavantaj social.
- Poate fi definită în modul în care este prevăzută în documentele Organizației Mondiale a Sănătății (ca o bunăstare fizică, mentală și socială), într-o manieră pozitivă, devenind o valoare.

Cercetările au evidențiat că mulți vârstnici, suferind de boli cronice sau incapacități se consideră într-o stare de sănătate bună. Cel puțin la vârste înaintate, sănătatea nu înseamnă numai absența bolii sau vindecarea ei, ci trebuie înțeleasă într-o manieră mult mai globală.

Sănătatea pare să își asume dimensiuni ale conceptului de calitate a vieții. Cu atât mai mult, cu cât, pe de o parte, ”sănătatea socială” este recunoscută ca o dimensiune indisociabilă a sănătății generale, dar pe de altă parte, nu există încă un consens asupra conținutului concret al conceptului și a modului de evaluare a acesteia.

În general, sănătatea socială este considerată ca modalitatea în care o persoană se comportă cu alții și în care alții reacționează la acest comportament, modul în care reacționează față de instituții sociale, față de regulile și normele sociale. Bazată pe interacțiunea dintre individ și mediul său, sănătatea socială poate fi, interpretată în diferite moduri.

În anchetele privind calitatea vieții, sănătatea este evaluată printr-o percepție subiectivă (sănătatea subiectivă) în analizele întreprinse. În acest caz se utilizează indicatorii statistici ai sănătății și relaționarea stării subiective de sănătate cu o serie de parametri economici, sociali și culturali. Aceste corelații sunt obligatorii în analize, întrucât sănătatea, într-adevăr nu este o problemă izolată, de luat în considerare numai din perspectivă medicală. Boala și sănătatea se înscriu într-o societate determinată și au relații determinante cu o serie de alte dimensiuni ale societății.

În cercetările de calitate ale vieții, sănătatea este unul din *determinanți*. În cadrul eurobarometrului “Europenii și calitatea vieții”(2000), subiecții au avut de ales dintr-o listă de 15 factori dintre care trei factori care contribuie cel mai mult la nivelul lor de viață actual și alți trei care pot contribui la ameliorarea nivelului lor de viață în general.

Trei factori s-au regăsit în peste jumătate din răspunsurile furnizate pentru prima temă(contribuția ca determinanți):

- a fi în stare bună de sănătate - 25,0%
- a avea venituri suficiente pentru satisfacerea nevoilor individuale - 15,0%
- a avea membri de familie pe care se poate conta la nevoie - 14,0%

În țările investigate, sănătatea este primul dintre cei trei factori care, în opinia respondenților, contribuie cel mai mult la calitatea vieții lor actuale. Diferă numai ponderea acordată acestora în fiecare țară. Se remarcă că există o relație directă între vârsta respondenților și alegerea răspunsului ”stare bună de sănătate”.

## Tabelul nr.23

-procente-

Vârsta	Alegeri ale factorului de sănătate
15-24 ani	22,0
25-39 ani	25,0
40-45 ani	26,0
55+ ani	28,0

În ceea ce privește factorii care ameliorează cel mai mult calitatea vieții, ”starea bună de sănătate” se află tot printre primii trei factori, dar pe al treilea loc (după venituri și lipsa grijilor și a stresului). În cazul vârstnicilor a fi în stare bună de sănătate este factorul care contează cel mai mult pentru ameliorarea calității vieții (22,0% din răspunsurile celor de peste 55 ani).

Cu toate acestea, **nu se poate spune că persoanele vârstnice consideră sănătatea ca singura lor prioritate.** Astfel, într-un studiu realizat în Olanda, autorii au remarcat faptul că, dacă copiii persoanelor vârstnice au griji, probleme, frământări, aceste preocupări trec înaintea preocupărilor pentru propria sănătate și a părinților lor.

Într-un alt sondaj, realizat în Belgia s-a constatat că a avea o ”bătrânețe bună” nu este echivalent cu a avea o stare de sănătate bună. Cel puțin o treime din vârstnici asociază ceea ce numește ”bătrânețe bună” cu alte dimensiuni decât cea de sănătate.

### 4.2.Sănătatea subiectivă a vârstnicilor

Ca dimensiune a calității vieții, sănătatea poate fi abordată prin diverși indicatori printre care, aprecierea subiectivă a propriei sănătăți sau plângerile privind diverse afecțiuni. Sănătatea subiectivă este unul din indicatorii principali ai sănătății și ai calității vieții cu care operează Organizația Mondială a Sănătății. Este indicatorul prin care se monitorizează sănătatea și calitatea vieții și se află, totodată, pe lista indicatorilor de sănătate ai Uniunii Europene. De regulă, se separă răspunsurile ”foarte bună” și ”bună” de o parte, iar pe de altă parte răspunsurile ”medie”, ”rea” și ”foarte rea”.

Un indicator al stării subiective de sănătate, utilizat frecvent în sondaje, vizează starea de sănătate în ultimele 12 luni (mai bună, la fel, mai rea).

Sănătatea subiectivă este o măsură care include diferite dimensiuni ale sănătății (fizică, socială, emoțională).

Noțiunea ”apreciere subiectivă”, sugerează că nu avem de a face cu o analiză cognitivă sistematică, ci mai degrabă cu o reacție emoțională. În general, anchetele nu stabilesc starea de sănătate în modul în care medicii pun un diagnostic.

Informațiile sunt culese de pe baza declarațiilor celor intervievați cu privire la starea generală percepută, bolile cronice de care suferă, factorii de risc, limitări ale activității etc.

Caracteristici individuale, precum cele legate de vârstă, statut (formare), sex etc, influențează percepția stării de sănătate ca și modul în care se declară acest lucru. Cu toate acestea, cercetătorii opinează că sănătatea subiectivă este unul din cei mai buni indicatori ai sănătății, atât la nivel individual, cât și la nivelul de ansamblu al populației. Percepția subiectivă a sănătății furnizează informații pentru o privire de ansamblu destul de adecvată a stării de sănătate reală a unei populații. Numeroși autori au constatat că ea reflectă destul de bine impactul plângerilor și bolilor de care suferă persoana interogată și are legătură directă cu mortalitatea, morbiditatea, nivelul capacităților funcționale și volumul de activități de îngrijire.

În acest cadru general se disting următoarele aspecte:

#### a) vârstnicii europeni

În evaluările Organizației Mondiale a Sănătății imensa majoritate a persoanelor vârstnice se află într-o stare de sănătate bună, respectiv duc o viață activă și satisfăcătoare și dețin rezerve intelectuale, emoționale și sociale care lipsesc adesea celor tineri.

Cercetările realizate în Uniunea Europeană (Barometre privind calitatea vieții, anchete de sănătate etc), de către instituții de cercetare, permit câteva concluzii generale:

- Persoanele anchetate au o percepție a sănătății pozitivă, cele nemulțumite de starea lor de sănătate sunt mai numeroase decât cele mai tinere. Cu cât vârsta este mai avansată, percepția este mai negativă.
- Vârstnicii semnalează mai frecvent decât tinerii deteriorarea stării lor de sănătate și se plâng de sănătate în mai mare măsură decât aceștia.
- La toate vârstele, femeile percep o stare mai defavorabilă a sănătății.

În publicația "Sănătatea și îngrijirea în Europa lărgită" realizată de EUROSTAT (2002), pe baza unor anchete efectuate la nivel național – pentru mai multe țări europene -mai mult de jumătate dintre persoanele intervievate declarau că sunt mulțumite și foarte mulțumite de starea lor de sănătate, rezultatele situându-se între 91,4% pentru Danemarca și 58,4% pentru România. În ceea ce privește starea de sănătate subiectivă a persoanelor vârstnice (65 ani și peste), acestea se declară mulțumite și foarte mulțumite în procent de 87,3% în Luxemburg și pe ultimul loc, în procent de 32,0% în Bulgaria.

În general, persoanele vârstnice (65 ani și peste) au un mod de a percepe sănătatea destul de asemănător cu cel al ansamblului populației. Datele existente indică faptul că starea de sănătate a tranșei de vârstă "tinerii bătrâni" se va ameliora.

Cercetări privind sănătatea realizate în Belgia, Italia, Olanda, Irlanda, Marea Britanie au ajuns la rezultate similare în această privință: **starea de sănătate a persoanelor vârstnice se ameliorează**. În pofida îmbătrânirii populației, procentul persoanelor infirme sau dependente nu a crescut și aproape 40,0% din persoanele vârstnice respondente au declarat că au avut o stare de sănătate bună în ultimul an.

#### b) vârstnicii români

Starea de sănătate a vârstnicilor români este unul din punctele critice cele mai grave ale calității vieții lor.

În cercetările Institutului Național de Statistică, sănătatea subiectivă s-a măsurat prin caracterizarea de către subiecți a propriei sănătăți. În ceea ce privește persoanele de 65 ani și peste, rezultatele au fost următoarele:

**Tabelul nr.24**  
**-procente-**

	Grupa de vârstă	Opinia privind starea de sănătate					
		Total	Foarte bună	Bună	Satisfăcătoare	Rea	Foarte rea
Total	65-74 ani	100,0	1,4	24,5	50,4	19,1	4,6
	75 ani și peste	100,0	0,2	11,5	48,1	30,7	9,5
Masculin	65-74 ani	100,0	1,5	29,6	50,1	13,7	5,1
	75 ani și peste	100,0	0,4	17,2	46,4	28,5	7,5



	peste						
Feminin	65-74 ani	100,0	1,2	20,7	50,6	23,1	4,4
	75 ani și peste	100,0	0,1	8,0	49,1	32,0	10,8
Urban	65-74 ani	100,0	1,0	20,9	52,6	20,8	4,7
	75 ani și peste	100,0	-	10,5	47,2	33,9	8,4
Rural	65-74 ani	100,0	1,7	27,4	48,6	17,7	4,6
	75 ani și peste	100,0	0,3	12,2	48,8	28,4	10,3

Se constată că femeile vârstnice sunt mai pesimiste decât bărbații vârstnici, apreciindu-și starea de sănătate ca fiind rea și foarte rea într-o proporție mai mare.

În ceea ce privește diferențierea pe medii, vârstnicii din rural își consideră starea de sănătate bună sau satisfăcătoare într-o proporție superioară celor din urban.

### 4.3.Indicatori statistici ai sănătății

#### 4.3.1.Speranța de viață

Speranța de viață este unul din elementele de bază ale indicelui dezvoltării umane (IDU). Longevitatea sau speranța de viață înseamnă durata potențială de viață a unei persoane și este în funcție de patrimoniul său genetic și de condițiile de mediu în care trăiește.

Progresele rapide ale medicinei și biologiei au reprezentat cele mai mari realizări din secolul trecut și, prin urmare, se trăiește mai mult. Dacă la începutul secolului al XX-lea, o persoană la vârsta de 60 de ani era considerată la sfârșitul vieții, în prezent, aceasta abia se apropie de pragul pensionării.

Astfel, în ultimele decenii de reculul mortalității au beneficiat în principal persoanele vârstnice, dintre care un număr important trăiesc până la vârste avansate. Speranța medie de viață a ajuns, în lumea occidentală, în cursul ultimului secol, de la 47 ani la 79 ani. Se apreciază că va ajunge la 85 ani în anii 2010.

Deși ideea de a trăi mai mult poate fi atrăgătoare, totuși creșterea constantă a numărului de ani adăugați la vârsta unei persoane începe să devină o problemă: ce va deveni viața pentru o populație tot mai bătrână? Este chiar o idee atât de bună să trăiești un deceniu în plus dacă această perioadă înseamnă 10 ani de boală și decrepitudine? "*Ceea ce dorim este ca speranța noastră de viață să se apropie cât mai mult de speranța de sănătate, astfel ca să trăim mai mult și să murim fără suferințe prelungite*" afirmă d-na **Lorna Layward**, manager cercetător la Asociația Caritabilă de Cercetări în Domeniul Îmbătrânirii (SUA).

Este oare posibil? Este dificil, pentru că fiecare persoană va contacta anumite boli și fiecare va suferi în felul său. Evoluția în timp a stării oaselor, inimii, creierului și a sistemului imunitar depinde de un număr mare de factori, de la cei genetici și de mediu în care am trăit, până la îngrijirea medicală de care am avut parte și chiar de nivelul nostru de educație. Totuși, înaintarea în vârstă reprezintă singurul și cel mai important factor de risc pentru o serie de boli, de la demență până la cancer.

Deși calcularea șanselor de menținere a sănătății la vârsta a treia este foarte dificilă, cercetătorii încep să descopere că, la nivel de populație, timpul petrecut ca bolnavi în perioada finală a vieții se va scurta datorită progreselor dobândite de știința medicală (medicamente și tratamente care vizează rezolvarea problemelor de bătrânețe: deteriorarea

masei musculare, degradarea masei osoase, uzura articulațiilor etc) și a conștientizării la nivel de persoană a cerințelor impuse de păstrarea sănătății.

Potrivit declarațiilor d-nei **Lorna Layward**, ameliorarea calității vieții la bătrâni va trebui să devină o

componentă critică și stringentă a cercetării medicale: "Dacă oamenii sunt sănătoși, ei vor dori să continue să muncească, să fie consumatori de bunuri, vor contribui la taxe și nu se vor pensiona prea devreme".

Speranța de viață la naștere în Europa a fost, în 2007, de 74, 3 ani , din care 70,2 ani pentru bărbați și 78,4 pentru femei. Speranța de viață cea mai mare o aveau bărbații din Suedia (78,6 ani) și femeile din Spania (83,8 ani).

Specialiștii în domeniu consideră că indicatorul clasic al speranței de viață utilizat în demografie nu este suficient de sensibil pentru măsurarea stării de sănătate. Noile concepte propuse "speranța de viață în bună sănătate" și "speranța de viață cu incapacități ", permit să se țină seama nu numai de durata vieții, ci și de calitatea acesteia. Acești indicatori sunt calculați separat pentru bărbați și femei și permit analize diferențiate ale stării de sănătate, evidențiază inegalitățile în fața bolii și a morții dintre diferite grupuri sociale.

Totodată, acești indicatori au o importanță din ce în ce mai mare în contextul dezbaterilor actuale privind îmbătrânirea. În cadrul cercetărilor EUROSTAT, bazate pe anchetele realizate la nivel național, s-au realizat diferite estimări ale speranței de viață în sănătate, la vârsta de 65 ani.

Unul din obiectivele acestor cercetări constă în facilitarea unei sinteze și a unei analize a indicatorului speranței de viață în bună sănătate. Astfel, se adaugă o dimensiune calitativă la măsura pur cantitativă a longevității europenilor și se pot evidenția inegalitățile între statele membre ale Uniunii Europene.

Informațiile la nivelul anului 2005, pentru unele țări ale Uniunii Europene, cu privire la speranța de viață la 65 ani, sunt evidențiate astfel:

**Tabelul nr.2517**

- ani -

Țara	Bărbați			Femei		
	Total	Fără incapacitate	Cu incapacitate	Total	Fără incapacitate	Cu incapacitate
Austria	20.4	6.6	13.8	17.0	6.7	10.3
Belgia	20.2	9.5	10.7	16.6	9.4	7.2
Cehia	17.7	6.9	10.8	14.4	6.5	7.9
Cipru	19.1	4.8	14.3	16.8	6.7	10.1
Danemarca	19.1	13.5	5.6	16.1	13.1	3
Estonia	18.0	3.4	14.6	13.1	3.4	9.7
Finlanda	21.0	6.5	14.5	16.8	6.2	10.6
Franța	22.0	9.4	12.6	17.7	8.2	9.5
Germania	20.1	5.9	14.2	16.9	6.5	10.4
Grecia	19.2	9.9	9.3	17.1	9.5	7.6
Irlanda	20.0	9.9	10.1	16.8	9.1	7.7
Letonia	17.2	5.4	11.8	12.5	5.0	7.5
Lituania	17.6	4.3	13.3	13.0	5.1	7.9
Luxembourg	20.4	9.2	11.2	16.7	9.3	7.4
Malta	19.4	11.1	8.3	16.2	10.5	5.7
Marea Britanie	19.5	11.1	8.4	17.0	10.3	6.7
Norvegia	20.9	11.8	9.1	17.2	12.2	5
Olanda	20.1	10.9	9.2	16.4	10.4	6

Poland	18.5	10.1	8.4	14.3	8.3	6
Portugal	19.4	5.1	14.3	16.1	6.2	9.9
România	13,4	...	...	16,1	...	...
Slovacia	17.1	5.3	11.8	13.3	4.8	8.5
Slovenia	19.3	8.5	10.8	15.2	7.4	7.8
Spain	21.3	9.1	12.2	17.3	9.6	7.7
Suedia	20.7	10.9	9.8	17.4	10.5	6.9
Ungaria	17.2	5.0	12.2	13.3	5.0	8.3

Așa cum se constată, cea mai mare speranță de viață sănătoasă, la vârsta de 65 ani, se înregistrează în Danemarca, atât pentru femei (13,5 ani), cât și pentru bărbați (13,1 ani).

În ceea ce privește speranța de viață cu incapacități la vârsta de 65 ani, maximul se înregistrează în Estonia pentru femei (14,6 ani) și în Finlanda pentru bărbați (10,6 ani).

Așadar femeile trăiesc mai mult decât bărbații. Numărul văduvelor este mai mare decât al bărbaților văduvi, dar plusul de ani femeile îl trăiesc într-o stare mai rea de sănătate și un grad de dependență mai mare. Din tabelul nr.25 rezultă că numărul de ani cu incapacitate pe care îl trăiesc femeile vârstnice este superior aceluiași indicator pentru bărbații vârstnici; cea mai mare diferență fiind în Lituania (5,4 ani) și cea mai mică în Marea Britanie (1,7 ani).

Creșterea nivelului de educație, de școlarizare al populației și programele de protecție socială au contribuit la prelungirea duratei vieții "în bună sănătate". Numărul vârstnicilor care au nevoie de îngrijiri cotidiene, pentru a se deplasa sau pentru menaj este în scădere. Promovarea unui stil de viață sănătos poate consolida această tendință.

În România, indicatorul sintetic al stării de sănătate a populației – exprimat prin speranța de viață la naștere a fost pentru perioada 2004 – 2006 de 72,2 ani, respectiv 75,8 ani pentru femei și 68,7 ani pentru bărbați. În urban, speranța de viață era de 73,0 ani, iar în rural de 71,2 ani.

Acest indicator raportat la persoanele de 65 ani și peste, reflectă corect influența condițiilor de viață ale populației asupra numărului de ani pe care îi mai poate trăi o persoană vârstnică.

Cu excepția perioadei 1994 –1996, speranța de viață la vârsta de 65 ani, atât pentru femei cât și pentru bărbați, a fost în creștere. În perioada 2004-2006, creșterea speranței de viață a fost mai accentuată la femeile vârstnice, decât la bărbații vârstnici. Aceasta a făcut ca și diferența între sexe la speranța de viață la 65 ani să se accentueze (de la 2,41 ani în perioada 1992-1994 la 2,81 ani în perioada 2004-2006), principala cauză fiind supramortalitatea masculină la vârstnici.

După 65 ani diferențele între sexe scad odată cu vârsta, la 85 ani ajungând în 2004-2006 la 0,20 ani, față de 0,23 ani în perioada 1992-1994.

**Tabelul nr.26**

- ani -

Perioada	Vârsta (ani)	Total	Masculin	Feminin	Diferența (F-M)
1992-1994	65	14,08	12,75	15,16	2,41
	70	10,94	10,01	11,62	1,61
	75	8,19	7,62	8,59	0,97
	80	5,91	5,60	6,11	0,51
	85	4,19	4,05	4,28	0,23

2002-2004	65	14,66	13,14	15,91	2,77
	70	11,50	10,44	12,29	1,85
	75	8,67	8,02	9,10	1,08
	80	6,33	5,99	6,50	0,51
	85	4,55	4,42	4,58	0,16

Perioada	Vârsta (ani)	Total18	Masculin	Feminin	Diferența (F-M)
2004-2006	65	15,00	13,45	16,26	2,81
	70	11,77	10,68	12,58	1,90
	75	8,88	8,18	9,34	1,16
	80	6,47	6,08	6,67	0,59
	85	4,63	4,47	4,67	0,20

Nivelul ridicat al mortalității masculine pe tranșele de vârstă de 60 ani și peste, a determinat o scădere a numărului de supraviețuitori (Lx) de sex masculin față de cel feminin, diferența între sexe menținându-se la toate tranșele de vârstă, în perioada 2004-2006 (tabelul nr. 27).

Tabelul nr. 27  
-număr-

	L60	L70	L80	L90
Masculin	75.727	55.365	28.006	5.325
Feminin	88.510	76.279	48.103	10.986

Pe regiuni, în perioada 2004 – 2006, durata medie a vieții (speranța de viață) în România s-a caracterizat prin:

- cea mai mare durată medie a vieții în zona București (73,98 ani), iar cea mai scăzută în regiunea Nord-Vest - 71,38 ani.
- zona București a înregistrat cea mai lungă durată medie a vieții (70,42 ani bărbați și 77,28 ani femeile), iar regiunea Nord-Vest – mediul rural – cea mai scăzută durată medie a vieții (67,11 ani pentru bărbați și 74,18 ani pentru femei).
- cea mai mare diferență între durata medie a vieții în urban și rural s-a înregistrat în județul Dolj.
- durata medie a vieții populației din localitățile urbane a fost mai mare decât în cele rurale, în majoritatea județelor, cu excepție în județele: Brăila, Caraș – Severin, Hunedoara, Vrancea.
- cea mai mare durată medie a vieții s-a înregistrat în municipiul București (73,98 ani), iar cea mai scăzută în județul Satu Mare (69,03 ani).

Speranța de viață a avut evoluții contradictorii în România, de scădere în perioada 1995-1997 și de foarte ușoară creștere în perioada 1998-2000. Aceeași combinație de stagnare și creșteri ușoare se înregistrează și la bărbați și la femei. În Raportul Național al Dezvoltării Umane (PNUD-2002), majoritatea indicatorilor care se referă la speranța de viață arată o tendință care îndepărtează *România* de nivelurile regionale și europene.

### 4.3.2. Mortalitatea și morbiditatea

Mortalitatea și morbiditatea sunt indicatorii tradiționali ai sănătății. Problema morbidității și în special a incapacității rămân importante pentru viitor și aceasta derivă din caracteristicile pe care morbiditatea le are la vârstnici.

Rata mortalității, indicator tradițional în domeniul sănătății, se calculează prin raportarea numărului de persoane decedate într-o anumită perioadă la numărul mediu al populației. Forma de raportare este la 100.000 locuitori.

Rata mortalității pe cauze de deces la nivel național în anii 2006 – 2007, comparativ cu rata mortalității persoanelor vârstnice, a fost următoarea:

**Tabelul nr.28**

- decese la **100.000 locuitori**-

Cauze de deces	2006		2007	
	Total	Persoane vârstnice (65 ani și peste)	Total	Persoane vârstnice (65 ani și peste)
<b>Total</b>	1.195,8	5.884,0	1.169,9	5.717,1
<b>Boli ale aparatului circulator</b>	742,8	4.296,0	717,4	4.126,9
<b>Tumori</b>	210,6	823,0	210,7	817,6
<b>Boli ale aparatului respirator</b>	58,7	270,0	58,8	269,1
<b>Boli ale aparatului digestiv</b>	65,8	226,0	67,6	225,4
Leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	59,2	98,0	56,9	97,4
<b>Boli endocrine de nutriție și metabolism</b>	10,3	50,9	11,1	53,9
<b>Boli ale aparatului genito-urinar</b>	10,9	53,0	10,7	51,8
<b>Boli infecțioase și parazitare</b>	11,6	19,4	11,0	20,6

Chiar dacă în ultimii ani numărul deceselor a înregistrat o ușoară scădere, această componentă a reducerii populației este încă destul de ridicată. Principalele cauze le constituie bolile aparatului circulator și tumorile. Din totalul deceselor înregistrate în anul 2007, 79,3% au avut astfel de cauze. Situația poate fi considerată alarmantă, întrucât în țările dezvoltate ponderea bolilor aparatului circulator în total decese nu depășește 30,0-40,0%.

Bolile aparatului circulator reprezintă cea mai importantă cauză de deces (61,3%) în România. Rata mortalității din acest motiv a variat de la 701,8 decese la 100.000 de locuitori în anul 2000, la 753,8 decese la 100.000 locuitori în 2005, 742,8 decese la 100.000 locuitori în 2006 și la 717,4 decese la 100.000 locuitori în 2007. Tumorile maligne reprezintă a doua cauză de deces în România, reprezentând 18,0% din total. Principalele localizări ale tumorilor sunt: plămânii, stomacul, prostata și pancreasul la bărbați; sânii, colul uterin, stomacul, plămânii și ovarele la femei. Rata mortalității prin tumori maligne a crescut continuu după anul 1996 (de la 170,3 decese la 100.000 locuitori în anul 1996, la 207,7 decese în 2005, la 210,6 decese în 2006 și la 210,7 decese în 2007).

Totodată, asistăm la o reducere atât a ratei deceselor datorate bolilor aparatului circulator, leziunilor traumatiche,

otrăvirilor și alte consecințe ale cauzelor externe, bolilor infecțioase și parazitare și bolilor aparatului genito-urinar. În schimb, a crescut mortalitatea datorată bolilor aparatului digestiv, bolilor endocrine de nutriție și metabolism, tumorilor și bolilor aparatului respirator.

În România, rata mortalității pe principalele cauze de deces pentru persoanele vârstnice suferă o serie de modificări și anume: pe primul loc se situează mortalitatea prin bolile aparatului circulator, urmată de tumori, bolile aparatului respirator, bolile aparatului digestiv, iar pe ultimul loc se situează tulburările mentale și de comportament. O atenție deosebită trebuie acordată bolilor endocrine de nutriție și metabolism(diabet). Dinamica mortalității generale a persoanelor vârstnice(+ 65 ani), pe principalele grupe de boli a fost următoarea:

**Tabelul nr.29**

- decese la 100.000 locuitori -

Cauze de deces	1992			2004			2006			2007		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	6766	7606	6170	5857	6754	5228	5884	6753	5283	5717	6580	5122
Bolile aparatului circulator	5090	5339	4913	4262	4560	4053	4296	4578	4100	4127	4417	3927
Tumori	619	836	465	807	1113	593	823	1138	604	818	1137	598
Bolile aparatului respirator	525	705	398	288	409	203	270	384	191	269	189	189
Bolile aparatului digestiv	224	289	177	232	299	186	226	287	184	225	186	186
Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	124	186	80	100	157	60	98	152	61	97	153	59
Bolile aparatului genito-urinar	80	133	43	50	73	33	53	74	39	52	51	38

Bolile aparatului circulator, în special bolile ischemice ale inimii și cele cerebro-vasculare, au constituit principala cauză de deces care a afectat în cea mai mare parte populația vârstnică, deși procentul în total decese a persoanelor vârstnice a fost în scădere (de la 75,2% în 1992, la 73,0% în 2006 și la 72,2% în 2007).

Ratele mortalității specifice pe principalele cauze de deces la persoanele vârstnice au continuat să difere pe sexe. Mortalitatea feminină a avut valori inferioare celei masculine la toate cauzele de deces. Dar, în cazul tumorilor, bolilor aparatului circulator, bolilor aparatului respirator, bolilor aparatului digestiv și leziunilor traumatice, otrăvirilor și alte consecințe ale cauzelor externe, valorile masculine au fost mult superioare celor feminine.

Dacă s-ar elimina cel puțin jumătate din decesele datorate bolilor aparatului circulator, rata mortalității vârstnicilor s-ar reduce cu 36,1%.

Rata de morbiditate – Indicator care măsoară frecvența cazurilor de îmbolnăvire nou înregistrate într-un anumit teritoriu și o anumită perioadă (lună, trimestru, an) de către dispensarele medicale teritoriale, raportate la numărul mediu al populației.

Problema morbidității și în special a incapacității, rămâne importantă pentru viitor și aceasta derivă din caracteristicile pe care morbiditatea o are la vârstnici:

- rată ridicată, respectiv persoanele vârstnice au tendința de a fi mai des bolnave;
  - boli care se întâlnesc predominant la vârstnici: cancer, afecțiuni cardio-vasculare, infirmități fizice și tulburări mentale;
  - persoanele vârstnice au nevoie de mai mult timp pentru a se reface și prezintă un risc crescut de cronicizare a unor boli (demența este o afecțiune tipică vârstei foarte înaintate și necesită servicii și îngrijiri profesionalizate);
  - persoanele vârstnice au un risc mai mare de a suferi, în același timp de mai multe afecțiuni (multimorbiditatea).
- În anul 2007, cazurile noi de îmbolnăviri, pe sexe (masculin, feminin), pe total țară, pentru persoanele vârstnice (65 ani și peste), au fost următoarele:

Tabelul nr.30

Denumirea bolii	Total persoane vârstnice (65 ani și peste)		Total persoane vârstnice de sex feminin (65 ani și peste)		Total persoane vârstnice de sex masculin (65 ani și peste)	
	Număr	% în total populație bolnavă	Număr	% în total populație bolnavă	Număr	% în total populație bolnavă
<b>Total</b>	<b>2.594.267</b>	<b>17,5</b>	<b>1.333.978</b>	<b>17,6</b>	<b>1.260.289</b>	<b>17,3</b>
<b>Bolile aparatului respirator</b>	554,219	8.8	262,690	8.7	291,529	8.9
<b>Bolile aparatului circulator</b>	470,777	44.9	260,101	45.4	210,676	44.3
<b>Bolile sistemului osteo-articular, ale muschilor, ale țesutului conjunctiv</b>	435,797	35.5	236,953	36.5	198,844	34.3
<b>Bolile aparatului digestiv</b>	275,008	19.1	136,086	18.8	138,922	19.4
<b>Bolile aparatului genito-urinar</b>	188,795	19.3	100,462	14.8	88,333	29.2
<b>Bolile ochiului și anexelor sale</b>	129,178	26.8	63,813	27.3	65,365	26.4
<b>Boli endocrine, de nutriție și metabolism</b>	115,930	21.0	64,650	21.1	51,280	21.0
<b>Bolile pielii și țesutului celular subcutanat</b>	81,047	11.9	37,097	11.6	43,950	12.3
<b>Bolile sistemului nervos</b>	68,258	37.3	35,541	37.4	32,717	37.3
<b>Bolile urechii și apofizei mastoide</b>	65,152	17.0	31,674	17.3	33,478	16.7
<b>Tulburări mentale și de comportament</b>	59,488	25.8	34,841	25.8	24,647	25.9
<b>Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor extene</b>	54,276	17.4	22,288	19.4	31,988	16.3
<b>Cauze externe de morbiditate și mortalitate</b>	48,649	17.7	19,598	19.3	29,051	16.7
<b>Bolile infecțioase și parazitare</b>	43,602	6.3	20,706	6.4	22,896	6.3
<b>Tumori</b>	20,439	36.4	8,737	30.6	11,702	42.4
<b>Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismelor de imunitate</b>	17,386	9.6	10,245	9.9	7,141	9.3
<b>Simptome, semne și rezultate</b>	14,754	17.5	8,005	17.5	6,749	17.4

## **anormale ale investigațiilor clinice și de laborator**

### **Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale**

161      3.3      89      3.9      72      2.7

Pe medii (urban, rural), se păstrează aceeași ierarhie în structura cauzelor de boli noi ca și pe ansamblul României, diferind ponderea pe care persoanele vârstnice o au în aceste cazuri de îmbolnăviri noi. Cele mai mari procente le au persoanele vârstnice în cazul: bolilor aparatului circulator (44,9%), bolilor sistemului nervos (37,3%), tumorilor (36,4%) și bolilor sistemului osteo-articular, ale mușchilor, ale țesutului conjunctiv (35,5%), cu ușoare schimbări, în ierarhie, pe medii.

În anul 2007, la persoanele vârstnice, în incidența bolilor cronice, pe cauze, ierarhia acestora a fost: bolile aparatului respirator (21,0%), bolile aparatului circulator (17,8%), bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, ale țesutului conjunctiv (16,5) bolile aparatului digestiv (10,4%) și bolile aparatului genito-urinar (7,2%).

În anul 2007, una din cinci persoane de 15 ani și peste, suferă de o boală cronică sau invaliditate, peste jumătate fiind femei (59,3%). Din totalul bolnavilor, persoanele vârstnice (65 ani și peste), reprezintă aproape jumătate (45,6%), iar peste o treime din acest total se concentrează în intervalul de vârstă 50-64 ani. Situația (în procente) a populației de 50 ani și peste, pe sexe, pe medii este prezentată în tabelul următor:

Tabelul nr.31 -procente-

	Persoane de 15 ani și peste care suferă de o boală cronică sau invaliditate	Grupa de vârstă		
		50-64	65-74	75 ani și peste
Total	100,0	33,8	25,3	20,3
Masculin	100,0	35,7	23,3	17,4
Feminin	100,0	32,5	26,7	22,4
Urban	100,0	39,0	23,0	16,7
Rural	100,0	27,5	28,0	24,8

Femeile vârstnice (65 ani și peste) declară într-o proporție mai mare decât bărbații vârstnici că suferă de boli cronice sau invalidități.

Deși vârstnicii din rural au declarat o stare de sănătate mai bună decât cei din urban, ei declară în proporție mai mare că suferă de boli cronice sau infirmități.

#### **4.4. Îngrijirile de sănătate**

Îmbătrânirea crescândă a populației va influența fără îndoială nevoile în materie de îngrijiri de sănătate în deceniile viitoare. La această dată sunt puține informații cu privire la acest subiect și este necesară evaluarea impactului acestui fenomen asupra nevoilor societății, într-un viitor apropiat.

Persoanele vârstnice au nevoie de mai multe servicii de sănătate și de îngrijiri esențial diferite de cele de care are nevoie populația mai tânără.

##### **4.4.1. Situația în țările Uniunii Europene**



În Europa majoritatea persoanelor care necesită o prezență și îngrijiri permanente sunt îngrijite acasă de către membrii familiei lor, serviciile în domeniu fiind insuficiente. În viitor, familiile vor fi din ce în ce mai puțin în măsură să își asume aceste sarcini.

Cauzele sunt legate de diminuarea numărului de persoane care compun familia, de faptul că cei în nevoie vor trăi la distanță de cei apropiați, astfel că membrilor familiei le va fi mult mai dificil să își asume sarcinile de îngrijire. În plus, va exista un număr din ce în ce mai mic de copii care să se ocupe de un număr din ce în ce mai mare de persoane foarte în vârstă, suferinde de afecțiuni legate de vârstă.

Asigurarea rolului de îngrijire de către instituții sau societatea civilă va căpăta o importanță crescută. Este vorba de servicii la domiciliu, asistarea persoanelor vârstnice, locuințe amenajate pentru nevoile persoanelor vârstnice. Cererea de îngrijiri pe termen lung va crește îndeosebi odată cu creșterea tranșei de vârstă de 80 ani și peste.

Din punct de vedere al sănătății publice și al sarcinii sociale, este importantă determinarea numărului de persoane care vor avea nevoie de ajutor în viitor, dar acest lucru este dificil de realizat.

Va crește așadar importanța îngrijirilor formale sau informale ca și impactul tehnicii moderne asupra prelungirii vieții în bună stare de sănătate și a păstrării autonomiei chiar în caz de infirmitate.

Sistemul de îngrijiri de sănătate în Uniunea Europeană trebuie să facă față simultan unui triplu obiectiv: 1) accesul la îngrijiri pentru toți; 2) la un nivel superior de calitate; 3) conservând viabilitatea financiară a sistemului.

Persoanele vârstnice au nevoie de îngrijiri de lungă durată, ceea ce înseamnă o provocare atât în ceea ce privește finanțarea cât și adaptarea la oferta de servicii, îndeosebi cu privire la instituționalizarea pentru îngrijirile de lungă durată.

Pe lângă faptul că este un succes al măsurilor de sănătate publică, longevitatea presupune și că, din ce în ce mai multe persoane au nevoie de îngrijiri și susținere personală. Este însă important să nu se exagereze în aprecierea acestei situații.

Cercetările sociale evidențiază faptul că majoritatea persoanelor vârstnice, chiar de vârsta a patra, sunt capabile să-și poarte singure de grijă sau cu un ajutor minim. Dacă ajutorul este necesar, el provine în primul rând de la familie. În majoritatea țărilor, statul joacă un rol relativ minor în îngrijirile acordate persoanelor vârstnice, fie ca furnizor direct de îngrijiri, fie ca sursă financiară.

Cererea pentru astfel de servicii este în creștere. Creșterea procentului vârstnicilor care necesită îngrijiri are implicații importante pentru familie, ca și pentru guvernanți. Astfel:

- într-un sondaj realizat pe o populație de vârstnici: 38,0% din cei de peste 60 ani

au declarat că suferă de o incapacitate funcțională (53,0% Grecia, 22,0% Belgia). Mai concret, 32,0% din persoanele de 60-64 ani prezentau o boală cronică sau o incapacitate, iar în cazul celor de 80 ani și peste, acest procent a fost de 47,0%

- îngrijirile personale sau sarcinile de menaj sunt invocate ca fiindu-le necesare de 30,0% dintre subiecți (aproape 25,0% în Luxemburg și Portugalia, sub 50,0% în Regatul Unit, Germania și Danemarca)
- 18,0% din vârstnicii de 60-64 ani primesc îngrijiri față de 59,0% dintre cei de 80 ani și peste.
- susținătorii principali ai persoanelor vârstnice, în cazul în care au nevoie de îngrijiri sunt:
  - copii adulți (40,0%)
  - soții (32,0%)
  - alte rude (14,0%)
  - servicii sociale publice (13,0%)
  - ajutor privat plătit (11,0%)
  - prietenii (6,0%)

- vecinii (6,0%)
- organizațiile de binefacere (3,0%)

Rolul jucat de soț/soție variază foarte mult în funcție de țări. În Grecia 47,0% din persoane primesc ajutor de la soț/soție, în Danemarca 19,0% și în Olanda numai 8,0%.

Cercetările arată că, cu cât categoria de vârstă este mai avansată, cu atât mai puțin probabil ca ajutorul să fie furnizat de soț/soție și mult mai probabil că va fi acordat de serviciile publice.

Procentul pe categorii de vârstă a persoanelor care primesc ajutor și asistență din partea soților și a serviciilor publice este următorul:

Tabelul nr.32

-procente-

Tip ajutor	60-64 ani	65-69 ani	70-74 ani	75-79 ani	80+ani
Soț/soție	54,0	44,0	33,0	25,0	15,0
Servicii publice	8,0	8,0	10,0	13,0	20,0

Se remarcă că 53,0% dintre bărbați primesc ajutorul soțiilor și numai 18,0% din femei primesc ajutorul soților. Așa cum au demonstrat-o și alte cercetări, membrii familiei sunt de departe principalii furnizori de îngrijiri. În cazul eurobarometrului, două treimi din îngrijirile acordate persoanelor vârstnice sunt furnizate de persoane din structura familială.

#### 4.4.2.Satisfacția privind sistemul de îngrijiri a sănătății în țările europene

Satisfacția privind sistemul de îngrijire a sănătății nu diferă semnificativ în funcție de vârstă.Așa încât putem spune că vârstnicii europeni (ca și populația în ansamblu), care se declară “satisfăcuți și foarte satisfăcuți” (însurate) de sistemul de îngrijire a sănătății, se împart în 3 grupe:

- Austria (83,0%), Franța (78,0%), Belgia (77,0%), Danemarca (76,0%), Finlanda (74,0%), Olanda (73,0%), Luxemburg (72,0%).
- Un al doilea grup care gravitează în jurul mediei europene (53,0%) și are în vedere: Suedia(59,0%), Marea Britanie(56,0%), Germania(50,0%), Irlanda (48,0%) și Spania (48,0%).
- Un al treilea grup care prezintă răspunsul “satisfăcător” în proporție mică include Italia (26,0%), Portugalia (24,0%), Grecia (9,0%). Aceste țări se remarcă și prin rate înalte ale răspunsului “deloc satisfăcut” (26,0%,32,0%,34,0%).

#### 4.4.3.Îngrijirile de sănătate în România

- Persoanele vârstnice,(65 ani și peste) au prezentat ponderi importante printre pacienții medicilor cardiologi (45,6%), urologi (32,3%), oftalmologi (30,7%) și neurologi (28,5%).
- Persoanele care au depășit vârsta de 50 ani efectuează mai frecvent controale periodice, astfel circa 39,0% dintre persoanele de 65 ani și peste și-au verificat periodic starea de sănătate.
- Un factor important în prevenirea îmbolnăvirilor îl reprezintă controalele periodice și efectuarea unor analize cu caracter preventiv

- În anul 2007, din persoanele vârstnice de 65-74 ani, care au avut nevoie să consulte un medic specialist, respectiv stomatolog și nu au putut, 77,5% respectiv 84,6% au spus că nu își permit, iar la cei de 75 ani și peste, procentele au fost de 76,5% și respectiv 80,7%.
- Rezultatele evaluării subiective a asistenței medicale primite se situează în următoarele limite:

**Tabelul nr.33**

<b>Foarte bună</b>	<b>8,2%</b>
<b>Proastă</b>	<b>10,1%</b>
<b>Satisfăcător</b>	<b>26,7%</b>
<b>Bună</b>	<b>47,1%</b>
<b>Foarte bună</b>	<b>7,9%</b>

În ceea ce privește aprecierea sistemului de îngrijire a sănătății<sup>22</sup>, în anul 2006, la întrebarea: "Cum apreciați sistemul de îngrijire a sănătății din România?", răspunsurile au fost următoarele:

**Tabelul nr.34**

<b>Foarte bună</b>	<b>16,0%</b>
<b>Proastă</b>	<b>31,0%</b>
<b>Satisfăcător</b>	<b>31,0%</b>
<b>Bună</b>	<b>18,0%</b>
<b>Foarte bună</b>	<b>4,0%</b>

În ceea ce privește aprecierea sistemului de îngrijiri la domiciliu, persoanele vârstnice au considerat :

- *îngrijirea la domiciliu oferită* - foarte bună -72,6%, bună - 25,3% și 2,1% satisfăcătoare;
- *calitatea serviciilor medicale* – foarte bună - 64,7%, bună - 32,4%, satisfăcătoare -2,1% și proastă - 0,8%;
- *calitatea serviciilor sociale* - foarte bună - 66,4%, bună - 30,3%, satisfăcătoare - 2,5% și proastă - 0,8%;
- *relația cu personalul care asigură îngrijirea* – foarte bună – 78,0%, bună – 20,7% și satisfăcătoare - 1,3%.

Persoanele intervievate<sup>24</sup> din cadrul eșantionului și-au dorit să beneficieze în mai mare măsură de următoarele categorii de servicii:

- medicamente gratuite – 6,6%;
- menaj – 6,6%;
- hrană – 5,4%;
- ajutoare materiale – 3,7%;
- ajutoare financiare – 3,7%;
- activități recreative – 3,7%;
- fizioterapie – 2,5%;
- gimnastică – 0,4%.

#### **4.5.Sănătatea socială**

Alături de sănătatea fizică și mentală, **sănătatea socială** este un element esențial al definiției sănătății utilizată de Organizația Mondială a Sănătății. Sănătatea socială poate fi privită și ca un determinant important al stării generale de sănătate.

Unii cercetători consideră că ”impactul relațiilor sociale asupra sănătății este la fel de important precum și alți factori de risc: fumatul, activitatea fizică, obezitatea, tensiunea arterială. Numărul și calitatea relațiilor sociale contribuie la menținerea sănătății fizice și mentale a indivizilor, precum și la ameliorarea speranței de viață”. S-a constatat și relația inversă: relațiile sociale negative sau stresante au efecte nefaste asupra sănătății. De asemenea, izolarea socială pare să se asocieze cu o rată mai înaltă a deceselor premature.

Relațiile sociale influențează adoptarea comportamentelor sănătoase și de risc. Integrarea într-un grup implică acceptarea valorilor grupului și adoptarea unui stil de viață asemănător.

Cercetările din cadrul anchetei de sănătate din Belgia (2004) au evidențiat:

- o legătură semnificativă între sănătatea subiectivă și fiecare din indicatorii sănătății (bunăstării) sociale. Persoanele care evaluează sănătatea lor ca fiind proastă au o mai mare tendință de a fi nemulțumiți de contactele lor sociale, au puține contacte cu anturajul și prezintă o rețea socială restrânsă și declară niveluri slabe ale sprijinului social, instrumental și funcțional.
- persoanele care au cel puțin o dată pe săptămână contacte cu membrii familiei, prieteni sau cunoștințe, reprezintă 7,0% din populația totală. Numărul celor care nu au astfel de contacte crește o dată cu vârsta.
- procentul celor care nu participă niciodată la activități asociative crește o dată cu vârsta. În intervalul 15-24 ani, acest procent este de 28,0%, ajungând la 57,0% pentru grupul celor vârstnici.
- vârstnicii percep sprijinului social într-o manieră mai negativă decât tinerii, pentru fiecare dintre componente.

Una din concluziile certe ale anchetei este că sănătatea socială variază în funcție de vârstă. Persoanele vârstnice declară cel mai adesea că nu pot conta decât pe un număr limitat de persoane în caz de nevoie.

În *România*, Institutul Național de Statistică a urmărit în lucrarea “Condițiile de viață ale populației din România”, trei categorii de relații sociale :

- relațiile cu rudele cele mai apropiate (părinții și copiii), care nu fac parte din gospodăria persoanei intervievate;
- relațiile cu prietenii;
- relațiile cu vecinii apropiați

Pensionarii își vizitează cel mai frecvent copiii(copilul) - 78,4 %, respectiv 75,1% - își vizitează mama și 71,2% – tatăl.

Ponderea persoanelor care au prieteni tinde spre o diminuare odată cu creșterea vârstei. Totuși, din 100 de persoane de 65 ani și peste, numai 65 persoane declară că au prieteni.

Cu cât persoana este mai în vârstă, tinde să se întâlnească mai rar cu prietenii (36,0% din persoanele de 65 ani și peste se întâlnesc zilnic cu prietenii).

#### **4.6. Stilul de viață sănătos pentru vârstnici**

Organizația Mondială a Sănătății demonstrează că 50,0% din totalul cauzelor de decese se datorează unui stil de viață nesănătos, în care fumatul, abuzul de alcool, sedentarismul, alimentația irațională au efecte deosebit de nocive. Cu alte cuvinte, jumătate din cauzele de mortalitate sunt prevenibile prin modificarea stilului de viață și

eliminarea acestor cauze.

Dacă zestrea genetică condiționează aproximativ 25,0-30,0% din șansele noastre de a îmbătrâni frumos și în sănătate, restul de 70,0% depind aproape exclusiv de stilul nostru de viață, domeniu în care alegerea ne aparține aproape exclusiv.

### **İată câteva recomandări știute, dar de puține persoane respectate:**

- Fumatul este cel mai important risc pe care ni-l asumăm în cunoștință de cauză. Fumătorii trăiesc mai puțin din cauza cancerului și a altor boli. Nu este simplu să renunți la fumat, însă odată ce ai reușit, binefacerile sunt imediate, indiferent de vârstă sau de cât timp sunteți fumător;
- O dietă echilibrată este vitală pentru o sănătate bună. Alimentația este o componentă principală a sănătății, deoarece alimentele ingerate și obiceiurile alimentare au consecințe directe asupra sănătății. Alimentația sănătoasă reprezintă aportul de alimente care conțin toate categoriile de substanțe nutritive, în cantități care nu trebuie să depășească nevoile energetice ale organismului. Creșterea aportului caloric și/sau scăderea aportului nutritiv în alimentație sunt factori de risc pentru apariția unor boli
- Supraponderalitatea reduce serios șansele de a rămâne sănătos la vârste înaintate. Menținerea în limite fiziologice optime a masei corporale, a masei musculare, a densității osoase și a țesutului adipos scade considerabil riscul unor boli<sup>25</sup>.
- Exercițiile fizice regulate reduc riscul apariției bolilor<sup>25</sup>, reduc tensiunea arterială la persoanele ce suferă de această afecțiune, reduc riscul dezvoltării cancerului de colon, reduc simptomele de depresie și de anxietate, cresc rezistența sistemului imunitar, facilitează creșterea densității osoase și a flexibilității articulare, previn apariția fracturilor și fisurilor osoase, a întinderilor musculare. Chiar și la 80 - 90 de ani, mușchii își pot recăpăta vigoarea și mobilitatea prin exerciții moderate practicate zilnic.
- Creierul are nevoie și el de exercițiu. Funcția cognitivă poate fi menținută în formă prin gimnastică mentală susținută. Cuvintele încrucișate, enigmistica, jocurile de strategie, forumurile de discuții și diversele activități voluntare reprezintă forme excelente de gimnastică mintală.
- Tinerețea este perioada optimă când se poate adopta un stil sănătos de viață - un fel de investiție pentru propriul viitor, pentru o bătrânețe trăită plenar și lipsită de suferințe.

În urma administrării chestionarului care a încercat identificarea stilului de viață al cetățenilor europeni din cadrul eurobarometrului "Les européens et la qualité de vie - 2000", subiecții au fost invitați să spună dacă duc o viață sănătoasă (alimentație, exerciții fizice, stres, consum de alcool, fumat), frecvența cu care consultă medicul, în ce măsură suferă de o maladie sau de o invaliditate de lungă durată:

- 89,0% din vârstnici europeni declară că duc o viață sănătoasă (peste medie, mai mult decât grupele de vârstă tinere);
- 85,0% din persoanele de peste 55 ani declară că mănâncă echilibrat (peste medie, mai mult decât grupele de vârstă tinere);
- 35,0% fac exerciții fizice de cel puțin 2 ori pe săptămână (sub medie, mai puțin decât grupele de vârstă tinere);
- consumul de alcool începe să scadă după 54 ani;
- persoanele de 55 ani se declară stresate în proporție de 25,0%, sub medie, sub nivelul celorlalte categorii;
- 20,0% din cei de peste 55 ani fumează, mai puțin decât celelalte categorii de vârstă;
- consultarea unui medic generalist crește o dată cu vârsta (88% după 65 ani) ;
- 49,0% din vârstnici au consultat un medic specialist în ultimele 12 luni;
- există o relație directă între vârstă și faptul de a suferi o invaliditate de lungă durată (32,0% la peste 55 ani, de peste trei ori mai mare decât în cazul celorlalte categorii) ;

- proporția vârstnicilor care au petrecut cel puțin o noapte în spital în ultimele 12 luni – 19,0%, față de 10-12% pentru celelalte categorii de vârstă.

În ceea ce privește stilul de viață al vârstnicilor români, numai renunțarea la fumat a fost o atitudine adecvată (5,8% din fumători se încadrează în intervalul 65 ani și peste). Numai 2,9% din persoanele de 50 de ani și peste practică exerciții fizice pentru întreținerea sănătății. Două din cinci persoane în intervalul de vârstă de 50-64 ani, consumă băuturi alcoolice, iar pentru persoanele de peste 65 de ani, procentul este de 27,0%.

#### 4.7. Cheltuielile pentru sănătate

Nivelul redus al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate în *România* a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii a persoanelor cu venituri reduse – din care fac parte majoritatea persoanelor vârstnice. Procentul din PIB al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate în România a fost:

**Tabelul nr.35**

Anul	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
%	3,7	4,0	4,0	4,1	3,8	3,7	3,3	3,7	3,9

Nu sunt disponibile date privind cheltuielile de sănătate pe categorii de vârstă, dar este cert că acestea cresc la categoriile de vârstă înaintată întrucât îngrijirea medicală a vârstnicilor implică tehnologii mai scumpe, spitalizare îndelungată, îngrijiri și supraveghere mai costisitoare.

La nivel individual, îngrijirea sănătății este resimțită ca fiind foarte scumpă, adesea se renunță la unele genuri de îngrijiri din această cauză. În general, se întâmplă așa când nu este disponibilă îngrijirea medicală subvenționată și când persoanele trebuie să plătească din veniturile proprii îngrijirea medicală.

În structura cheltuielilor totale de consum ale gospodăriilor, cheltuielile de sănătate reprezentau 3,2% în 2005, 3,4% în 2006 și 3,6% în 2007. Pentru gospodăriile de pensionari, cheltuielile cu sănătatea au avut următoarele ponderi în totalul cheltuielilor: 1,3% în 2005, 1,4% în 2006 și 1,7% în 2007.

Procentele cheltuielilor cu sănătatea în PIB, prezentate de Organizația Mondială a Sănătății, în anul 2006, pentru țările europene au fost următoarele:

**Tabelul nr.36**

Țara	Franta	Germania	Austria	Portugalia	Grecia	Danemarca	Olanda	Suedia	Italia	Slovenia	Marea Britanie
% cheltuieli totale cu sănătatea în PIB	11,2	10,7	10,2	10,2	10,1	9,4	9,2	9,2	8,9	8,5	8,2
Țara	Spania	Ungaria	Bulgaria	Cehia	Slovacia	Belgia	Letonia	Polonia	Lituania	Romania	Estonia
% cheltuieli totale cu sănătatea în PIB	8,2	7,8	7,7	7,1	7,1	6,6	6,4	6,2	5,9	5,5	5,0

Prin comparație, rezultă în mod clar că în România guvernele au acordat sume mici îngrijirilor de sănătate pentru populație, respectiv pentru persoanele vârstnice.

## Capitolul V

### Concluzii

Extinderea Uniunii Europene este o oportunitate istorică în promovarea stabilității, prosperității, menținerea păcii, democrației, respectarea drepturilor omului și aplicării legilor în Europa. Gestionarea cu atenție a procesului de extindere este unul din pilonii cei mai puternici care ajută la transformarea țărilor din Europa Centrală și de Est în democrații moderne și funcționale, care apără drepturile cetățenilor în general și ale persoanelor vârstnice în special.

La 1 ianuarie 2007, România și Bulgaria au aderat la Uniunea Europeană, măbind Uniunea la 27 țări. Extinderea anterioară a fost în luna mai 2004, când au fost incluse: Cehia, Cipru, Estonia, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacia, Slovenia și Ungaria.

În acest context, analiza calității vieții cetățenilor din statele membre și bineînțeles din *România* urmează să se concentreze în următoarele direcții:

- monitorizarea continuă a aprecierii subiective a calității vieții cetățenilor pentru a vedea dacă politicile naționale pot îmbunătăți condițiile de viață și dacă reușesc să sporească aprecierea subiectivă a populației;
- urmărirea dacă diferența între țările din vest și est se îngustează și dacă grupurile defavorizate din cadrul cărora fac parte și persoanele vârstnice beneficiază de îmbunătățirea condițiilor de viață;
- evaluarea criteriilor pe care persoanele le iau în considerare când își apreciază condițiile de viață. Anchetele anterioare au demonstrat că aceste criterii depind de condițiile de locuit, nivelul de aspirație, preferințe și comparații. Aplicarea acestor criterii ar putea furniza o mai bună imagine a modului cum condițiile de trai obiective pot fi convertite în indicatori subiectivi ai bunăstării și ar putea face parte din cercetările asupra aprecierii subiective a calității vieții, instrument al politicilor sociale viitoare;
- armonizarea sistemelor de indicatori care se urmăresc în anchete la nivel național cu cerințele Uniunii Europene și desfășurarea continuă a acestor anchete în vederea identificării tuturor cauzelor disfuncționalităților existente și pentru îmbunătățirea nivelului de trai al persoanelor vârstnice.

*România* se situează pe un loc cedaș în privința multor indicatori referitor la condițiile de viață ale populației. Astfel, România a avut în anul 2007 o cotă a PIB pe cap de locuitor de 41 unități în timp ce media în Uniunea Europeană a fost de 100 unități, fiind urmată numai de Bulgaria cu 38 unități. La polul opus al dezvoltării s-au situat, la acest indicator, Luxemburgul (276), Irlanda (144), Olanda (132) și Austria (128).

La mai mulți indicatori de sănătate, România se află pe ultimele locuri din Europa. Speranța de viață la naștere este cea mai redusă: pe total (72,1 ani) și feminin (75,7 ani). Tot pe ultimul loc, România se situează și la speranța de viață la vârsta de 65 ani și peste, cu 13,4 ani la masculin și 16,1 ani la feminin (2005).

La rata de mortalitate, la grupa de vârstă de 65 ani și peste, România ocupă penultimul loc, cu 62,6 decese la 1000 locuitori, înaintea Bulgariei cu 65,0 decese la 1000 locuitori (2006).

România se situează de asemenea, pe penultimul loc, din punct de vedere al procentului cheltuielilor totale cu sănătatea în PIB (5,5%).

În ceea ce privește indexul de îmbătrânire, în România, există o situație intermediară, dar cu perspective alarmante în viitor, valoarea acestui indicator, la 1 ianuarie 2008, fiind de 130,3.

**Majoritatea populației vârstnice din România nu dispune de resurse financiare suficiente pentru o viață decentă și deci calitatea vieții acestei categorii de populație este compromisă.** Cheltuielile pentru întreținerea locuinței, plata alimentelor și a serviciilor de sănătate sunt covârșitoare, încât preocupările pentru participarea la viața socială și culturală rămân reziduale, iar pentru ca ele să ocupe un loc semnificativ în viața vârstnicilor este necesar sprijin consistent din partea statului.

Situația grea în care se găsesc astăzi marea majoritate a pensionarilor, considerăm că se datorează următoarelor aspecte:

- deși combaterea sărăciei și promovarea incluziunii sociale în rândul pensionarilor continuă să reprezinte un deziderat guvernamental major, acestea nu sunt reglementate printr-un act normativ;
  - protecția socială a pensionarilor nu se asigură pe baza unui program național aprobat de Parlament, ceea ce face să se situeze cu mult sub nivelul european;
  - fondurile insuficiente alocate domeniului social nu sunt utilizate potrivit unui cadru strategic adecvat și monitorizat profesionist;
  - strategia națională aprobată prin HG nr.541 din 9 iunie 2005, se referă numai la o latură a protecției sociale a persoanelor vârstnice – asistența socială –, iar efectul măsurilor realizate este modest și nu privește această categorie de populație sub toate aspectele (venituri, asistență socială și medicală, integrare comunitară, cultură, turism etc);
  - creșterea progresivă și necontrolată a costurilor întreținerii locuinței, servicii și alimente de bază, ridică gradul de incidență a sărăciei în rândul pensionarilor, care datorită vârstei sunt expuși suplimentar și unor riscuri specifice;
  - serviciile comunitare de îngrijire socio-medicală continuă să se situeze într-un stadiu incipient și se manifestă timid față de nevoile reale individuale ale vârstnicilor aflați în dificultate;
  - sistemul de servicii sociale este reglementat și dezvoltat fragmentat, asistența bătrânilor singuri, care nu se mai pot autogospodări și a celor cu dizabilități, ca grupuri principale de risc, nu se realizează coordonat într-un sistem articulat de servicii și instituții care prin cooperare permanentă să garanteze eficientizarea serviciilor acordate;
  - capacitatea de asistare a persoanelor vârstnice în instituții specializate este foarte redusă și nu acoperă nici pe departe solicitările;
  - persoanele vârstnice fără afecțiuni de sănătate majore sunt obligate să participe la acțiuni aducătoare de venit pentru asigurarea traiului zilnic; totodată, trebuie evidențiată creșterea numărului cerșetorilor din rândul vârstnicilor;
  - starea de sănătate a pensionarilor, a vârstnicilor în general, a devenit îngrijorătoare datorată accesibilității greoaie a acestora la serviciile medicale de urgență, în spitale, precum și în ceea ce privește procurarea medicamentelor compensate și gratuite;
- 
- veniturile insuficiente ale pensionarilor fac ca aceștia să nu mai poată acoperi cheltuielile strict necesare pentru procurarea medicamentelor de întreținere a sănătății și pentru plata unor servicii medicale în ambulatoriu sau în spitale;



- fondurile alocate pentru asistența medicală stomatologică sunt subevaluate în raport cu necesitățile reale existente, vârstnicii constituind categoria de populație cea mai afectată de implicații dintre cele mai nefavorabile în acest domeniu;

Multe din nevoile de sprijin, în special cele de asistență socială comunitară la domiciliu, sunt acoperite numai formal prin măsuri legislative care nu se aplică sau nu se pot practic aplica fără acțiuni reale și concertate, la nivel local și central, în special în mediul rural. Așadar, lipsa de acces a vârstnicilor la serviciile sociale sporește ”șansele” acestora de a rămâne în rândul săracilor.

Oferta actuală de servicii de asistență medicală este, în general, afectată de lipsa de organizare, insuficiența resurselor materiale și umane ale sistemului de sănătate, absența unei piețe rurale a serviciilor de sănătate, inegalității în accesul la serviciile medicale.

Pensionari și persoanele vârstnice sunt supuși astăzi la abuz și neglijență, deoarece Legea nr.17/2000 nu a fost reactualizată și nu există măsuri preventive sau de suport pentru a-i proteja și nici preocupări în acest sens din partea administrației publice centrale și locale cu atribuții în domeniu.

De asemenea, în România nu au fost încă dezvoltate și aplicate programe care să vizeze pregătirea pentru pensionare și identificarea posibilităților de menținere a unei vieți active și a unei participări sociale semnificative pentru persoanele vârstnice. O mare parte din populația vârstnică nu dispune de resurse financiare suficiente pentru o viață decentă, iar participarea la viața socială și culturală a acestora continuă să rămână deziderate nesoluționate de către guvern .

Sărăcia instalată în rândul persoanelor vârstnice s-a dezvoltat pe fondul procesului de sărăcie a majorității populației României. Așa cum se cunoaște, vârstnicii nu sunt beneficiari ai creșterilor economice, iar cheltuielile curente, precum și cele viitoare, pentru plata serviciilor, a produselor alimentare de bază și a celor nealimentare, majorate de scumpiri, periodice tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice;

Pe domenii de interes pentru persoanele vârstnice se evidențiază în mod expres, următoarele probleme:

#### **a) Pensii și asigurări sociale**

- Creșterea raportului de dependență ca urmare a creșterii numărului de beneficiari și a diminuării numărului de contributory. Astfel, de la **321,3** pensionari la 1000 salariați în 1990, s-a ajuns la **557,9** pensionari la 1000 salariați în 1996, **768,7** pensionari la 1000 salariați în 2001, la **1008,4** pensionari la 1000 salariați în 2006 și la **983,6** pensionari la 1000 salariați în 2007;
- Modelul restrictiv promovat de Banca Mondială în domeniul pensiilor a găsit mediul prielnic și a influențat considerabil tratamentul aplicat acestora ca pârghie de control a cheltuielilor de consum, începând cu menținerea unui nivel extrem de scăzut al cheltuielilor publice cu pensiile (circa 6,0% din PIB, față de media Uniunii Europene de peste 10,0% din 2004 și față de procentul maxim: 14,2% - Italia, Polonia - 13,9% și Austria – 13,4%);
- Nivelul pensiilor se menține disproporționat de mic față de cel al salariilor (pensia medie asigurări sociale (fără agricultori) a reprezentat în 2007 numai **38,3%** din salariul mediu net, iar pensia medie pentru agricultori numai **39,8%** din pensia medie de asigurări sociale), deși și salariile sunt departe de ceea ce ar fi necesar, nu doar pentru un trai decent, ci și pentru a constitui un mijloc de atragere a forței de muncă;
- Erodarea puterii de cumpărare a pensiilor de către creșterea inflației, cu toate indexările aplicate valorii punctului de pensie.
- Practicarea de pensii de serviciu exagerat de mari pentru unele categorii socio-profesionale (parlamentari, funcționari ai Parlamentului și Guvernului, magistrați, diplomați, personal aeronautic etc).

După 18 ani sistemul public de pensii din România se găsește într-o situație critică, cu deficite financiare curente și oferă pensii în cuantum insuficient unui trai decent mării majorității a pensionarilor.

## **b) Sănătate**

- Datele statistice demonstrează că starea de sănătate a pensionarilor, a vârstnicilor în general, a devenit îngrijorătoare datorată accesibilității greoaie a acestora la serviciile medicale de urgență, precum și în procurarea medicamentelor;
- Din perspectiva furnizorilor de servicii socio-medicale la domiciliu principalele greutăți identificate sunt: lipsa spațiilor în care să își desfășoare activitatea și lipsa fondurilor pentru susținerea programelor și asigurarea continuității lor;
- În cazul unităților de asistență medico-socială se constată, de asemenea, că în componența colectivului de angajați nu sunt incluși medici cu specialitatea geriatrie și din acest motiv în aceste unități nu se pot efectua terapii specifice persoanelor vârstnice și nici terapii recuperatorii pentru bolile cronice ale acestora;
- Vârstnicii din mediul rural sunt în continuare dezavantajați de disfuncțiile rămase în sistemul actual, deoarece în multe localități nu există cabinete ale medicilor de familie sau acestea funcționează în spații improprii. De asemenea, numărul farmaciilor și al punctelor farmaceutice în mediul rural este foarte mic comparativ cu cel din orașe. Situația este aceeași și pentru centrele de recoltare și laboratoarele pentru analize. O problemă care vine în completarea acestora și reduce considerabil accesibilitatea la serviciile medicale și la produsele farmaceutice, constă în lipsa infrastructurii, inclusiv a mijloacelor de transport către localitățile urbane, situație care izolează unele comunități, cunoscut fiind faptul că în localitățile mici populația este preponderent vârstnică;
- Platforma gerontologică preconizată a se implementa se regăsește numai parțial în practica instituțiilor publice de sănătate și a organizațiilor societății civile.

## **c) Asistența socială**

- Se constată o slabă dezvoltare a serviciilor pentru vârstnici comparativ cu alte categorii defavorizate de populație (copii, persoane cu dizabilități) și o insuficientă dezvoltare a structurilor la nivelul autorităților publice centrale și locale care să monitorizeze cazurile sociale din rândul acestora;
- Nu au fost dezvoltate programe de reinserție și de menținere a unei vieți active și a unei participări semnificative a persoanelor vârstnice în societate;
- Legislația în domeniul financiar nu încurajează suficient transferurile între sectorul public și cel privat, astfel încât resursele sunt insuficiente și inegal repartizate la nivelul comunităților, cu diferențe majore între localități, ceea ce determină repartizarea inegală a fondurilor de la bugetul de stat;
- Instituțiile de asistență socială de tip rezidențial destinate asistării persoanelor vârstnice sunt insuficiente raportat la numărul cererilor;
- Nu există o autoritate la nivel național împuternicită de Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse pentru a elabora strategii, a urmări aplicarea măsurilor pe plan local, a gestiona baze de date cu privire la persoanele vârstnice dependente și la serviciile dezvoltate pentru acestea.
- Nu există servicii/departamente destinate persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor de asistență socială județene, persoanele vârstnice fiind considerate în activitatea acestora ca persoane adulte sau persoane cu dizabilități.
- Legea nr.17/2000 nu prevede măsuri preventive sau de sprijin pentru a proteja vârstnicii și nici nu există preocupări concrete în acest sens din partea administrației publice centrale cu atribuții în domeniu pentru a elimina expunerea vârstnicilor la situații de abuz și neglijență.

#### **d) Îngrijirea la domiciliu**

- *Rețeaua geriatrică la nivel national este insuficient dezvoltată;*
- *Lipsa medicilor geriatri care ar trebui să evalueze persoanele vârstnice inițial și periodic și să facă recomandări pentru întocmirea planului individual de intervenție;*
- *Echipa multidisciplinară nu funcționează, astfel încât de cele mai multe ori evaluarea, decizia și implementarea îngrijirii sunt fracționate fără ca specialiștii să poată comunica în soluționarea cazurilor;*
- *Structura de personal a unităților publice și private de asistare și îngrijire a vârstnicilor (cămine, centre de zi, unități medico/sociale, centre de îngrijire și asistență, adăposturi de noapte, cluburi ale pensionarilor) este incompletă, lipsind cel mai adesea specialiști precum: îngrijitori, ergoterapeuți, kinetoterapeuți, medici stomatologi.;*
- *Nu există unități cu program nonstop și foarte puțini dintre furnizori asigură asistență medicală de urgență, deși problematica specifică vârstnicilor ar impune înființarea unui asemenea tip de intervenție;*
- *Lipsa fondurilor și a personalului acreditat pentru susținerea programelor de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice;*
- *Serviciile sociale, socio-medicale și medicale oferite în prezent persoanelor vârstnice cuprind un pachet de bază care este necesar să fie revizuit și completat în funcție de nevoile individuale identificate în rândul populației vârstnice;*
- *Repartizarea furnizorilor de servicii de îngrijire în teritoriu este inegală - în detrimentul beneficiarilor din mediul rural - oferta de servicii fiind mult mai redusă pentru localitățile mici și pentru cele rurale. Această discrepanță trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială și la distribuirea fondurilor de la bugetul de stat și local pentru a se acorda servicii la domiciliu și vârstnicilor din mediul rural care au rămas singuri prin migrația generației tinere către mediul urban.*

#### **e) reglementări :**

- *Legislația în domeniul sanitar nu încurajează furnizorii de servicii medicale pentru a încheia contracte cu casele județene de asigurări de sănătate, iar sumele decontate de către acestea sunt considerate insuficiente pentru acoperirea costurilor programelor derulate;*
- *Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice prezintă o serie de lipsuri și nu acoperă întreaga problematică a acestei categorii de populație, iar prevederile sale nu sunt aplicate corespunzător;*
- *Persistă lipsa unei legi cadru pentru protecția drepturilor persoanelor vârstnice și a unor reglementări specifice și punctuale prin aplicarea cărora să se asigure:*
  - *luarea în considerare a particularităților, definițiilor și procedurilor stabilite în legislația Comunității Europene, pentru corespondența organizatorică, funcțională și administrativă cu practicile din țările Uniunii Europene în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice;*
  - *adoptarea unei noi definiții a persoanei vârstnice și precizarea în mod clar a situațiilor în care aceasta intră în procesul de evaluare socio-medicală și de participare la un program de servicii;*
  - *detalierea în mod clar a tuturor drepturilor persoanelor vârstnice și a modului de acces la acestea;*
  - *înlocuirea termenului de „nevoie” a persoanei vârstnice cu un termen care să exprime un minim de cerințe firești pentru ca persoana respectivă să poată beneficia de un trai normal (decent);*
  - *extinderea problematicii vârstnicilor prin introducerea de prestații, facilități și accesibilități acordate acestora, reglementarea condițiilor de acordare a acestor drepturi și stabilirea instituțiilor implicate și obligate să soluționeze solicitările;*
  - *reglementarea principiilor, criteriilor și modului de calcul al contribuției individuale a persoanelor vârstnice asistate în unități de stat și private, precum și situațiile în care asistatul nu are venituri suficiente și susținători*

legali. În acest domeniu, trebuie să se stabilească în mod clar aportul consiliilor locale și județene, precum și ale persoanelor juridice private care derulează programe de servicii pentru persoanele vârstnice (acreditare, costuri, standarde);

- stabilirea pachetelor minimale de servicii ce se justifică a fi acordate pentru principalele situații socio-medicele ce se întâlnesc în mod curent la persoanele vârstnice aflate în dificultate, cât și cele oferite în regim de urgență;
- reglementarea procedurilor de contractare și finanțare a serviciilor, precum și modul de furnizare a acestora, astfel încât ele să fie de calitate și să răspundă obiectivelor programelor stabilite de către comisiile de evaluare a situației socio-medicele a persoanelor vârstnice;
- stabilirea procedurilor care privesc acordarea îngrijirilor pentru persoanele vârstnice, realizarea activităților pe baza unui plan individualizat întocmit în urma aplicării grilei de evaluare a nevoilor și a fișei socio-medicele, în care fiecare specialist să propună măsuri, termene și modalități de evaluare a activității;
- reglementarea procedurilor de lucru pentru înstrăinarea bunurilor proprietate personală în scopul de a proteja dreptul de proprietate și de a conserva bunurile mobile și imobile ale persoanelor vârstnice aflate în situații vulnerabile și de risc;
- acordarea unei alocații sociale pentru vârstnicii care formează familii/cupluri sau sunt singuri și au venituri foarte mici pentru ca aceștia să poată beneficia de un trai decent (instituirea unui supliment bănesc calculat pe baza ”coșului zilnic al persoanelor vârstnice”, reglementat printr-un act normativ) ;
- reglementarea îndatoririlor, obligațiilor și a răspunderii civile și după caz penale a persoanelor fizice desemnate să acorde servicii de îngrijire persoanelor vârstnice;
- instituirea obligației ca fiecare primărie să cunoască vârstnicii din cadrul comunității care se găsesc în situație de risc socio-medical și în colaborare cu instituțiile de specialitate și reprezentanții societății civile să acționeze operativ pentru ameliorarea condițiilor de trai a acestor persoane.

## Capitolul VI Propuneri

În perioada actuală este necesar ca în România să se promoveze măsuri concrete destinate persoanelor vârstnice pentru a permite acestora să dispună de resurse suficiente pentru o existență decentă, să poată participa activ la piața publică, socială și culturală și să decidă asupra propriei vieți, să ducă o existență independentă, cât mai mult timp posibil.

În ceea ce privește principalele contribuții ale administrației publice centrale și locale angajate în îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice, apreciem că acestea pot fi sintetizate după cum urmează:

### 1. în sistemul asigurărilor sociale de stat

Reconsiderarea prevederilor Legii nr.19/2000, în sensul promovării în regim de urgență a unui sistem național public de pensii care să reglementeze într-o concepție îmbunătățită următoarele probleme:

- **stabilirea unui algoritm unic de calcul al pensiei** pentru toate categoriile socio-profesionale indiferent de sectorul în care și-au desfășurat activitatea și abrogarea tuturor actelor normative prin care s-au stabilit pensii de serviciu;
- **stabilirea anuală a valorii punctului de pensie la cel puțin 45% din nivelul salariului mediu brut pe economie corect prognozat;**
- **reglementarea "coșului minim de consum" pentru pensionari** în vederea stabilirii gradului minim de sărăcie față de care să se acorde facilități individuale în bani și natură de la bugetul de stat (asistență socială) pentru asigurarea traiului decent;

- **indexarea periodică a pensiilor pentru acoperirea integrală a ratei reale a inflației** ca urmare creșterii prețului la alimentele de bază, medicamente și servicii;
- **majorarea într-un termen cât mai scurt a vârstei de pensionare la 65 ani atât pentru bărbați cât și pentru femei**, precum și un stagiu minim de cotizare de 35 de ani în cazul pensiei cu vechime completă, pentru eliminarea discriminării existentă în prezent;
- 
- **renunțarea la pensia anticipată;**
- **stabilirea de noi criterii**, mult mai riguroase, în cazul pensionării de invaliditate și monitorizarea severă a beneficiarilor acestor pensii;
- **subvenționarea anuală de la bugetul de stat**, până la nivelul necesarului, **a fondului public de pensii**, având în vedere că guvernul este girantul și administratorul acestui fond;

## 2. în sistemul de sănătate publică

- **Creșterea accesului la serviciile de protecție a sănătății** și îndeosebi la serviciile medicale de bază. Înființarea de programe speciale pentru persoanele vârstnice.
- **Înființarea** de către direcțiile sanitare a **secțiilor de geriatrie** în toate spitalele și a cabinetelor de geriatrie în toate municipiile și orașele mari.
- **Acordarea de asistență medicală gratuită persoanelor vârstnice**, precum și de gratuități la medicamentele pentru întreținerea sănătății și mod deosebit pentru bolile cronice.
- **Stabilirea unui sistem rațional de aprovizionare a farmaciilor cu medicamente** compensate și gratuite și în mod special cu cele destinate întreținerii stării de sănătate a persoanelor vârstnice.
- **Asigurarea gratuității analizelor de laborator și a investigațiilor în regim de urgență pentru persoanele vârstnice**, pe toată perioada lunii, indiferent de decadă,
- **Îmbunătățirea colaborării între casele de asigurări de sănătate județene și direcțiile sanitare județene** prin stabilirea de atribuții și responsabilități clare și precise în regulamente cadru aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice;
- **Înființarea de unități medico-sociale** și alocarea resurselor financiare necesare pentru funcționarea acestora de la consiliile județene și consiliile locale, precum și încheierea de contracte de furnizare de servicii cu casele județene de asigurări de sănătate;
- **Înființarea de centre medicale în toate unitățile administrativ - teritoriale** care să asigure serviciile medicale de urgență și să supravegheze tratamentul ambulatoriu al persoanelor vârstnice;
- **Acordarea de competențe mai largi medicului de familie** pentru recomandarea efectuării de investigații de laborator și radiologice;
- **Dotarea cabinetelor de medicină de familie cu micro-aparatură de investigație** (electrocardiograf portabil, oscilometru, glucometru, etc.);
- Aplicarea de măsuri organizatorice care să conducă la **scăderea duratei de prezentare a echipei de salvare, la locul și la ora solicitării;**
- **Urgentarea completării cu personal medico-farmaceutic a tuturor localităților rurale;**
- **Implementarea în toate zonele țării a programelor de îngrijiri la domiciliu;**
- **Dezvoltarea serviciilor de recuperare primară și secundară în mediul urban și rural** (în marele comune), identificarea de resurse financiare și suplimentarea fondurilor pentru compensarea medicamentelor pentru a nu se mai crea blocaje în farmacii la eliberarea rețetelor compensate și gratuite;
- Transpunerea în practică a **obligativității farmaciilor**, care au contract cu casa de asigurări de sănătate, **de a avea în stoc toate medicamentele compensate și gratuite;**

- Reconsiderarea sistemului de relații cu producătorii și importatorii de medicamente, inclusiv prin **îmbunătățirea reglementărilor privind achizițiile publice**;
- **Încurajarea marilor producători de medicamente** din România să fabrice echivalente ale produselor străine pentru care nu există corespondent printre produsele românești, prin acordarea unor facilități la comercializarea medicamentelor, scutiri de taxe și impozite etc ;
- **Reducerea prețurilor de vânzare a medicamentelor** care, în prezent, cuprind în procente ridicate o serie de costuri și adaosuri nejustificate;
- **Asigurarea stabilității listei cu medicamente gratuite și compensate** aprobată deoarece modificările lunare sau trimestriale conduc în teritoriu la cozi în farmacii, până acestea își introduc în baza de date noua listă modificată;
- **Respectarea drepturilor pentru anumite categorii de persoane** prevăzute în legi speciale cum ar fi: veteranii de război și văduvele de război, persoanele persecutate din motive politice, etnice, persoanele cu handicap etc, în ceea ce privește gratuitatea integrală a serviciilor medicale;
- **Instruirea medicilor de familie** astfel încât aceștia să ofere informații corecte pacienților vârstnici referitor la prețurile medicamentelor prescrise în rețete ;
- **Popularizarea în rândul vârstnicilor a subprogramului național în domeniul geriatric.**

### 3. în sistemul de asistență socială

- **Adoptarea unei legi care să reglementeze protecția socială a persoanelor vârstnice** în acord cu drepturile persoanelor vârstnice recunoscute la nivel european.
- **Recunoașterea statutului de persoană vârstnică cu dizabilități** și drepturile suplimentare de care beneficiază;
- **Îmbunătățirea și extinderea tipurilor de servicii** ce le sunt asigurate vârstnicilor în instituțiile de asistență socială în regim rezidențial, respectiv programe de terapie ocupațională, recuperare etc;
- **Acordarea de ajutor vârstnicilor** care formează familii/cupluri sau sunt singuri, în mod distinct față de restul populației și protejarea acestora prin prestații care să corespundă necesităților vârstei a treia (instituirea „alocației sociale” calculată pe baza „coșului zilnic al persoanelor vârstnice”). **Legea să instituie coșul minim de consum pentru familia de pensionari și persoana vârstnică singură**, al cărui quantum să se aprobe prin Hotărâre a Guvernului, nivel față de care Guvernul și organele abilitate să dispună indexări ale veniturilor persoanelor vârstnice, facilități, scutiri sau diminuări ale taxelor locale și impozitelor etc;
- **Organizarea de campanii de popularizare** (materiale publicitare audio-vizuale) a instituțiilor care au atribuții de protecție socială a persoanelor vârstnice, pentru ca aceștia să poată fi informați permanent cu privire la căile de acces la drepturile și facilitățile acordate prin legi speciale și diverse alte reglementări;
- **Dezvoltarea sistemului rezidențial de asistență socială pentru vârstnici** prin reabilitarea căminelor pentru persoane vârstnice existente și construcția de noi cămine;
- **Dotarea căminelor** pentru persoane vârstnice **cu echipamente, aparatura medicală, electrocasnică, electronică și mobilier**;
- **Completarea schemelor de personal din instituțiile de asistență socială** cu respectarea obligatorie a structurii orientative de personal de specialitate reglementată în HG nr. 1007/2005;
- **Înființarea de centre de ergoterapie**;
- **Acordarea personalității juridice instituțiilor de asistență socială**, iar directorul acestora să aprobe cererile persoanelor care solicită să primească îngrijire socio-medicală.
- **Dezvoltarea de programe** care să vizeze pregătirea pentru pensionare, reinsertia în activitate și menținerea unei vieți active a pensionarilor în societate.

#### 4. în sistemul de îngrijire la domiciliu

- **Extinderea la nivel național a serviciilor de îngrijire la domiciliu** pentru a acoperi nevoile cât mai multor vârstnici, pentru prevenirea instituționalizării, a marginalizării sociale și a izolării;
- **Dezvoltarea sistemului de îngrijiri la domiciliu de lungă durată**, pentru a nu fi compromisă existența persoanelor vârstnice, deoarece odată cu înaintarea în vârstă, crește riscul de a prezenta boli, invalidate și implicit dependență;
- **Perfecționarea personalului** care activează în sprijinul persoanelor vârstnice prin schimburi de experiență și formare continuă, atragerea de specialiști cu experiență, angajarea unui număr mai mare de personal și organizarea unei rețele comunitare de medici geriatrii prin dubla specializare a medicilor de medicina internă;
- **Îmbunătățirea, extinderea și diversificarea tipurilor de servicii** ce le sunt asigurate vârstnicilor asistați la domiciliu, respectiv prin programe de terapie ocupațională, recuperare, activități cultural - artistice etc;
- **Organizarea evidenței și monitorizării centralizate a cazurilor sociale**, persoane vârstnice, pentru o evaluare a cererii și ofertei de servicii, utilă în elaborarea unei strategii de dezvoltare a rețelei de servicii sociale în funcție de nevoile identificate;
- **Dotarea furnizorilor de îngrijiri la domiciliu cu echipamente și aparatură medicală** necesare desfășurării activității în condiții de calitate;

\*

\* \*

Totodată este necesar să se acționeze prin reglementări clare pentru intensificarea participării persoanelor vârstnice la viața socială și cultivarea relațiilor interumane. În acest context se propun următoarele obiective:

- *Dezvoltarea și împlinirea personală* cu sprijinul societății civile, responsabilizând specialiștii în domeniul geriatric și cetățenii din cadrul comunităților, organizând seminarii la nivelul centrelor de zi pentru persoane vârstnice pe teme privind consecințele îmbătrânirii, impactul pensionării și a efectelor ce decurg din aceasta, organizând evenimente dedicate vârstei a treia, dezvoltând proiecte de susținere intra și intergenerațională, acordând suport pentru îmbunătățirea situației socio-economice a persoanelor vârstnice aflate în dificultate, dezvoltând programe ocupaționale în centrele de zi/cluburi în vederea combaterii izolării și încurajarea integrării sociale a acestora.
- *Susținerea implicării active a persoanelor vârstnice în viața socială* prin informare, sprijin și consiliere, nominalizarea în organismele consultative la nivel de comunitate în vederea participării lor active la soluționarea problemelor pe plan local și valorificarea competențelor dobândite în viața activă .
- *Crearea unor punți între generațiile tinere și vârstnici* prin organizarea de rețele de voluntari tineri care să se implice pentru îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice instituționalizate și a celor care locuiesc singuri, iar pe de altă parte pentru susținerea unor programe în vederea dezvoltării relațiilor interumane între copiii instituționalizați, elevi etc. și persoanele vârstnice, respectiv oricare alte inițiative menite să realizeze un schimb reciproc de informații pentru familiarizarea cu problematica celor două generații.

**Director general**  
*Florin Pașa*

**Șef birou „Analize și studii”**  
*Alina Matei*

**Realizator**  
*Olguța Ersilia Mihart*

## **Bibliografie**

- Buletinul trimestrial în domeniul muncii și protecției sociale nr.1(61)/2008”, Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse
- Ioan Mărginean, Cercetarea și monitorizarea calității vieții în țările UE și țările candidate– Institutul de Cercetare a Calității Vieții, 2005
- Ioan Mărginean, Condițiile de viață din mediul rural – Institutul de Cercetare a Calității Vieții, 2006
- Ioan Mărginean , “Politici de reforma în domeniul pensiilor” - Institutul de Cercetare a Calității Vieții, 2007
- Condițiile de viață ale populației din România, Institutul Național de Statistică, 2006,2008
- Coordonate ale nivelului de trai în România.Veniturile și consumul populației, Institutul Național de Statistică, 2007, 2008
- Populația României la 1 ianuarie 2008 , Institutul Național de Statistică, 2008
- Ana Bălașa, Calitatea vieții vârstnicilor – vârstnicii români și semenii lor europeni – Institutul de Cercetare a Calității Vieții, 2007
- “Cum să ne dezvoltăm un stil de viață sănătos”, Domnica Petrovai, Bogdana Bursuc, Raluca Tătaru, Maria Nistor - lucrare care a apărut în cadrul proiectului "Diferențe de gen și stil de viață sănătos" implementat de Centrul Parteneriat pentru Egalitate (CPE) și finanțat de CPE din fonduri primite de la Fundația pentru o Societate Deschisă (www.osf.ro) și Network Women Program ([www.soros.org/women](http://www.soros.org/women)).
- World population Ageing,2007 – United Nation, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2007
- ”Perception of living conditions in an enlarged Europe”, Eurostat, 2003