

Situația socio-economică a persoanelor vârstnice din România și din țări ale Uniunii Europene

Martie
2009

Cuprins

1. Introducere.....	3
2. Veniturile și consumul populației vârstnice.....	5
2.1.Veniturile vârstnicilor din România.....	5
2.2.Evoluția puterii de cumpărare a pensiilor din România	7
2.3.Cheltuielile totale ale gospodăriilor de pensionari din România.....	11
2.4. Veniturile vârstnicilor europeni.....	13
3. Protecția socială a persoanelor vârstnice	15
3.1.Fenomenul sărăciei și incidența sa în rândul persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană.....	15
3.2.Rata de sărăcie a persoanelor vârstnice din România.....	19
3.3.Protecția socială a persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană.....	21
3.4.Protecția socială a persoanelor vârstnice din România.....	23
4. Sistemul public de pensii.....	25
4.1.Sistemul public de pensii în țările din Uniunea Europeană.....	25
4.1.1.Vârsta legală de pensionare și tipurile de pensii acordate în țările Uniunii Europene..	27
4.2.Sistemul public de pensii în România.....	32
4.2.1. Vârsta legală de pensionare și tipurile de pensii acordate în România.....	34
4.3.Raportul pensie-salariu, procentul cheltuielilor pentru pensii în produsul intern brut și rata de înlocuire.....	39
5. Sănătatea vârstnicilor.....	41
5.1. Aspecte generale.....	41
5.2.Sănătatea și calitatea vieții.....	41
5.3.Sănătatea subiectivă a vârstnicilor.....	43
5.4.Indicatori statistici ai sănătății.....	46
5.4.1.Speranța de viață.....	46
5.4.2. Mortalitatea și morbiditatea.....	51
5.5.Îngrijirile de sănătate.....	55
5.5.1.Situația în țările Uniunii Europene.....	55
5.5.2.Situația în România.....	58
5.6.Sănătatea socială.....	59
5.7.Cheltuielile pentru sănătate.....	61
6. Asistența socială acordată vârstnicilor din România.....	62
7. Îmbătrânirea populației și activizarea vârstnicilor.....	68
7.1.Conceptul“îmbătrânește și rămâi activ”	68
7.1.1.Îmbătrânirea demografică.....	68
7.1.2.Îmbătrânirea mondială: un triumf dublat de o provocare.....	68
7.1.3. “Îmbătrânește și rămâi activ”	72
7.1.4.Factorii de influență pentru o bătrânețe activă.....	75
7.1.5.Provocarea unei populații îmbătrânite.....	87
7.1.6.Susținerea conceptului “îmbătrânește și rămâi activ”	93
7.2.Participarea vârstnicilor pe piața forței de muncă.....	94
8. Concluzii.....	97
9. Propuneri.....	106
Bibliografie.....	112
ANEXE	

INTRODUCERE

Analiza prezintă aspecte ale situației socio-economice a populației vârstnice: venituri, bunăstarea subiectivă, cheltuieli, gradul de sărăcie, sisteme de pensii, servicii de sănătate (îngrijire la domiciliu) și serviciile de asistență socială, starea de sănătate subiectivă și reinsertia profesională.

Scopul lucrării îl constituie prezentarea situației socio-economice a populației vârstnice din *România* comparativ cu cea a aceleiași ategorii de populație din unele țări membre ale Uniunii Europene, în condițiile în care fenomenul îmbătrânirii populației tinde să ia amploare.

În timp ce în țările în curs de dezvoltare se pune accent pe sistemul de indicatori pentru caracterizarea gradului de sărăcie, la nivelul țărilor europene 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 lucrare sunt preluate din documentele statistice și analizele secundare ale unor cercetări realizate în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții și Institutului Național de Statistică din România, precum și din eurobarometre - studii bazate pe informații 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, datorate de:

- rata mare a non-răspunsurilor;
- dimensiunea 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, ținându-se seama de aria de acțiune geografică, condițiile specifice ale țării respective și de aspectul abordat.

Ne referim la vârstnici (+65 ani sau +60 ani) sau la “pensionari¹”, 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 de 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, iar situația lor socio-economică depinde covârșitor de gradul de sustenabilitate economică a țării lor, de respectarea drepturilor și nevoilor acestei categorii de populație într-un anumit mediu instituțional, de politici și într-un anumit context comunitar și societal.

România se situează pe un loc codaș în privința multor indicatori referitor la gradul de dezvoltare socio-economică. Astfel, 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,. La polul opus al dezvoltării s-au situat, la acest indicator, Luxemburg (276), Irlanda (144), Olanda(132) și Austria (128 unități).

În general, factorii care determină gradul de bunăstare și confort al persoanelor vârstnice sunt: sistemul public de pensii, serviciile de asistență socială și serviciile de sănătate, iar eficiența acestora este strict corelată cu nivelul de dezvoltare al societății.

¹ Pensionar – persoana care are ca sursă principală de venit pensia dobândită pentru muncă și limită de vârstă, inclusiv pentru munca prestată în agricultură, pentru pierderea capacității de muncă sau pensie de urmaș, de invaliditate, orfan sau văduvă de război sau persoană beneficiară de ajutor social (de tip pensie).

VENITURILE ȘI CONSUMUL POPULAȚIEI VÂRSTNICE

În sens larg, veniturile se referă la încasări precum salariile, venituri din activități independente, venituri din agricultură, venituri din proprietate (arendă, chirii, dobânzi și dividende din fondurile investite), venituri din pensii și alte prestații sociale și venituri din transferuri curente. Veniturile furnizează o informație asupra resurselor disponibile într-o gospodărie pentru consum și economisire.

Cheltuielile de consum ale unei gospodării reprezintă cumpărările de zi cu zi care pot fi finanțate din venituri permanente, dar și prin acumularea de datorii.

Nivelul veniturilor reprezintă un factor important care determină calitatea vieții persoanelor vârstnice. Inegalitatea veniturilor în rândul persoanelor vârstnice este corelată cu vârsta, sexul, sănătatea, aranjamentele de locuit, etnicitatea și mediul de locuit (urban, rural).

2.1. Veniturile vârstnicilor din România

În anul 2007², veniturile medii totale lunare ale gospodăriilor de pensionari³ din România, în sumă de 1.274,1 lei s-au situat sub nivelul veniturilor tuturor celorlalte tipuri de gospodării, cu excepția celor de șomeri. Media lunară a veniturilor totale pe o gospodărie de pensionari 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:

² Informațiile au fost preluate din lucrarea: "Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației", Institutul Național de Statistică, 2008

³ Numărul mediu de persoane care a compus o gospodărie de pensionari a fost, în 2007, de 2,454 persoane la nivelul României, 2,384 persoane în mediul urban și 2,523 persoane în mediul rural

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 2007⁴, 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).

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%

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

Tabelul nr.1

-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.

⁴ Sursa datelor: "Buletinul trimestrial în domeniul muncii și protecției sociale nr.1(61)/2008", Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse

2.2. Evoluția puterii de cumpărare a pensiilor din România

Valoarea reală a pensiilor a scăzut în timp, chiar dacă în ultima perioadă datorită indexărilor a înregistrat o revigorare. Pensia medie de bază (în termeni reali) a reprezentat în luna noiembrie 2007, 98,7% din cea din 1990 și a crescut în lunile de indexare, respectiv ianuarie 2008 -104,7% și octombrie 2008 – 121,0%, iar în lunile dintre indexări, s-a înscris pe un palier descendent.

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 raportul dintre pensia medie și salariul mediu, valoarea netă a pensiei⁵ medii a scăzut de la 51,1% din valoarea salariului net mediu în octombrie 1990, la 45,8% în luna decembrie 2008 (Anexa nr.1).

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 săraci comparativ cu ceilalți membri ai societății.**

Creșterea continuă a prețurilor pe parcursul anului 2008 la principalele **mărfuri alimentare**: carne (30,0%-67,1%), ulei (43,8%), brânzeturi (7,0%-25,0%), fructe proaspete (23,7%), lactate (16,6%), legume și conserve din legume (3,0%), la **servicii**: telefon (26,2%), servicii poștale (15,7%), apa, canal, salubritate (12,6%), servicii de transport (10,1%)(cfr., auto), metrou (10,0%), precum și la gazul metan (22,0%) și combustibil (13,9%) a erodat substanțial majorarea valorii punctului de pensie aplicată în ianuarie și octombrie 2008, diminuând puterea de cumpărare a pensiilor în lunile dintre acordarea majorărilor. 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.

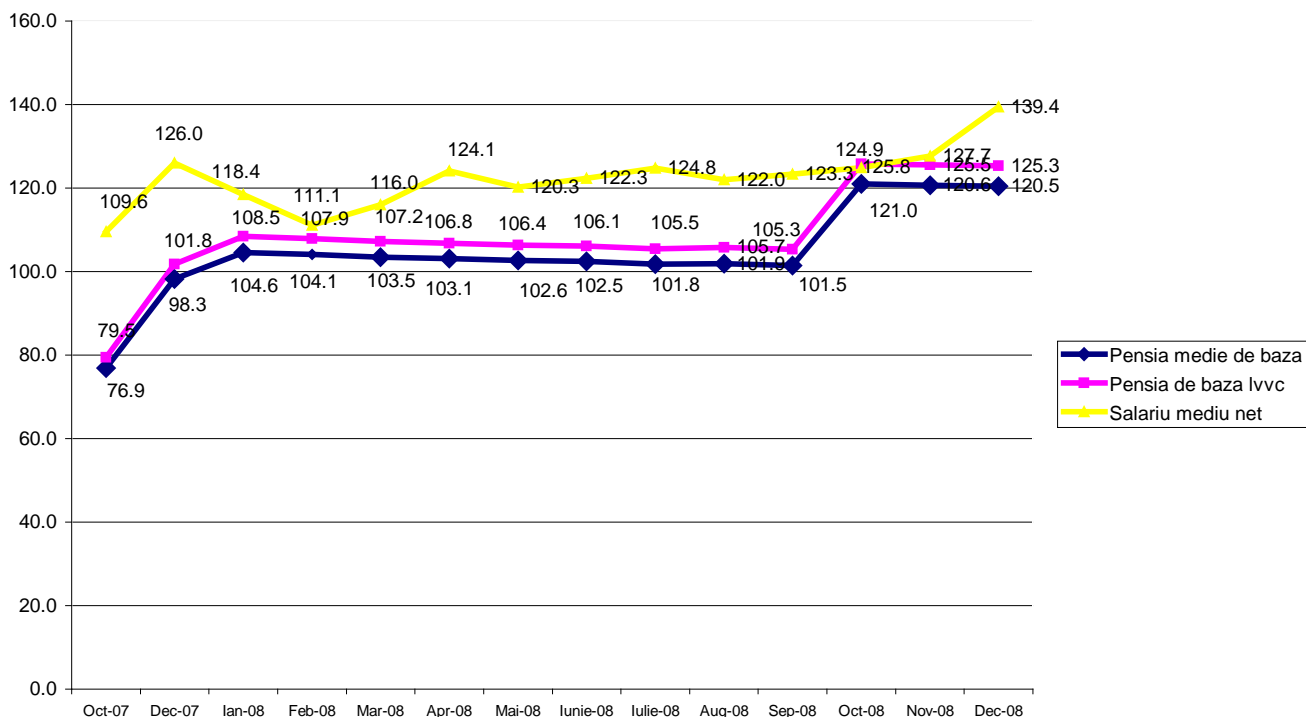
⁵ Pensiile constituie cea mai importantă prestație de asigurări sociale ce se acordată în cadrul sistemului public de pensii, reprezentând un venit de înlocuire care se plătește în cazul pierderii totale sau parțiale a veniturilor profesionale ca urmare a atingerii unei vârste limită sau a apariției invalidității.

Tabelul nr.2

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

	Oct-07	Dec-07	Jan-08	Feb-08	Mar-08	Apr-08	Mai-08	Iun-08	Iul-08	Aug-08	Sep-08	Oct-08	Nov-08	Dec-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	101,50	121,02	120,63	120,49
Pensia de baza lvc	79,50	101,80	108,52	107,90	107,23	106,77	106,35	106,09	105,50	105,73	105,31	125,79	125,52	125,31
Salariul mediu net	109,60	126,00	118,40	111,10	116,00	124,14	120,26	122,33	124,83	121,98	123,30	124,93	127,72	139,41

Evoluția puterii de cumpărare a pensiei medii de bază, a pensiei pentru limită de vârstă și vechime completă și a salariului mediu net, în perioada decembrie 2007, ianuarie - decembrie 2008



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 continue datorită creșterii prețurilor la produsele alimentare de bază, la produsele nealimentare și la principalele servicii.

În luna **decembrie 2008**, puterea de cumpărare a pensiei medii de bază în sistemul asigurărilor sociale de stat față de luna octombrie 1990, a fost de **120,49%**, potrivit raportului :

$$\frac{3.909,0(\text{creșterea pensiei medii de asigurări sociale de stat în perioada 1.X.1990-31.XII.2008})}{3.244,0(\text{creșterea prețurilor în perioada 1.X.1990-31.XII.2008})} \times 100$$

De menționat că puterea de cumpărare a pensiei medii de bază în luna decembrie 2008, a reprezentat numai 86,42% din puterea de cumpărare a salariului mediu net (calculată față de luna octombrie 1990, respectiv 139,41%).

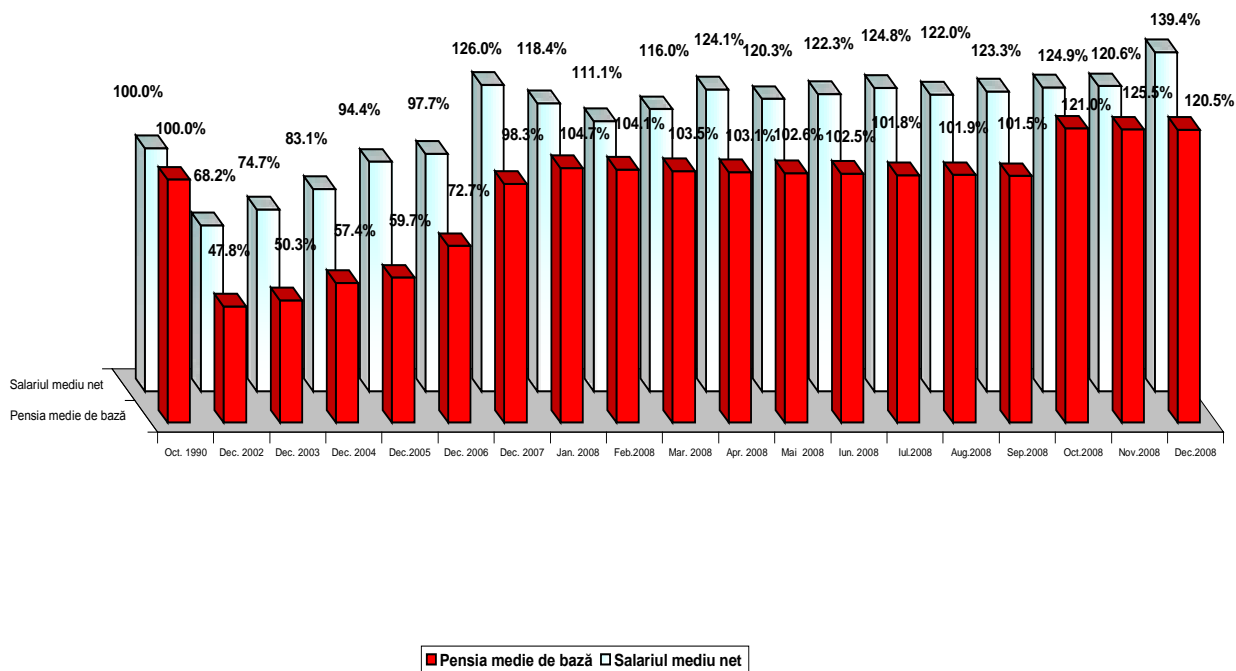
Raportul între pensia medie de bază și salariul mediu net a fost în decembrie 2008 de 45,8%, iar raportul între pensia pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare și salariul mediu net a fost de 63,1%, iar față de salariul mediu brut procentele au fost de 33,7% pentru pensia medie de bază și de 46,4% pentru pensia pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare.

Salariul mediu net a fost în luna decembrie de **1.489** lei, respectiv de 2,18 ori mai mare decât pensia medie de bază (682 lei) și de 1,58 ori mai mare decât pensia medie pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare (940 lei).

În timp ce salariul mediu net pe țară în luna **decembrie 2008** a crescut de 4.523,1 ori, iar salariul mediu brut de 4.996,3 ori comparativ cu luna octombrie 1990, **pensiile au înregistrat o creștere mai mică comparativ cu aceeași perioadă**, după cum urmează:

- pensia medie de asigurări sociale de stat – de 3.909,0 ori.
- pensia medie pentru limită de vârstă cu stagiul complet de cotizare – de 4.065,5 ori.

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



Deci și în **anul 2008**, veniturile provenite din pensie au fost 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.**

2.3. Cheltuielile gospodăriilor de pensionari din România

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 a fost 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%
- c onsum nealimentar 28,8%
- plata serviciilor 22,8%

În tabelul nr.3, gospodăriile de pensionari s-au diferențiat în două categorii: cele care au putut face față cu venitul total net lunar realizat⁶ 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.

⁶Determinate prin scăderea din veniturile totale ale gospodăriilor, a impozitelor asupra veniturilor și a contribuțiilor reglementate prin lege aflate în sarcina membrilor acestora, precum și a unor cheltuieli legate de producția gospodăriei (bănești și în natură), **veniturile nete** reprezintă acea parte a veniturilor care rămâne la dispoziția gospodăriilor pentru acoperirea cheltuielilor de consum și pentru economisire.

Tabelul nr.3
-procente-

		Total	Urban	Rural
Gospodării care pot face față cheltuielilor cu venitul total net lunar realizat		49,1	49,4	48,7
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
Gospodării care nu pot face față cheltuielilor cu venitul total net realizat		50,9	50,6	51,3
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 pensionari⁷, din punct de vedere al gradului de satisfacție referitor la măsura în care reușesc să acopere cheltuielile curente, pe medii de rezidență se prezintă după cum urmează:

Tabelul nr.4
-procente-

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

2.4. Veniturile vârstnicilor europeni

Persoanele vârstnice din UE menționează ca surse de securitate financiară: pensiile, economiile personale (procentul cel mai mare în Germania și cel mai mic în Spania), sănătatea (Franța, Portugalia, Spania) și susținerea familiei (cel mai important în Grecia și cel mai puțin important în Olanda și Danemarca).

În ceea ce privește venitul mediu net lunar al persoanelor de 65 ani și peste (Anexa nr.2), se constată că venituri mai mari se înregistrează în: Luxemburg (2.762 €), Austria (1.634 €), Danemarca (1.577 €), Olanda (1.471 €), și mai mici în: Slovacia (302 €), Letonia (265 €), Estonia (262 €), Lituania (240 €). Veniturile pe sexe sunt net favorabile, sexului masculin, cele mai mari diferențe fiind în Suedia, Marea Britanie, Finlanda, Austria și cele mai mici în Slovacia, Cehia, Estonia, Malta.

Pensiile nu sunt considerate nici în UE ca fiind pe deplin satisfăcătoare, 45,0% din respondenți le consideră mai degrabă insuficiente sau total insuficiente. Există diferențe notabile între țări:

- pensii adecvate: Danemarca, Germania, Luxemburg, Olanda;
- pensii mai mult sau mai puțin adecvate: Belgia, Franța, Irlanda, Italia, Spania, Marea Britanie
- pensile sunt insuficiente: Grecia, Portugalia.

⁷ Sursa datelor: "Condițiile de viață ale populației din România", Institutul Național de Statistică, 2008

Europeenii privesc cu pesimism onorarea contractului de pensionare în viitor. Se crede că pensiile vor fi mai puțin importante decât ar presupune impozitele și contribuțiile lor. Dezbateră privind costurile îmbătrânirii populației a alimentat pesimismul sugerând amenințări serioase asupra veniturilor.

PROTECȚIA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

3.1.Fenomenul sărăciei și incidența sa în rândul persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană

Sărăcia este unul din fenomenele economico-sociale care afectează populația mondială. Sub diferitele sale forme ea este prezentă pe toate continentele. Sărăcia poate lua forma malnutriției, a șomajului, a lipsei resurselor monetare, a excluziunii sau a izolării sociale.

Promovarea incluziunii sociale sau cu alte cuvinte lupta împotriva sărăciei și excluziunii sociale reprezintă un deziderat foarte important al Uniunii Europene și se realizează prin stabilirea unor obiective specifice comun acceptate de toate statele, prin implementarea unor planuri naționale de acțiune prin care obiectivele să fie atinse și prin dezvoltarea unui sistem de măsurare și de raportare periodică a schimbărilor realizate.

Sistemele de pensii în Uniunea Europeană furnizează un nivel înalt de securitate a veniturilor și autonomie financiară pentru multe din persoanele vârstnice. Totuși, cifrele arată că sărăcia pensionarilor este o realitate pentru mulți din cetățenii vârstnici ai Europei și deși riscul sărăciei în rândul acestei categorii variază considerabil de la o țară la alta, femeile sunt mai afectate ca bărbații. Reformele în desfășurare trebuie să se “descurce” cu această injustiție majoră și să asigure pensii corespunzătoare pentru toți.

Strategiile anti-sărăcie și promovarea incluziunii sociale vizează, prin obiectivele lor globale, și populația vârstnică. Persoanele vârstnice cu un nivel redus al resurselor materiale sunt reprezentate în special de : femei, persoane care locuiesc singure (divorțate, văduve, separate), persoane cu o stare de sănătate precară sau persoane care locuiesc în condiții improprii.

Persoanele vârstnice sărace: au o abilitate de consum redusă (ne referim la bunuri “normale” și servicii), este puțin probabil să dețină bunuri acumulate sub forma : unei case (proprietate personală), economii, surse private de venit sau o pensie privată, este puțin probabil să fie angajați într-o ocupație plătită și au nivele reduse de resurse sociale.

Indicatorii de incluziune socială trebuie să identifice esența problemelor și să aibă o interpretare normativ acceptată. În al doilea rând aceștia trebuie să fie robuști și valizi din punct de vedere statistic, cu alte cuvinte să nu fluctueze din cauza unor fenomene irelevante pentru scopul pentru care au fost creați. Un alt criteriu important a fost stabilitatea și posibilitatea de a fi reactualizați periodic, în vederea evidențierii efectelor diferitelor politici sociale. Și nu în ultimul rând, indicatorii de incluziune socială trebuie să asigure comparabilitatea între statele membre. **Unul dintre indicatorii importanți ai acestui sistem de comensurare a incluziunii sociale este rata sărăciei.**

Oficiul de statistică al UE, Eurostat, a ales ca metodă de măsurare a sărăciei metoda relativă, în principal pe baza a două considerente, și anume: scopul major al UE nu constă în asigurarea fiecărui cetățean a unui nivel minim de trai, ci în realizarea situației în care toți cetățenii Europei să beneficieze de un nivel de prosperitate înalt care depinde în foarte mare măsură de nivelul dezvoltării economice și sociale a fiecărui stat. Cel de-al doilea considerent a fost faptul că este deosebit de greu de definit un « nivel minim standard de viață » care să fie unanim acceptat, în condițiile existenței încă a unor decalaje importante între gradele de dezvoltare ale statelor din Uniunea Europeană.

În acest context, descrierea sărăciei relative, în care sărac este considerat acel individ ale cărui resurse, în principal monetare, nu îi permit atingerea unui nivel de bunăstare realizat de întreaga populație din țara respectivă, se poate obține utilizând nu un singur indicator, ci un set de indicatori, fiecare aducând un plus de informație asupra dimensiunii, incidenței, profilului și gravității fenomenului sărăciei din fiecare țară, făcând posibilă totodată și comparația internațională.

Potrivit acestei metode de estimare se determină persoanele ale căror resurse sunt mai mici comparativ cu restul populației, ceea ce nu înseamnă că resursele acestor persoane nu le permit acoperirea unui nivel minim de trai. Din acest motiv, la nivelul UE indicatorii privind sărăcia relativă sunt intitulati **“indicatori ai riscului de sărăcie”**.

În cazul abordării relative a sărăciei se folosește o metodă care ia în considerare dimensiunea monetară a fenomenului sărăciei și care este agreată de Eurostat, fiind utilizată în toate țările comunitare.

Indicatorul de bunăstare adoptat este venitul (total sau bănesc) disponibil, reprezentat de venitul ce rămâne la dispoziția gospodăriilor după ce s-au dedus din venitul brut transferurile publice și private obligatorii.

Principial, metoda relativă este destul de simplă, ușor accesibilă utilizatorilor de date și constă în identificarea persoanelor ale căror venituri sunt mai mici decât un prag de sărăcie stabilit ca o fracțiune (de obicei 60,0%) din nivelul median al unei distribuții a populației după indicatorul de bunăstare. Sunt considerate **sărace** acele persoane care se situează sub nivelul general de dezvoltare al societății la un moment dat.

Sursa datelor utilizate pentru evaluarea sărăciei relative o constituie Ancheta Bugetelor de Familie (ABF), cercetare statistică permanentă și continuă care oferă informații complexe privind veniturile, cheltuielile și consumul populației.

Veniturile brute cuprind:

- Veniturile bănești (din salarii, din activități pe cont propriu agricole și neagricole din prestații sociale, din vânzări, din proprietate);
- Contravaloarea produselor și serviciilor primite gratuit sau cu reducere de preț obținute de salariați și de beneficiarii de prestații sociale;
- Contravaloarea consumului de produse din resursele proprii ale gospodăriei (producția proprie, stocuri, daruri etc).

Transferurile publice și private cuprind:

- Impozite pe salarii, pe venituri de orice fel, pe clădiri și terenuri, mijloace de transport ;
- Contribuții de asigurări sociale și alte contribuții ;
- Transferuri către alte gospodării și persoane (pensie alimentară etc).

Veniturile disponibile se obțin prin scăderea din veniturile brute a sumei transferurilor.

Pentru asigurarea comparabilității datelor de venituri pe parcursul unui an se face deflatarea acestora, cu ajutorul indicelui prețurilor de consum pentru a fi aduse la nivelul prețurilor lunii ianuarie a fiecărui an. Operațiunea se realizează prin raportarea veniturilor fiecărei gospodării la indicele prețurilor de consum din luna în care a fost cercetată gospodăria.

Tot pentru asigurarea comparabilității se face transformarea persoanelor fizice din fiecare gospodărie în unități “adult-echivalent⁸”, utilizând scala OECD modificată.

⁸ Adult-echivalent : unitate convențională prin care se transformă componenta unei gospodării în funcție de caracteristicile persoanelor care o compun, în conformitate cu concepția că obținerea și utilizarea resurselor într-o gospodărie diferă de la o persoană la alta datorită vârstei, ocupației etc. Transformarea se face pe baza unei scale de echivalență, care în practica obișnuită este scala OECD modificată, cu următorii coeficienți: 1 pentru prima persoană adultă din gospodărie (capul gospodăriei), 0,5 pentru următorii adulți (persoane de peste 14 ani), 0,3 pentru copiii în vârstă de până la 14 ani inclusiv.

Veniturile disponibile realizate de fiecare gospodărie se raportează la numărul de adulți-echivalent, suma astfel obținută fiind atribuită fiecărei persoane care compune gospodăria respectivă.

Toate persoanele din gospodăriile cercetate se ordonează crescător după venitul disponibil pe adult – echivalent atribuit, după care se stabilește punctul median al acestei distribuții.

Pragul de sărăcie se determină prin înmulțirea valorii punctului median cu 60,0%. Identificarea persoanelor considerate sărace se face prin compararea veniturilor disponibile pe adult - echivalent aferente fiecărei persoane cu nivelul pragului de sărăcie.

Cu ajutorul elementelor obținute (numărul persoanelor sărace, veniturile săracilor, nivelul pragului de sărăcie) se pot construi diferiți indicatori care caracterizează sărăcia cum ar fi: rata sărăciei după diferitele caracteristici ale persoanelor sărace, deficitul median relativ, indicele inegalității veniturilor etc.

Sub rezerva modului de calcul al pragului sărăciei relative 60,0% din nivelul median al unei distribuții a populației după nivelul venitului disponibil – care nu semnifică un nivel minim de trai general acceptat în toate statele și depinde de nivelul de dezvoltare a fiecărei societăți. Cei mai săraci vârstnici (65 ani și peste) sunt în : Cipru(52,0%), Letonia(33,0%), Spania(31,0%) Lituania(30,0%) și cei mai puțin săraci în: Polonia(8,0%), Slovacia(8,0%), Luxemburg (7,0%), Cehia (6,0%), Ungaria(6,0%), Olanda(6,0%) (Anexa nr.3).

În multe țări UE, femeile și bărbații în vârstă de 65 ani și peste sunt mai expuși riscului de sărăcie decât alte categorii de vârstă, ceea ce semnifică că în multe cazuri, pensiile sunt semnificativ mai mici decât veniturile celor aflați în vârstă de muncă (salariații), în principal deoarece acestea din urmă nu au ținut pasul cu creșterile salariale.

În 2005, la nivelul UE25, proporția femeilor vârstnice aflate în risc de sărăcie era de 21,0%, iar a bărbaților de 16,0%. Aceste procente au variat semnificativ de la o țară la alta. Astfel, pentru femei, procentul a variat de la 53,0% Cipru, 36,0% Irlanda, 32,0% Spania, 30,0% Grecia la 7,0% Cehia, 6,0% Olanda, 5,0% Luxemburg. Pentru bărbați, procentul a variat de la 47,0% Cipru, 30,0% Irlanda, 28,0% Portugalia, 25,0% Grecia și Spania până la 5,0% Bulgaria, Polonia și Olanda , 4,0% Ungaria, 3,0% Slovacia și 2,0% Cehia. (Anexa nr.3).

În ceea ce privește diferența pe sexe (feminin-masculin) la acest procent, un loc fruntaș îl ocupă Bulgaria cu 18,0%, țările baltice (Estonia, Lituania, Letonia) și Slovenia cu procente între 14,0%-16,0%. Se remarcă 2 țări, Portugalia și Luxemburg; în prima procentele

sunt egale, iar în cea de-a doua, procentul bărbaților vârstnici în risc de sărăcie îl depășește pe cel al femeilor vârstnice cu 4,0%.

Din analizele făcute în mediile științifice și în cadrul organismelor oficiale se poate aprecia că starea actuală a sistemelor de sprijinire a populației vârstnice se caracterizează prin disfuncțiuni accentuate, datorită, în principal, faptului că politicile sociale care le-au promovat nu au prevăzut și mecanismele necesare de susținere și de adaptare la schimbări.

3.2.Rata de sărăcie a persoanelor vârstnice din România

În calitate de stat membru al UE, România a aplicat metodologia de estimare a sărăciei recomandată de Eurostat (metoda relativă), în paralel cu dezvoltarea unui sistem național care se bazează însă pe metoda absolută de estimare a sărăciei.

Majoritatea indicatorilor sunt calculați pe baza veniturilor disponibile, inclusiv consumul din resurse proprii al gospodăriilor.

La dificultățile apărute pe plan european și mondial legate de protecția socială, în general, și a persoanelor vârstnice, în particular, *în cazul României* s-au adăugat probleme suplimentare legate de perioada de tranziție economică, de insuficiențele cadrului legislativ și ale celui instituțional.

Pensionarii reprezintă un procent semnificativ în total populație (28,0%), dar și peste un sfert din rândul persoanelor sărace. Femeile vârstnice dețin în total un procent mai mare decât bărbații vârstnici (30,9% față de 24,8%), dar și un procent semnificativ mai mare în total persoane sărace față de bărbați (30,8% față de 19,3%)(tabelul nr.5).

Tabelul nr.5

Procentul pensionarilor în total persoane și total persoane sărace în anul 2007

Categorie	Procent	Din care, procent pensionari:
Total persoane	100,0	28,0
Total persoane sărace	100,0	25,4
Total bărbați	100,0	24,9
Total bărbați săraci	100,0	19,3
Total femei	100,0	30,9
Total femei sărace	100,0	30,8

Atât rata sărăciei persoanelor vârstnice, cât și a pensionarilor a fost în creștere în perioada 2005 – 2007, cu precădere la sexul feminin (tabelul nr.6 și tabelul nr.7).

Tabelul nr.6

Rata sărăciei (%) pe grupe de vârstă

Anul	Sub 16 ani	16-24 ani	25-49 ani	50-64 ani	65 ani plus
2005	24,9	22,2	16,3	13,2	17,2
2006	25,4	21,2	16,5	14,5	18,7
2007	24,7	20,5	16,5	14,9	19,4

Tabelul nr.7

Rata sărăciei (%) pensionarilor, pe sexe

2005			2006			2007		
Total	Masculin	Feminin	Total	Masculin	Feminin	Total	Masculin	Feminin
14,2	11,9	15,9	15,1	12,8	16,9	15,7	13,2	17,6

Segmentul populației sărace din cadrul populației vârstnice s-a conturat pe fondul procesului de sărăcire a majorității populației. Conform cercetărilor sociale, familiile de pensionari prezintă o rată intermediară de sărăcie, dar mai redusă decât media. În 2006, (în procent din totalul categoriei) *rata sărăciei pentru pensionari era estimată la 9,8%, iar a sărăciei severe la 2,3%*. Pentru populația în vârstă de peste 65 de ani rata sărăciei era de 12,3%, iar a sărăciei severe de 3,3%.

De regulă, vârstnicii (pensionarii) nu sunt printre beneficiarii creșterii economice. Cheltuielile curente, în special cele pentru utilități, tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice. Ajutoarele sociale sunt erodate mai rapid decât veniturile salariale. Pensia medie a pierdut mereu mai multe puncte procentuale față de salariul mediu, ceea ce a condus la un proces de sărăcire mai accentuat și o polarizare între persoanele active economic și cele dependente de ajutorul social.

3.3. Protecția socială a persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană

Prin procesul european de Protecție Socială și Incluziune Socială, Uniunea Europeană coordonează și încurajează acțiunile statelor membre în combaterea sărăciei și excluziunii sociale și în reformarea sistemelor de protecție socială pe baza schimburilor de politici și de experiență.

Analiza problematicii protecției sociale a vârstnicilor se plasează în contextul opțiunii României de integrare în Uniunea Europeană. *Carta Socială Europeană*, unul dintre marile tratate ale Consiliului Europei în domeniul drepturilor omului, constituie instrumentul european de referință în materie de coeziune socială.

Conform Cartei Sociale Europene, *protecția socială* pentru ansamblul populației, care privește implicit și persoanele vârstnice, vizează dreptul la protecția sănătății și de a beneficia de servicii sociale. *Protecția specială* a unor categorii de persoane se referă, pe lângă copii, adolescenți, mame, familii, persoane handicapate, imigranți, și la *persoanele vârstnice*. Articolul 23 al Cartei, referitor la „*Dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială*” vizează măsuri care să permită persoanelor vârstnice să rămână membri deplin ai societății cât mai mult timp posibil, prin intermediul: a) unor resurse financiare suficiente care să le permită să ducă o existență decentă și să participe activ la viața publică, socială și culturală; b) difuzării informațiilor privind serviciile și facilitățile disponibile pentru persoanele vârstnice și posibilităților de a recurge la acestea.

Comisia Europeană a deschis o vastă dezbatere în Europa asupra viitorului sistemelor de protecție socială, în legătură specială cu schimbările de pe piața muncii și schimbările demografice. Dezbaterile au implicat instituțiile europene, statele membre, partenerii sociali, organizațiile neguvernamentale și s-au derulat pe fondul profundelor schimbări demografice din UE. Situația diferă de la o țară la alta, dar soluțiile sunt dominate de *principiul solidarității*, caracteristic tradiției europene în domeniu. CE a promovat acțiuni la nivel european în favoarea persoanelor vârstnice și examinează modul în care statele membre pot proteja generațiile vârstnice împotriva riscurilor de sărăcie și dependență (anexa nr. 3), modul în care se poate asigura o asistență de lungă durată și îngrijiri constante.

Există rapoarte privind rolul sistemelor de protecție socială privind bătrânețea și sărăcia. Dintre acțiunile propuse se pot enumera: catalizarea și difuzarea inovațiilor privind potențialul de activitate al pensionarilor, promovarea celor mai bune practici privind forța de muncă vârstnică, tranziția de la activitatea profesională la pensionare, ameliorarea condiției

femeii vârstnice, îngrijirea și accesul la îngrijire al persoanelor vârstnice dependente, întărirea solidarității între generații și integrarea persoanelor vârstnice amenințate de izolate etc.

În anul 2006, cheltuielile cu protecția socială au reprezentat 26,9% din PIB în țările UE-27. Cu toate acestea, un procent dintr-o țară poate reprezenta mai mult decât dublu în altă țară. Țările cu cea mai mare pondere a acestui procent : Franța (31,1%), Suedia (30,7%), Belgia (30,1%), Olanda (29,3%), Danemarca (29,1%), Germania (28,7%), Austria (28,5%) – au cheltuit de peste două ori comparativ cu cele trei țări cu procent mai mic în PIB, anume Țările baltice: Lituania (13,2%), Estonia (12,4%) și Letonia (12,2%) (Anexa nr.4). Aceste diferențe reflectă decalajele în standardele de viață, diversitatea sistemelor naționale de protecție socială și specificitatea structurilor demografice, economice, sociale și instituționale ale fiecărei țări în parte.

Sistemele de finanțare a protecției sociale sunt diferite în țările Uniunii Europene, în funcție de ponderea acordată contribuțiilor de securitate socială sau finanțării guvernamentale generale. În anul 2006, țările UE-27 cu ponderi medii peste media UE (26,9%) au reprezentat 39,42% din populația totală a UE, grupul de țări situate între 22,3% și 26,9% reprezentând 32,06% din locuitorii UE, iar cele cu cheltuieli între 18,1% și 20,9%, reprezentând 20,05%. Țările care au cheltuit mai puțin de 18,1% din PIB pentru protecția socială au reprezentat numai 8,47% din populația UE.

Ajutoarele pentru persoanele vârstnice și urmași acoperă cea mai mare parte a ajutoarelor sociale în majoritatea țărilor din Uniunea Europeană.

În UE-27, în 2005, prestațiile sociale pentru persoanele vârstnice și pensiile de urmaș au reprezentat cea mai mare parte a cheltuielilor pentru protecție socială : 45,9% din totalul ajutoarelor (12,0% din PIB). Aceste sume au fost ca procent cele mai mari în Italia, unde reprezentau 60,7% în totalul prestațiilor sociale și 15,5% din PIB. În această țară, procentul ridicat de populație în vârstă de 60 ani și peste (21,1% în 2007) a fost determinant. Cu mult deasupra mediei europene au fost Polonia (59,8%), Malta (52,4%), Grecia (51,2%) și Bulgaria (51,1%). (Anexa nr.5).

Aceste diferențe între țări sunt explicabile ca urmare a nivelurilor diferite de bunăstare, dar ele reflectă și diferențe majore între sistemele de protecție socială, tendințele demografice, ratele șomajului și alți factori instituționali și economici.

În competiția nedeclarată privind protecția socială din Europa, se pare că țările nordice – Danemarca, Finlanda, Suedia și Olanda, care oferă un nivel mai ridicat de protecție socială și de politici active pe piața muncii, stau cel mai bine. În ultimele rânduri ale clasamentului se

află țările mediteraneene – Grecia, Italia, Portugalia și Spania – care intervin social, îndeosebi în domeniul pensiilor și al reglementărilor salariale, prin negocieri colective și la niveluri scăzute.

În pofida relativei eterogenității a sistemelor de protecție socială existente în diferite țări europene, în mod cert, la nivel nord-vest continental, s-a conturat un model social distinct, ca expresie a unei voințe clare, de realizare a unui nivel al bunăstării sociale decent, pentru toți rezidenții. *Este vorba despre un model social ale cărui principii fundamentale sunt solidaritatea și coeziunea socială și ale cărui obiective urmăresc realizarea egalității de șanse, participarea socială și integrarea/incluziunea socială.*

3.4. Protecția socială a persoanelor vârstnice din România

Caracterizările generale ale sistemului de protecție socială din România au relevanță directă și pentru protecția socială a vârstnicilor: nivelul protecției sociale în România se află sub nivelul european; starea materială critică a unei însemnate părți a populației impune, în continuare, o intervenție consistentă din partea statului, îndeosebi în ceea ce privește îmbunătățirea condițiilor de viață din instituțiile de asistență socială. Serviciile comunitare, structurile comunitare și nonguvernamentale de intervenție pentru ajutorul celor în nevoie sunt într-un stadiu incipient și se manifestă timid față de nevoile existente; există încă un înalt nivel al solidarității intrafamiliale specific modelului tradițional al familiei românești, model susținut de legislația în domeniu.

Una dintre direcțiile cele mai importante de cercetare, dar și de acțiune în ceea ce privește protecția socială a persoanelor vârstnice vizează combaterea sărăciei și promovarea incluziunii sociale. Totuși, protecția socială a persoanelor vârstnice nu a captat în mod deosebit atenția, așa cum este cazul copiilor, tinerilor, grupurilor etnice, etc.

În România, până în prezent, nu putem vorbi despre existența unei viziuni globale, unitare, asupra problematicii sociale românești, ci doar despre concepții sectoriale autonome, centrate pe educație, sănătate, asigurări sociale etc. Structurile de organizare și schemele de finanțare ale sectorului social din România, nu sunt proiectate și, deci, nici gestionate în funcție de potențialul complementarității lor în cadrul sistemului național care, cel puțin virtual, ar trebui să funcționeze după o logică intrinsecă, multiplu articulată și armonizată prospectiv cu natura și volumul nevoilor recunoscute social. Atât schemele de finanțare cât și rețelele de servicii sociale existente s-au dezvoltat autonom, pe baza unui

spirit de imitație mai mult sau mai puțin inspirat, în funcție de urgențele conjuncturii sociale imediate, având în vedere, cel mult, previziuni sectoriale pe termen mediu.

Ca urmare, este încă prematur să vorbim despre existența unui *model social* bazat pe o *viziune unitară asupra problematicii sociale românești*, ca rezultat al aplicării unui *proiect de reformă socială clar formulat*, realizat prin intermediul unui *corp de politici publice și sociale coerent și larg cuprinzător*.

SISTEMUL PUBLIC DE PENSII

4.1. Sistemul public de pensii în țările din Uniunea Europeană

În 2003, Raportul Unit asupra Pensiilor a subliniat interdependența dintre sustenabilitatea financiară și acordarea de pensii corespunzătoare în contextul societăților care îmbătrânesc și nevoia de reforme cuprinzătoare în spiritul asigurării unor sisteme de pensii adecvate, accesibile financiar și durabile. În special, acest raport solicită statelor membre ale Uniunii Europene să îmbunătățească stimulentele pentru ca persoanele vârstnice să rămână mai mult pe piața forței de muncă, întărind legătura dintre contribuții și beneficii, crescând finanțările publice și private, având în vedere implicațiile pe termen lung ale cheltuielilor cu pensiile, determinate de creșterea duratei de viață.

Toate statele membre se confruntă cu această problemă, dar nevoia de reformă diferă de la o țară la alta, în mod esențial din două motive : în primul rând provocarea demografică nu este la fel de severă peste tot. Germania și câteva țări sud europene – Italia, Portugalia și Spania se confruntă cu cele mai mari probleme. Aici, numărul de pensionari va crește în următoarele decenii, în timp ce populația activă care contribuie la formarea PIB va scădea dramatic, datorită ratei natalității scăzute și a speranței de viață în creștere. La polul opus, populația Marii Britanii și a Franței va îmbătrâni într-un ritm mai puțin alert, în special din cauza ratei natalității mai crescute. În al doilea rând, schimbările demografice vor “lovi” sistemele naționale de pensii cu diferite grade de intensitate. Pentru schemele de tip “pay as you go” (PAYG⁹), populația activă în descreștere va ridica probleme serioase, astfel fondurile vor fi insuficiente odată cu creșterea numărului de pensionari față de numărul de salariați. Acest fapt este inerent schemelor de acest tip, deoarece acestea nu au rezerve de capital din moment ce, pensiile sunt plătite în întregime din contribuțiile curente. Prin contrast,

⁹ Sistem de securitate socială practicat în majoritatea țărilor europene, prin care beneficiile sunt plătite direct din impozite curente și din contribuții la asigurările sociale.

schemele finanțate¹⁰ de pensii sunt afectate numai indirect, ca urmare a posibilității de subvenții la nivelul necesarului.

Statele membre continuă să furnizeze Comisiei Europene rapoarte anuale privind progresul programelor naționale de reformare a sistemelor de pensii. Direcțiile de acțiune au fost următoarele :

- Mijloacele de descurajare a persoanelor vârstnice de a rămâne în serviciu s-au redus, legătura dintre pensii și contribuții s-a strâns, iar durata medie a vieții a fost luată în considerare prin majorarea stagiilor de cotizare.
- Mai mult, contribuțiile la pensia suplimentară au fost promovate și cadrul legislativ îmbunătățit. De asemenea, unele state membre au abordat sărăcia vârstnicilor prin creșterea nivelului pensiei minime garantate.
- Reformele au făcut progrese în privința a 3 obiective majore : furnizarea unui venit adecvat la pensie, asigurarea sustenabilității financiare și adaptarea sistemelor de pensii la schimbările pe piața forței de muncă și la condițiile din societate.

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.

Creșterea vârstei de pensionare a fost considerată o bună practică în toate țările care se confruntă cu îmbătrânirea¹¹ 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.

¹⁰ Sistem de securitate socială , în care contribuțiile sunt folosite pentru a constitui o rezervă de active care va oferi venituri în viitor pentru pensionare.

¹¹ Previziunile demografice sunt îngrijorătoare, ele arată că grupa de vârstă de 65 ani și peste va reprezenta aproape o cincime (18,9%) din populația României până în 2030, comparativ cu 10,4% în 1990 și 14,9% în iulie 2008.

4.1.1. Vârsta legală de pensionare și tipurile de pensii acordate în țările Uniunii Europene

Între țările europene vârsta de pensionare diferă, ca urmare măsurilor adoptate de către guverne în raport cu longevitatea vieții și nivelul de trai al persoanelor vârstnice (Anexa nr.6). Multe țări au un stagiul minim de cotizare și o vârstă legală de pensionare mai mici pentru femei (de obicei 5 ani) decât pentru bărbați. Acestea vor crește treptat (în special în unele țări OECD¹²), până le vor egala pe cele ale bărbaților. În țările unde speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 ani și peste este mai mare (Danemarca, Grecia, Luxemburg, Olanda, Spania, Suedia) și vârsta de pensionare este mai ridicată. Astfel:

- **AUSTRIA**

Pensia normală: pentru limită de vârstă: bărbați - 65 de ani; femei - 60 de ani.

Pensia anticipată: 61,5 ani pentru bărbați; 56,5 ani pentru femei.

Pensia târzie: asigurații își pot prelungi activitatea fără să existe o limită de vârstă maximă.

- **BELGIA**

Pensia normală: pentru limită de vârstă: bărbați - 65 de ani; femei - 60 de ani.

Pensia anticipată: se acordă la 60 de ani, pentru femei și bărbați, cu condiția să justifice 35 de ani de activitate.

- **DANEMARCA**

Pensia normală: pentru limită de vârstă: 65 de ani.

Pensia suplimentară: persoanele care ating 60 de ani la data de 1 iulie 1999 sau mai târziu pot beneficia de pensie la cerere, înaintea împlinirii vârstei de 67 de ani, dar nu înainte de a împlini 65 de ani. Pensia se reduce proporțional.

Pensia anticipată: a fost atribuită înainte de 1.01.2003 pentru persoanele care au peste 50 de ani, din motive sociale și/sau de sănătate.

Pensia târzie: este posibilă prelungirea activității în cadrul sistemului de pensii suplimentare, până la vârsta de 70 de ani.

- **FINLANDA**

Pensia normală - pentru limită de vârstă - 65 de ani.

Pensia anticipată: 60 de ani cu reducerea eșalonată a cuantumului.

¹²Stările membre europene ale OECD sunt: Austria, Belgia, Cehia, Danemarca, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburg, Olanda, Marea Britanie, Norvegia, Polonia, Portugalia, Slovacia, Spania, Suedia, Ungaria

Pensia târzie: asiguratul își poate prelungi activitatea, neexistând limită maximală de vârstă.

- **GERMANIA**

Pensia normală: pentru limită de vârstă: bărbați - 65 de ani; femei - 60 de ani.

Pensia anticipată: pentru bărbați și femei:

- După o perioadă de 35 de ani se deschide dreptul la pensie, începând cu împlinirea vârstei de 63 de ani (60 în caz de handicap grav, incapacitate de muncă sau incapacitate generală) sau la vârsta de 60 de ani după 180 de luni de asigurare, în măsura în care, la începutul pensionării, asigurații sunt în șomaj și au atins vârsta de 58,5 ani, fiind în șomaj de 52 de săptămâni sau care au muncit 24 de luni cu timp parțial, în cazul persoanelor vârstnice. Asigurații trebuie să justifice 8 ani de asigurare obligatorie în cursul ultimilor 10 ani. Femeile pot cere pensie anticipată la împlinirea vârstei de 60 de ani, după 180 luni de asigurare, precum și dacă justifică, începând cu vârsta de 40 de ani, o perioadă de peste 10 ani de contribuție obligatorie.
- Vârsta de pensionare anticipată a fost majorată la șomeri sau după o activitate cu timp parțial, la 65 de ani, dar și pentru pensia normală a persoanelor cu handicap de la 60 la 63 de ani. Potrivit acestor creșteri, pensia poate fi acordată între 60 și 63 de ani, cu o reducere a cuantumului pensiilor care compensează durata majorată a pensiei. Reducerea este de 0,3% din pensie pentru fiecare lună de anticipare.

Pensia târzie: asiguratul își poate continua activitatea după vârsta legală de pensionare dacă este apt din punct de vedere medical pentru activitatea ce o desfășoară.

- **GRECIA**

Pensia normală: pentru limită de vârstă.

Asigurații înainte de 31.12.1992: bărbați - 65 de ani; femei - 60 de ani. Asigurații după data de 1.01.1993: bărbați - 65 de ani; femei - 65 de ani.

Pensia anticipată : asigurații înainte de 31.12.1992.

Pensia completă se acordă: fără limită de vârstă (bărbați și femei) și minimum 37 de ani de asigurare (sau 11.100 zile):

- 62 de ani (bărbații) și 57 (femeile) dacă au 10.000 de zile de activitate;
- 58 de ani bărbații dacă au 10.500 de zile de activitate;
- 55 de ani pentru mamele care au un copil minor, dacă au 5.500 zile de activitate;

- 60 de ani pentru bărbați și 55 de ani pentru femei, pentru activitate în condiții speciale și insalubre și 4500 de zile de activitate (din care 3600 de zile în condiții speciale și insalubre) și 1000 de zile de activitate timp de 13 ani înainte de pensionare;

- 55 de ani (femei și bărbați) dacă au 35 de ani sau 10.500 de zile de activitate (din care 7500 în condiții speciale de muncă).

Pensia redusă începând de la: 65 de ani femei și bărbați, dacă au 3.500 zile de activitate (dispoziție tranzitorie până la 31 decembrie 2007): 60 de ani pentru bărbați și 55 ani pentru femei dacă au 10.000 zile de activitate, din care 100 zile/an în ultimii 5 ani; 53 de ani pentru bărbați și femei, dacă au 35 de ani sau 10.500 de zile de activitate (7.500 zile în condiții speciale); 50 de ani pentru mamele care au un copil minor sau invalid, dacă au 5.500 de zile de activitate.

În cazul asiguraților după data de 1.01.1993 se acordă:

Pensia completă se acordă: fără limită de vârstă - femei și bărbați, dacă au 37 de ani activitate sau 11.100 zile de activitate: de la 60 de ani - bărbați și femei, pentru activitate în condiții speciale, dacă au 4.500 de zile sau 15 ani de activitate (condiții speciale timp de 3/4 din întreaga perioadă); de la 55 de ani pentru mamele care au un copil minor sau invalid, dacă au 6.000 de zile de activitate sau 20 de ani.

Pensia redusă se acordă de la 55 de ani (bărbați și femei) dacă au 35 de ani de activitate sau 10.500 de zile de activitate (750 de zile în ultimii 5 ani).

Pensia târzie: nu se acordă.

- FRANTA

Pensia normală: pentru limită de vârstă - se acordă la 60 de ani;

Pensia complementară: la vârsta de 65 de ani, dacă pensia de bază a fost acordată în procent integral.

Pensia anticipată: regimul general de asigurări sociale al salariaților: începând cu 55 de ani pentru asigurații care și-au început activitatea profesională la 14 ani și fac dovada duratei de asigurare, și a vârstei de pensionare; începând cu 55 de ani pentru asigurații cu handicap grav, în anumite condiții reglementate prin lege.

Pensia suplimentară: la 55 de ani cu coeficient de anticipare, iar de la 56 ani, fără coeficient, dacă asiguratul a obținut pensia de bază în procent integral.

Pensia târzie: În cadrul regimului general de asigurări sociale a salariaților, începând cu vârsta de 60 de ani, se acordă majorarea cuantumului pensiei când asiguratul îndeplinește condițiile de asigurare pentru o pensie în procent integral. De la 65 de ani, dacă

asiguratul nu a îndeplinit, în nici un sistem, durata de asigurare necesară în funcție de anul nașterii.

- LUXEMBURG

Pensia normală - pentru limită de vârstă: 65 de ani. Pensie anticipată: începând cu 60 de ani, cu condiția a 480 de luni de asigurare efectivă sau a unor perioade asimilate: începând cu 57 de ani, cu condiția a 480 de luni de plată efectivă a contribuției de asigurări sociale.

Pensia târzie nu se acordă. Dacă există activitate după 65 de ani, contribuțiile plătite de asigurat îi sunt rambursate la sfârșitul perioadei de activitate desfășurate după împlinirea vârstei de 65 ani.

- ITALIA

Pensia normală - pentru limită de vârstă: bărbați - 65 de ani, femei: 60 ani. Pentru persoanele cu grad de invaliditate de cel puțin 80,0% și pentru nevăzători: bărbați - 60 de ani; femei - 55 de ani. Noul sistem de pensie prevede acordarea pensiei între 57 și 67 de ani, cuantumul prestației variind în funcție de vârstă.

Pensia anticipată: se acordă la 57 ani, cu condiția a 35 de ani de contribuții sau indiferent de vârstă la 37 ani de contribuții. Se atribuie de regulă angajaților din unitățile aflate în criză economică, fiind posibilă acordarea pensiei anticipate cu maximum 5 ani înaintea vârstei normale de pensionare. Condițiile particulare sunt prevăzute pentru persoanele care și-au început activitatea la vârste cuprinse între 14 și 19 ani și care au contribuit 52 săptămâni, pentru lucrătorii supuși unor munci grele, pentru lucrătorii care desfășoară o activitate fizică intensă etc.

Pensia târzie: activitatea asiguratului se poate prelungi până la cel mult 65 de ani.

- IRLANDA

Pensia normală - pensie pentru limită de vârstă: pensie de bătrânețe - 65 de ani; pensie contributivă de bătrânețe - 66 de ani.

Nu există pensie anticipată și pensie târzie.

- OLANDA

Pensia normală - pentru limită de vârstă: 65 de ani. Nu se acordă pensia anticipată sau pensia târzie.

- POLONIA

Pensia normală - pentru limită de vârstă - bărbați - 65 de ani; femei - 60 de ani.

Pensia anticipată: nu se acordă.

- PORTUGALIA

Pensia normală : bărbați și femei - 65 de ani.

Pensia anticipată: asiguraților de cel puțin 55 de ani care au contribuit la fondul de pensii 30 de ani calendaristici, cu un cuantum redus; șomerilor începând cu 60 de ani. Există posibilitatea acordării și de la 55 de ani pentru cei care au 20 de ani calendaristici de activitate și cel puțin 50 de ani la data intrării în șomaj. Cuantumul pensiei este redus pentru condiții speciale sau care afectează sănătatea - începând cu 55 de ani, numai pentru profesii reglementate de lege.

Pensia târzie: pensionarea la 65 de ani nu este obligatorie și se poate continua activitatea.

- REGATUL UNIT AL MARII BRITANII SI IRLANDEI DE NORD

Pensia normală: bărbați - 65 de ani; femei - 60 de ani (creștere progresivă la 65 de ani între 2010 și 2020).

Pensia anticipată: nu se acordă. Asiguratul își poate prelungi activitatea cu maximum 5 ani (până la 70 de ani pentru bărbați și 65 de ani pentru femei). Din 2010 prelungirea activității va fi nelimitată.

- SPANIA

Pensia normală: pentru limită de vârstă - 65 de ani.

Pensia anticipată: ca măsură tranzitorie și pentru a garanta drepturile dobândite, persoanele asigurate în vechiul sistem abrogat la 1 ianuarie 1967 au posibilitatea să se pensioneze la 60 de ani.

Vârsta de 65 de ani poate fi redusă pentru anumite persoane care au lucrat în condiții speciale de muncă, în mediu toxic, periculos sau insalubru. - de la 1.01.2002, în anumite cazuri, pentru lucrătorii care au peste 61 de ani.

Pensia târzie: asiguratul își poate continua activitatea după vârsta legală de pensionare, neexistând limită de vârstă maximă pentru viața activă.

- SUECIA

Pensia normală: 65 de ani, cu posibilitatea continuării activității până la 67 de ani.

Pensia anticipată: nu se acordă.

4.2. Sistemul public de pensii în România

Dreptul la pensie este unul din drepturile fundamentale, protejate de stat, pentru cetățenii săi, iar pensia, așa cum este instituită prin Legea nr. 19/2000, reprezintă de fapt un produs financiar, o sumă de bani plătită beneficiarilor sistemului public de pensii, destinată înlocuirii veniturilor obținute din muncă la încetarea activității.

În temeiul art. 2 din Legea nr. 19/2000, sistemul public de pensii se organizează și funcționează potrivit următoarelor principii de bază:

a) principiul unicității, potrivit căruia statul organizează și garantează sistemul public bazat pe aceleași norme de drept;

b) principiul egalității, care asigură tuturor participanților la sistemul public, contribuabili și beneficiari, un tratament nediscriminatoriu în ceea ce privește drepturile și obligațiile prevăzute de lege;

c) principiul solidarității sociale, conform căruia participanții la sistemul public își asumă reciproc obligații și beneficiază de drepturi pentru prevenirea, limitarea sau înlăturarea riscurilor sociale prevăzute de lege;

d) principiul obligativității, potrivit căruia persoanele fizice și juridice au, conform legii, obligația de a participa la sistemul public, drepturile de asigurări sociale exercitându-se corelativ cu îndeplinirea obligațiilor;

e) principiul contributivității, conform căruia fondurile de asigurări sociale se constituie pe baza contribuțiilor datorate de persoanele fizice și juridice, participante la sistemul public, drepturile de asigurări sociale cuvenindu-se în temeiul contribuțiilor de asigurări sociale plătite;

f) principiul repartiției, pe baza căruia fondurile realizate se redistribuie pentru plata obligațiilor ce revin sistemului public, conform legii;

g) principiul autonomiei, bazat pe administrarea de sine - stătătoare a sistemului public, conform legii.

În ceea ce privește **persoanele asigurate**, acestea pot fi cetățeni români sau cetățeni ai altor state ori apatrizi, pe perioada în care au, conform legii, domiciliul sau reședința în România, iar asigurarea poate fi considerată **obligatorie sau facultativă**.

În conformitate cu prevederile art. 3 al Legii nr. 19/2000, Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale (CNPAS) este principala instituție, de stat major, abilitată în domeniul pensiilor.

Fondul sistemului public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale se constituie pe baza plății contribuției de asigurări sociale, iar contribuabilii sistemului public sunt după caz, conform art. 18 alin. (1) din Legea nr. 19/2000:

- a) asigurații care datorează contribuții individuale de asigurări sociale;
- b) angajatorii;
- c) persoanele juridice la care își desfășoară activitatea asigurații prevăzuți la art. 5 alin.(1) pct. II, și anume: persoanele care își desfășoară activitatea în funcții electivă sau care sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului, precum și membrii cooperatori;
- d) Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, titulara bugetului asigurărilor pentru șomaj;
- e) persoanele prevăzute la art. 5 alin.(2) din Legea nr. 19/2000, care încheie contract de asigurare socială, respectiv asigurații în mod facultativ.

Cotele de contribuții de asigurări sociale sunt diferențiate în funcție de condițiile de muncă normale, deosebite sau speciale. Ele se aprobă anual prin lege.

În ceea ce privește calculul și plata contribuției de asigurări sociale datorate de către salariați, funcționari publici, persoane care își desfășoară activitatea în funcții electivă sau sunt numite în cadrul autorităților executive, legislative sau judecătorești, membri cooperatori și de către angajatorii acestora, se realizează lunar de către angajatori.

Ca surse de finanțare a sistemului public de pensii, pot fi luate în considerare atât sursele provenite prin contribuțiile asiguraților, cât și finanțarea prin subvenții de la bugetul de stat.

Pragul de pensionare a fost ridicat urmând să ajungă într-o perioadă de 15 ani la 60 de ani pentru femei și la 65 de ani pentru bărbați.

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. Față de 3,0% - 4,0% anual, cât s-a înregistrat în perioadele anterioare, din anul 2003 numărul pensionarilor de asigurări sociale de stat, a crescut mult mai lent, cu o rată anuală mai mică de 1,0%, ajungând chiar la 0,3% în 2005, cu o creștere la 0,5% în anul 2006, urmată de o ușoară scădere în anul 2007 și de o ușoară

creștere în anul 2008. Cu toate acestea, raportul pensionari-contribuabili a rămas critic, respectiv 970,6 pensionari la 1000 salariați la nivelul anului 2008.

În 2007, România a intrat în Uniunea Europeană fără a avea în vedere principiile recomandate de Uniunea Europeană. **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 că 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.**

Numărul pensionarilor de asigurări sociale de stat a crescut continuu. În paralel, numărul angajaților a scăzut aproape 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.

4.2.1. Vârsta legală de pensionare și tipurile de pensii acordate în România

În România, în sistemul public, conform art. 40 alin.(1) din Legea nr. 19/2000, se acordă următoarele categorii de pensii:

- a. pensia pentru limită de vârstă;
- b. pensia anticipată;
- c. pensia anticipată parțială;
- d. pensia de invaliditate;
- e. pensia de urmaș.

a.pensia pentru limită de vârstă

Pensia pentru limită de vârstă reprezintă pensia cea mai cunoscută și se acordă asiguraților care îndeplinesc, cumulativ, la data pensionării, condițiile privind vârsta standard de pensionare și stagiul minim de cotizare realizat în sistemul public (art. 41 alin. (1) din Legea nr. 19/2000).

La data adoptării Legii nr. 19/2000, vârsta standard de pensionare era de 57 de ani pentru femei și de la 62 de ani pentru bărbați. De aceea, actul normativ prevede creșterea eșalonată a vârstelor de pensionare până la 60 de ani pentru femei și 65 de ani pentru

bărbați, creștere care s-a aplicat de la data intrării în vigoare a legii și se va termina în anul 2015. În același interval de 14 ani este stabilită, în afară de creșterea vârstei standard de pensionare și majorarea stagiilor minime, respectiv complete de cotizare, atât pentru bărbați cât și pentru femei. Astfel, stagiul minim de cotizare atât pentru femei, cât și pentru bărbați, crește eșalonat de la 10 la 15 ani de la data intrării în vigoare a Legii nr. 19/2000 ; în timp ce stagiul complet de cotizare va ajunge la 30 de ani pentru femei și la 35 de ani pentru bărbați după anul 2015. **În perioada aprilie –iulie 2009, vârsta de pensionare pentru limită de vârstă va fi pentru femei va fi de 58 ani și 7 luni, iar pentru bărbați de 63 ani și 7 luni.**

b. pensia anticipată

Asigurații care au depășit stagiul complet de cotizare (stagiul complet de cotizare fiind de 30 de ani pentru femei și de 35 de ani pentru bărbați, potrivit art. 41 alin. 4 din Legea nr. 19/2000) cu cel puțin 10 ani pot solicita pensia anticipată cu cel mult 5 ani înaintea vârstelor standard de pensionare care sunt 60 de ani pentru femei și 65 de ani pentru bărbați (art. 49 alin. 1 din Legea nr. 19/2000).

Cuquantumul pensiei anticipate se stabilește în aceleași condiții cu cel al pensiei pentru limită de vârstă.

La împlinirea vârstelor standard de pensionare, pensia anticipată devine pensie pentru limită de vârstă și se recalculează prin adăugarea perioadelor asimilate și a eventualelor stagii de cotizare realizate în perioada de anticipare.

c. pensia anticipată parțial

Art. 50 alin.(1) din Legea nr. 19/2000 stabilește că asigurații care au realizat stagiile complete de cotizare, precum și cei care au depășit stagiul complet de cotizare cu până la 10 ani pot solicita pensie anticipată parțială cu reducerea vârstelor standard de pensionare cu cel mult 5 ani.

Cuquantumul pensiei anticipate parțiale se stabilește din cuquantumul pensiei pentru limită de vârstă prin diminuarea acestuia în raport cu stagiul de cotizare realizat și cu numărul de luni cu care s-a redus vârsta standard de pensionare.

La împlinirea vârstelor standard de pensionare prevăzute de lege, pensia anticipată parțială devine pensie pentru limită de vârstă.

d. pensia de invaliditate

Art. 53 alin.(1) din Legea nr. 19/2000 stabilește că au dreptul la pensie de invaliditate asigurații care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă din cauza:

- accidentelor de muncă, conform legii;

- bolilor profesionale și tuberculozei;
- bolilor obișnuite și accidentelor care nu au legătură cu munca.

În cazul în care invaliditatea s-a ivit ca urmare a unui accident de muncă, a unei boli profesionale, a tuberculozei, precum și în situația în care invaliditatea s-a ivit în timpul și din cauza îndeplinirii obligațiilor militare, asiguratul poate beneficia de pensie de invaliditate, indiferent de stagiul de cotizare.

Potrivit dispozițiilor art.54 din Legea nr. 19/2000, în raport cu cerințele locului de muncă și cu gradul de reducere a capacității de muncă, invaliditatea este de trei grade și anume:

- ◆ **Invaliditatea de gradul I**, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă, a capacității de autoservire, autoconducție sau de orientare spațială, invalidul necesitând îngrijire sau supraveghere permanentă din partea altei persoane. Acest tip de invaliditate este și cel mai grav și de aceea, potrivit art. 61 alin.(1), pensionarii de invaliditate încadrați în gradul I de invaliditate au dreptul, în afara pensiei, la o indemnizație pentru însoțitor, în quantum fix. Quantumul fix al acestei indemnizații pentru însoțitor se stabilește la nivelul salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată;
- ◆ **Invaliditatea de gradul II** se caracterizează prin pierderea totală a capacității de muncă, însă invalidul are posibilitatea să se autoservească, autoconducă și să se orienteze spațial, fără ajutorul altei persoane;
- ◆ **Invaliditatea de gradul III** se caracterizează prin pierderea a cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, invalidul putând să presteze o activitate profesională.

e. pensia de urmaș

Au dreptul la pensie de urmaș copiii și soțul supraviețuitor, dacă persoana decedată era pensionar sau îndeplinea condițiile pentru obținerea unei pensii (art. 65 din Legea nr. 19/2000).

Potrivit art. 66, **copiii** au dreptul la pensie de urmaș:

- până la vârsta de 16 ani;
- dacă își continuă studiile într-o formă de învățământ organizată potrivit legii, până la terminarea acestora, fără a depăși vârsta de 26 de ani;
- pe toată durata invalidității de orice grad, dacă aceasta s-a ivit în perioada în care se aflau în una dintre situațiile prevăzute la lit. a) sau b);

În situația **soțului supraviețuitor** trebuie precizat că:

- potrivit reglementărilor stabilite prin Legea nr. 19/2000, acesta are dreptul la pensie de urmaș pe tot timpul vieții, la împlinirea vârstei standard de pensionare, dacă durata căsătoriei a fost de cel puțin 15 ani (art. 67 alin.(1));
- în cazul în care durata căsătoriei este mai mică de 15 ani, dar de cel puțin 10 ani, quantumul pensiei de urmaș se diminuează cu 0,5% pentru fiecare lună, respectiv 6,0% pentru fiecare an de căsătorie în minus (art. 67 alin.(2) din Legea nr.19/2000);
- soțul supraviețuitor are dreptul la pensie de urmaș, indiferent de vârstă, pe perioada în care este invalid de gradul I sau II, dacă durata căsătoriei a fost de cel puțin 1 an (art. 68 alin.(1));
- soțul supraviețuitor – conform art. 68 alin.(2) din Legea nr. 19/2000 – are dreptul la pensie de urmaș, indiferent de vârstă și de durata căsătoriei, dacă decesul soțului susținător s-a produs ca urmare a unui accident de muncă, a unei boli profesionale sau tuberculozei și dacă nu realizează venituri lunare dintr-o activitate profesională pentru care asigurarea este obligatorie sau acestea sunt mai mici de o pătrime din salariul mediu brut pe economie;
- soțul supraviețuitor, care nu îndeplinește condițiile prevăzute la art. 67 și la art. 68 alin.(1) din Legea nr. 19/2000, beneficiază de pensie de urmaș pe o perioadă de 6 luni de la data decesului, dacă în această perioadă nu realizează venituri lunare dintr-o activitate profesională pentru care asigurarea este obligatorie sau acestea sunt mai mici de o pătrime din salariul mediu brut pe economie (art. 69 din Legea nr.19/2000);
- soțul supraviețuitor care are în îngrijire la data decesului susținătorului unul sau mai mulți copii în vârstă de până la 7 ani, beneficiază de pensie de urmaș până la data împlinirii de către ultimul copil a vârstei de 7 ani, în perioadele în care nu realizează venituri lunare dintr-o activitate profesională pentru care asigurarea este obligatorie sau acestea sunt mai mici de o pătrime din salariul mediu brut pe economie (art. 70 din Legea nr.19/2000);

Pensia de urmaș este condiționată de dreptul la pensie al susținătorului decedat și este diferențiată în raport cu numărul urmașilor care au dreptul la pensie.

Conform art. 71 alin.(1) din Legea nr. 19/2000, pensia de urmaș se calculează, după caz, din:

- pensia pentru limită de vârstă aflată în plată sau la care ar fi avut dreptul susținătorul decedat;
- pensia de invaliditate gradul I, în cazul în care decesul susținătorului a survenit înaintea îndeplinirii condițiilor pentru obținerea pensiei pentru limită de vârstă și era în plată cu pensie de invaliditate de orice grad, pensie anticipată, pensie anticipată parțială sau ar fi avut dreptul la una dintre aceste categorii de pensie;
- pensia de serviciu aflată în plată sau la care ar fi avut dreptul susținătorul decedat, dacă aceasta este mai avantajoasă decât pensia pentru limită de vârstă.

Quantumul pensiei de urmaș se stabilește prin aplicarea unui procent asupra punctajului mediu anual realizat de susținător, în funcție de numărul urmașilor îndreptățiți, astfel:

- pentru un singur urmaș - 50%;
- pentru 2 urmași - 75%;
- pentru 3 sau mai mulți urmași - 100%.

Quantumul pensiei de urmaș, în cazul orfanilor de ambii părinți, reprezintă însumarea drepturilor de urmaș, calculate după fiecare părinte.

Soțul supraviețuitor care are dreptul la o pensie proprie și îndeplinește condițiile pentru obținerea pensiei de urmaș după soțul decedat poate opta pentru cea mai avantajoasă pensie.

f. pensia socială minimă garantată

Prin O.U.G. nr. 6/2009 a fost instituită pensia socială minimă garantată la nivelul de 300 lei de la 1 aprilie și 350 lei de la 1 octombrie 2009.

Această pensie se determină ca diferență între aceste cuantumuri și nivelul pensiei aflat în plată, stabilit de Legea nr. 19/2000.

4.3. Raportul pensie-salariu, procentul cheltuielilor pentru pensii în produsul intern brut și rata de înlocuire¹³

În viitoarele decenii, Europa va face față uneia din cele mai mari provocări : veniturile provenite din asigurări scad pentru că populația în vârstă de muncă se reduce dramatic (de la 87,8% în 2025, la 71,5% în 2050 față de 2007) în timp ce numărul pensionarilor crește rapid. Îngrijorarea pentru viitorul pensionarilor a devenit principalul subiect de campanie electorală și de dispute politice în majoritatea țărilor europene.

În aceste condiții, valoarea pensiilor se va reduce treptat, avertizează portalul Investment and Pensions Europe. Potrivit datelor Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, un pensionar european câștigă, în medie, 69,0% din veniturile nete realizate în perioada activă. Cele mai dezavantajoase rapoarte între pensie și salariu sunt în Irlanda, 40,0% și Marea Britanie, 50,0%. La cealaltă extremă sunt grecii, care pot avea o pensie egală cu salariul. Aproape în aceeași situație sunt pensionarii din Ungaria, Luxembourg și Olanda. Specialiștii spun că în toate aceste cazuri pensiile sunt mari pentru că și vârsta de pensionare a fost majorată treptat. Altfel spus, oamenii au muncit mai mult, pentru a avea la bătrânețe un venit mai mare. În schimb, în țări precum Italia și Suedia, unde limita de vârstă n-a crescut, pensiile au scăzut de la 85,0% la 65,0% din veniturile salariale. Cert este ca tot mai multe state europene iau în considerare creșterea vârstei de pensionare, pentru că salariații nu mai au forța financiară să susțină numărul tot mai mare de vârstnici. De aceea, în următoarele decenii este posibil ca vârsta de pensionare să se apropie de 70 ani. În unele țări, precum Olanda, Finlanda și Suedia, asemenea inițiative nu sunt agreate.

Banca Mondială anunță, într-un studiu privind protecția socială, că, până în 2030, în România pensia de la stat va coborî la valoarea de aproximativ 30,0% din salariul mediu net. Pensiile publice vor ajunge să fie mai mici chiar decât contribuția virată de contribuabil timp de 35 de ani de muncă. Motivele acestei scăderi le reprezintă criza demografică și faptul că scade numărul contribuabililor la fondul de pensii și se acordă în exces pensii anticipate, de urmaș sau pentru invaliditate.

Așa cum reiese din Anexa nr.7, țările care alocă cel mai mare procent din **PIB** cheltuielilor cu pensiile sunt: Italia (14,7%), Austria (14,0%), Franța (13,2%), Portugalia

¹³ Rata de înlocuire este raportul dintre pensia medie a persoanelor cu vârsta între 65-74 ani și venitul mediu al persoanelor care lucrează cu vârsta între 50-59 ani

(13,0%), Germania(12,7%), Olanda(12,7%), Polonia (12,4%), Suedia (12,0%), Grecia (11,9%), Finlanda (11,0%). Acest procent al cheltuielilor cu pensiile este determinat atât de nivelul acestor beneficii cât și de procentul din populație care primește aceste beneficii.

Doar o parte din aceste țări se păstrează în primele 10 poziții și din punct de vedere al ratei de înlocuire: Italia (58,0%), Austria(61,0%), Franța(61,0%), Polonia(58,0%), Suedia (61,0%) (Anexa nr.8).

Ratele de înlocuire variază semnificativ de la o țară la alta (Suedia, Austria – 61,0%, până la Cipru – 29,0%) și diferă în funcție de sex, starea civilă, durata vieții active și sistemele de finanțare a pensiilor. Sistemele de pensii din Europa Centrală și Estică s-au confruntat cu schimbări specifice în tranziția de la economia de comandă la cea de piață, în România acest indicator a scăzut de la 65,0% la începutul anilor '90 la aproape 40,0% în 2007. Polonia și Slovenia au reușit un succes considerabil prin menținerea ratei de înlocuire la valoarea din anul 1989.

Până în anul 2050, se va înregistra o creștere importantă a numărului persoanelor vârstnice (Anexa nr.9) ceea ce va obliga statele să stabilească măsuri în vedere suplimentării fondurilor publice de pensii.

SĂNĂTATEA VÂRSTNICILOR

5.1. Aspecte generale

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 (OMS) 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.

5.2. 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 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 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%.

Din investigații rezultă că 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. Se remarcă că există o relație directă între vârsta respondenților și alegerea răspunsului ”stare bună de sănătate”.

Tabelul nr.8
-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.

5.3. 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 interievate 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 Statistică¹⁴, 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.9
-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
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

¹⁴ Datele privind starea de sănătate a vârstnicilor români au fost preluate din lucrarea "Condițiile de viață ale populației din România, în anul 2007", Institutul Național de Statistică, 2008

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 mediul rural își consideră starea de sănătate bună sau satisfăcătoare într-o proporție superioară celor din urban.

5.4. Indicatori statistici ai sănătății

5.4.1. 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 cursul ultimului secol, de la 47 ani la 79 ani. Se apreciază că va ajunge la 85 ani după anul 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 astfel¹⁵:

Tabelul nr.10¹⁴

- 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
<i>România¹⁶</i>	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).

¹⁵ Sursa: Bazele de date EUROSTAT pentru anul 2005 (ultimul an disponibil), cu indicatori statistici ai stării de sănătate

¹⁶ Pentru România nu sunt disponibili indicatorii: speranță de viață fără incapacitate și speranță de viață cu incapacitate la vârsta de 65 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.11 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 2005 – 2007 de 72,61 ani, respectiv 76,14 ani pentru femei și 69,17 ani pentru bărbați. În mediul urban, speranța de viață era de 73,34 ani (69,96 ani masculin, 76,64 ani feminin)., iar în mediul rural de 71,64 ani (68,13 ani masculin, 75,50 ani feminin).

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.

După 65 ani diferențele între sexe scad odată cu vârsta, la 85 ani ajungând în perioada 2005-2007 la 0,21 ani, față de 0,23 ani în perioada 1992-1994.

Tabelul nr.11
- ani -

Perioada	Vârsta (ani)	Total ¹⁷	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
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

¹⁷Numărul de ani estimat că îi mai are de trăit o persoană ajunsă la o anumită vârstă, prezentat de Institutul Național de Statistică din România.

Perioada	Vârsta (ani)	Total ¹⁸	Masculin	Feminin	Diferența (F-M)
	80	6,47	6,08	6,67	0,59
	85	4,63	4,47	4,67	0,20
2005-2007	65	15,66	14,10	16,94	2,84
	70	12,39	11,29	13,22	1,92
	75	9,47	8,77	9,94	1,18
	80	7,02	6,64	7,23	0,59
	85	5,15	4,99	5,19	0,21

Nivelul ridicat al mortalității masculine pe tranșele de vârstă de 60 ani și peste, a determinat o scădere a numărului de supraviețuitori (L_x^{19}) de sex masculin față de cel feminin, diferența între sexe menținându-se la toate tranșele de vârstă, în perioada 2005-2007 (tabelul nr. 12).

Tabelul nr. 12

	-număr-			
	L60	L70	L80	L90
Masculin	76.405	56.270	28.878	5.616
Feminin	88.849	76.938	49.169	11473

Pe regiuni, în perioada 2005 – 2007, durata medie a vieții (**speranța de viață**) în România s-a caracterizat prin:

- cea mai mare durată medie a vieții în zona București (74,41 ani), iar cea mai scăzută în regiunea Nord-Vest(71,76 ani).
- zona București a înregistrat cea mai lungă durată medie a vieții (70,93 ani bărbați și 77,57 ani femeile), iar regiunea Nord-Vest – mediul rural – cea mai scăzută durată medie a vieții (67,57 ani pentru bărbați și 74,47 ani pentru femei).
- cea mai mare diferență între durata medie a vieții în mediul urban și mediul rural s-a înregistrat în județul Dolj, respectiv 3,63 ani, iar cea mai mare diferență între sexe în județul Călărași, respectiv 8,25 ani.

¹⁸Numărul de ani estimat că îi mai are de trăit o persoană ajunsă la o anumită vârstă, prezentat de Institutul Național de Statistică din România.

¹⁹ Număr supraviețuitori de vârsta x – persoane din generația ipotetică de 100.000 născuți vii care mai sunt în viață la împlinirea vârstei de x ani.

- durata medie a vieții populației din localitățile urbane a fost mai mare decât în cele rurale, în majoritatea județelor, cu excepție în județele: Călărași, Ialomița, Mehedinți, Teleorman.
- cea mai mare durată medie a vieții s-a înregistrat în municipiul București (74,41 ani), iar cea mai scăzută în județul Satu Mare (69,46 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 aprecierea Raportului Național al Dezvoltării Umane (PNUD-2002), majoritatea indicatorilor care se referă la speranța de viață arată o tendință care îndepărtează *România* de standardele regionale și europene.

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

Tabelul nr.13
- decese la 100.000 locuitori-

Cauze de deces	2006		2007	
	Total	Persoane vârstnice (65 ani și peste)	Total	Persoane vârstnice (65 ani și peste)
Total	1.195,8	5.884,0	1.169,9	5.717,1
Boli ale aparatului circulator	742,8	4,296,0	717,4	4,126,9
Tumori	210,6	823,0	210,7	817,6
Boli ale aparatului respirator	58,7	270,0	58,8	269,1
Boli ale aparatului digestiv	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
Boli endocrine de nutriție și metabolism	10,3	50,9	11,1	53,9
Boli ale aparatului genito-urinar	10,9	53,0	10,7	51,8
Boli infecțioase și parazitare	11,6	19,4	11,0	20,6

Chiar dacă în ultimii ani numărul deceselor a înregistrat o ușoară scădere, această situație 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 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: plămâni, stomacul, prostata și pancreasul la bărbați; sânii, colul uterin, stomacul, plămâni 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 traumatice, 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. O dinamică pe cauze de deces este prezentată în tabelul nr.14.

Tabelul nr.14
- 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

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 traumatiche, 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.15):

Tabelul nr.15

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
Total	2.594.267	17,5	1.333.978	17,6	1.260.289	17,3
Bolile aparatului respirator	554.219	8,8	262.690	8,7	291.529	8,9
Bolile aparatului circulator	470.777	44,9	260.101	45,4	210.676	44,3
Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, ale țesutului conjunctiv	435.797	35,5	236.953	36,5	198.844	34,3
Bolile aparatului digestiv	275.008	19,1	136.086	18,8	138.922	19,4
Bolile aparatului genito-urinar	188.795	19,3	100.462	14,8	88.333	29,2
Bolile ochiului și anexelor sale	129.178	26,8	63.813	27,3	65.365	26,4
Boli endocrine, de nutriție și metabolism	115.930	21,0	64.650	21,1	51.280	21,0
Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	81.047	11,9	37.097	11,6	43.950	12,3
Bolile sistemului nervos	68.258	37,3	35.541	37,4	32.717	37,3
Bolile urechii și apofizei mastoide	65.152	17,0	31.674	17,3	33.478	16,7
Tulburări mentale și de comportament	59.488	25,8	34.841	25,8	24.647	25,9
Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor extene	54.276	17,4	22.288	19,4	31.988	16,3
Cauze externe de morbiditate și mortalitate	48.649	17,7	19.598	19,3	29.051	16,7
Bolile infecțioase și parazitare	43.602	6,3	20.706	6,4	22.896	6,3
Tumori	20.439	36,4	8.737	30,6	11.702	42,4
Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismelor de imunitate	17.386	9,6	10.245	9,9	7.141	9,3
Simptome, semne și rezultate anormale ale investigațiilor clinice și de laborator	14.754	17,5	8.005	17,5	6.749	17,4
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 în total 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%).

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

5.5.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.

5.5.1.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 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, suferind 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.

Din unct 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 incapacitate funcțională (53,0% Grecia, 22,0% Belgia). Mai concret, 32,0% din persoanele de 60-64 ani prezentau o boală cronică sau 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 Marea Britanie, 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%)

- o prietenii (6,0%)
- o vecinii (6,0%)
- o organizațiile umanitare (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.16):

Tabelul nr.16
-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

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.

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%).

5.5.2.Situția în România

Sintetic, în România situația se prezintă după cum urmează:

- Persoanele vârstnice²⁰ (65 ani și peste) au 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 2007²¹, 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 primite²² se situează în următoarele limite (tabelul nr.17):

Tabelul nr.17

-procente-

Foarte bună	8,2
Proastă	10,1
Satisfăcător	26,7
Bună	47,1
Foarte bună	7,9

În ceea ce privește aprecierea sistemului de îngrijire a sănătății, în anul 2006, la întrebarea:”Cum apreciați sistemul de îngrijire a sănătății din România?” , răspunsurile au fost următoarele (tabelul nr. 18):

²⁰ Datele privind repartizarea pacienților vârstnici români, pe medici specialiști au fost preluate din lucrarea ”Condițiile de viață ale populației din România”, Institutul Național de Statistică, 2006

²¹ Datele privind motivele pentru care vârstnici români, nu au putut apela la medicii specialiști sau stomatologi, deși au avut nevoie, au fost preluate din lucrarea ”Condițiile de viață ale populației din România”, Institutul Național de Statistică, 2008

²² Diagnoza calității vieții 2006, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, prof dr Ioan Mărginean

Tabelul nr.18
-procente-

Foarte bună	16,0
Proastă	31,0
Satisfăcător	31,0
Bună	18,0
Foarte bună	4,0

În ceea ce privește aprecierea sistemului de îngrijiri la domiciliu²³, persoanele vârstnice²⁴ 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%.

5.6.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.

²³ Principalele categorii de servicii comunitare de care au beneficiat persoanele vârstnice la domiciliu sunt: asigurarea medicației, igiena corporală, activități administrative (plata facturilor, piața), hrană, spălat haine, menaj, plimbare, masaj.

²⁴ Cercetarea realizată de Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice pentru a analiza modul în care este reglementat, organizat și funcționează sistemul de îngrijire la domiciliu la nivel național a cuprins un număr de 34 județe și a condus către conturarea unor concluzii care pot susține măsuri pentru dezvoltarea și extinderea rețelei de servicii comunitare la domiciliul persoanelor vârstnice.

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 beneficiază de 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, ajungând la 57% pentru grupul celor vârstnici.
- vârstnicii percep sprijinului social într-o manieră mai negativă decât tinerii.

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 – 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).

5.7. 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. 19):

Tabelul nr.19

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 totale cu sănătatea în PIB, prezentate de Organizația Mondială a Sănătății, în anul 2006, pentru unele țări europene au fost următoarele (tabelul nr. 20):

Tabelul nr.20

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.

ASISTENȚA SOCIALĂ ACORDATĂ VÂRSTNICILOR DIN ROMÂNIA

Sistemul serviciilor de asistență socială, care au ca obiectiv „refacerea și dezvoltarea capacităților persoanelor, familiilor, colectivității de a înțelege natura problemelor cu care se confruntă, identificarea soluțiilor constructive, dezvoltarea abilităților individuale și colective de a rezolva aceste probleme”, îndeplinește în principiu două funcții esențiale:

- oferă suport focalizat, profesionalizat și susținut de resurse pentru nevoi urgente speciale; acest suport este complementar sistemului de suport general și se acordă persoanelor lipsite de resursele elementare necesare pentru a face față unor nevoi acute;
- oferă suportul necesar pentru refacerea și dezvoltarea capacităților de a face față situațiilor dificile (bătrâni singuri, izolați). Prin această funcție se încearcă menținerea sau restaurarea capacității de viață autonomă.

Finanțarea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice se face din următoarele fonduri:

- *bugetare*, pe principiul împărțirii responsabilității între administrația publică centrală și cea locală;
 - *de la bugetul de stat*, pentru finanțarea activităților de asistență socială desfășurate de asociații și fundații române cu personalitate juridică, precum și de unitățile de cult recunoscute în România și alte cheltuieli prevăzute prin lege;
 - *de la bugetul local* pentru asigurarea serviciilor și infrastructura la nivelul comunității locale în situațiile prevăzute de lege;
- *din asigurările sociale de sănătate*, în condiții prevăzute de contractul – cadru pentru asistența medicală aprobat anual;
- *din contribuția lunară a persoanelor vârstnice*, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere (60% din veniturile personale lunare);
- *programe de finanțare externă*;
- *donații și sponsorizări provenind de la persoane fizice și juridice*.

Dreptul la asistența socială este garantat, în condițiile legii, pentru toți cetățenii români care au domiciliul sau reședința în România, fără nici un fel de discriminare. Persoanele au dreptul de a fi informate asupra conținutului și modalităților de acordare a măsurilor și acțiunilor de asistență socială. Drepturile la asistența socială se acordă la cerere sau din oficiu în conformitate cu prevederile legii.

Drepturile sociale ale persoanelor vârstnice sunt în prezent reglementate prin Legea nr.17/2000 – act normativ depășit de problematica situației actuale a acestei categorii de populație. În raport cu situația sociomedicală și cu resursele economice de care dispun, **persoanele vârstnice pot beneficia de servicii și prestații pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții.**

A. Prestatiile sociale de care beneficiază persoanele vârstnice sunt : **ajutorul social** (Legea nr. 416/2001 de venitul minim garantat cu modificările și completările ulterioare), **ajutoarele de urgență, ajutor pentru încălzirea locuinței** (O.U.G. nr. 5/2003 privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice), **ajutorul în caz de deces** (Legea nr.19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale) și **ajutorul lunar acordat soțului supraviețuitor** (Legea nr. 578/2004 și modificată prin Legea nr. 255/2007) și **pensia socială minimă garantată** (OUG nr.6/2009).

I.Începând cu 1 ianuarie 2008, conform **H.G.nr.11/2008** nivelul lunar al **venitului minim garantat** este de:

- 100 lei pentru persoana singură,
- 181 lei pentru familia formată din 2 persoane.

Cuquantumul ajutorului social se stabilește ca diferență între nivelurile prevăzute de actul normativ și venitul net lunar al persoanei singure sau al familiei.

II. Potrivit **OUG nr. 5 din 20 februarie 2003** privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice, aprobată prin Legea nr. 245/2003, cu modificările și completările ulterioare, sunt stabilite categoriile de persoane care beneficiază de aceste facilități - familiile și persoanele singure cu venituri reduse, care utilizează pentru încălzirea locuinței energie termică furnizată în sistem centralizat, gaze naturale și respectiv lemne, carbuni, combustibili petrolieri .

Acest ajutor pentru încălzirea locuinței se acordă **lunar, la cererea titularului, pe baza documentelor doveditoare** privind componența familiei și a declarației pe propria răspundere privind veniturile realizate de membrii acesteia în luna anterioară depunerii cererii, însoțită de actele doveditoare.

Pentru perioada noiembrie 2008 – martie 2009 limitele veniturilor și respectiv cele ale ajutoarelor acordate pentru acoperirea cheltuielilor pentru încălzirea locuinței au fost următoarele (tabelul nr. 21):

Tabelul nr.21

Venit per familie sau persoană singură (lei)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței furnizată în sistem centralizat (nivel de compensare al facturii)(%)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale (lei)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței cu lemne, cărbuni, combustibili petrolieri (lei)
< 155	90	262	54
155,1 - 170	80	162	48
170,1 - 210	70	137	44
210,1 - 260	60	112	39
260,1 - 310	50	87	34
310,1 - 355	40	62	30
355,1 - 425	30	44	26
425,1 - 480	20	31	20
480,1 - 540	10	19	16

Totodată a fost constituit Fondul social pentru acordarea unui ajutor suplimentar familiilor și persoanelor singure care utilizează gaze naturale pentru încălzirea locuinței și sunt beneficiare ale ajutorului pentru încălzirea locuinței în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 5/2003. Acordarea ajutorului suplimentar s-a realizat pentru perioada februarie-martie 2008 a fost aplicat și în perioada noiembrie-decembrie 2008, după cum urmează (tabelul nr. 22):

Tabelul nr.22

Venit per familie sau persoană singură (lei)	Ajutor suplimentar acordat pentru încălzirea locuinței furnizată în sistem centralizat (lei)
< 155	100
155,1 - 170	70
170,1 - 210	60
210,1 - 260	45
260,1 - 310	30
310,1 - 355	25
355,1 - 425	20
425,1 - 480	15
480,1 - 540	10

III. Soțul supraviețuitor al unei persoane care, la data decesului, avea calitatea de pensionar, după caz, în sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat sau în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori beneficiază, la cerere, în condițiile prevăzute de Legea nr. 578/2004 privind acordarea unui ajutor lunar pentru sotul supraviețuitor, modificată prin Legea nr. 255 din 19 iulie 2007, de **un ajutor lunar**.

Acesta se acordă soțului supraviețuitor care, la data solicitării, îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) este pensionar din sistemul public de pensii și are cel puțin vârsta standard de pensionare, prevăzută de Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare;
- b) nu beneficiază de pensie din alte sisteme neintegrate sistemului public;
- c) nu s-a recăsătorit după decesul soțului;
- d) durata căsătoriei cu soțul care a decedat a fost de cel puțin 10 ani;
- e) nu se află în una dintre situațiile prevăzute la art. 5 alin. (1) din Legea nr. 19/2000, cu modificările și completările ulterioare;
- f) are domiciliul pe teritoriul României.

În situația în care durata căsătoriei cu soțul care a decedat a fost mai mică de 10 ani, dar de cel puțin 5 ani, cuantumul ajutorului lunar se diminuează proporțional.

Cuantumul ajutorului lunar pentru soțul supraviețuitor este de:

- a) **90 lei lunar**, pentru soțul supraviețuitor care la data solicitării are cuantumul pensiei mai mic de 364 lei, în situația soțului supraviețuitor care beneficiază de pensie stabilită în baza prevederilor Legii nr. 19/2000, cu modificările și completările ulterioare, sau stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, precum și în situația soțului supraviețuitor care beneficiază atât de pensie stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, cât și în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori;
- b) **35 lei lunar**, pentru soțul supraviețuitor care la data solicitării are cuantumul pensiei mai mic de 140 lei, în situația soțului supraviețuitor care beneficiază numai de pensie stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori.

Fondurile necesare plății ajutorului lunar se suportă din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

IV. Asiguratul precum și membrul de familie al acestuia beneficiază de ajutor material în cazul decesului. Ajutorul în caz de deces pentru membrul de familie este de jumătate din cuantumul convenit pentru decesul asiguratului. Ajutorul se suportă din bugetul asigurărilor sociale de stat și se acordă, la cerere, pe baza certificatului de deces.

V. Pensia socială minimă garantată se acordă beneficiarilor sistemului public de pensii cu domiciliul în România, dacă nivelul cuantumului pensiei, convenit sau aflat în plată, se situează sub nivelul cuantumului pensiei sociale minime garantate, respectiv pentru anul 2009, de 300 lei (de la 1 aprilie) și de 350 lei (de la 1 octombrie).

B. Serviciile comunitare pentru vârstnici constau în :

- a) îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;
- b) îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;
- c) îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.

Din datele Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, la finele semestrului I - 2008 existau 76 **cămine pentru persoanele vârstnice** cu o capacitate totală de 6.178 locuri. În ceea ce privește persoanele cu dizabilități, în **instituțiile specializate (centre de îngrijire și asistență, recuperare și reabilitare)**, erau asistați 17.070 adulți din care circa 70,0% persoane vârstnice, dintr-un total de 608.129 de persoane, identificate și înregistrate la nivel național. Activitățile acestor unități sunt finanțate de la bugetele locale.

Organizațiile neguvernamentale aveau în anul 2008 un număr de 38 cămine cu o capacitate totală de 1.363 locuri, finanțarea activităților acestora efectuându-se din bugetul propriu și în parteneriat cu statul în baza Legii nr.34/1998.

Cantinele de ajutor social în număr de 111 au oferit în semestrul I 2008 un număr de 31.303 abonamente pentru hrană caldă celor cu venituri mici, din care 47,0% pentru persoane vârstnice, cheltuielile aferente fiind suportate de la bugetele locale.

De asemenea, potrivit datelor furnizate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale în anul 2003 au fost identificate un număr de 106 unități sanitare, cu un număr de 4.100 paturi, în 40 de județe ale țării, cu potențial pentru a fi transformate în unități de asistență medico-socială. La finele anului 2008, numai **84 unități** au primit fonduri pentru a fi reabilitate în unități medico-sociale și nu toate aceste unități sunt în funcțiune.

Această situație este departe de a satisface solicitările reale ale persoanelor vârstnice, care cu dificultate reușesc ca solicitările lor să fie satisfăcute favorabil. În prezent

există multe cereri în așteptare, aspect ce obligă persoanele respective să nu poată beneficia de un trai decent, supraviețuind din mila vecinilor sau a membrilor familiei lărgite, care și aceștia se confruntă cu mari dificultăți materiale și de locuit.

În România, propunerile venite din cercetarea socială cu privire la reorganizarea sistemului de asistență socială privesc: evaluarea globală a sistemului de asistență socială care să fie fundamentată de o diagnoză a nevoilor de asistență socială, eliminarea fragmentării sistemului și a responsabilităților lui, profesionalizarea serviciilor sociale, orientarea spre prevenirea crizelor, accentul serviciilor de asistență socială să fie direcționate spre grupurile de risc, printre care și bătrânii aflați în situații dificile etc. Totodată, aportul sectorului neguvernamental în acest domeniu nu este susținut suficient de la bugetul de stat prin subvenții consistente, care să asigure continuitatea programelor inițiate.

ÎMBĂTRÂNIREA POPULAȚIEI ȘI ACTIVIZAREA VÂRSTNICILOR

7.1. Conceptul “îmbătrânește și rămâi activ”

7.1.1. Îmbătrânirea demografică

Îmbătrânirea demografică a ridicat numeroase chestiuni de fond responsabililor politici. Cum ar trebui ajutate persoanele vârstnice să rămână independente și active? Cum sunt intensificate politicile de promovare a sănătății și prevenire a maladiilor, în special a celor care afectează persoanele vârstnice? Durata vieții a crescut, dar cum putem ameliora calitatea vieții pe parcursul bătrâneții? Numărul de persoane vârstnice în continuă creștere “va falimenta” sistemele de sănătate sau de securitate socială? Cum se poate obține un echilibru optim între familie și societate, atunci când e nevoie de ocuparea persoanelor vârstnice care au nevoie de ajutor? Cum recunoaștem rolul esențial pe care îl avem ajutând persoanele în vârstă și ce sprijin le putem furniza?

7.1.2. Îmbătrânirea mondială: un triumf dublat de o provocare

Îmbătrânirea demografică este o reușită a politicilor de sănătate publică, a dezvoltării economice și sociale și reprezintă una din cele mai mari victorii ale umanității, precum și una din cele mai mari provocări cu care trebuie să ne confruntăm. La începutul secolului 21, îmbătrânirea mondială impunea soluții economice și sociale în toate țările. Totodată persoanele vârstnice constituie o resursă importantă, dar adeseori necunoscută și neexploatăată, care își poate aduce contribuția în societate.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că țările își pot permite să îmbătrânească, dacă guvernele, organismele internaționale și societatea civilă ar adopta politici și programe care să ajute să “îmbătrânim și să rămânem activi”, adică să favorizeze sănătatea, participarea și securitatea cetățenilor vârstnici. Aceste politici și programe trebuie să se bazeze pe drepturile, nevoile, preferințele și capacitățile persoanelor vârstnice. În acest cadru

se justiciă să fie adoptată o perspectivă globală asupra vieții care să țină seama de influența stilului de viață avut asupra felului în care o persoană îmbătrânește.

Pretutindeni, dar mai ales în țările în curs de dezvoltare, măsurile ce privesc ajutorarea persoanelor vârstnice să rămână în bună sănătate și active economic sunt o necesitate, nu un lux.

a)Revoluția demografică

La nivel mondial ponderea persoanelor de 60 ani și peste, în total, a crescut mai rapid decât ponderea oricărui alt segment de vârstă. În anii 2025, respectiv 2050, numărul vârstnicilor va ajunge la 1,2 miliarde, respectiv 2 miliarde, cu 241,0%, respectiv 462,8% mai mult decât în 1975, reprezentând un procent de 15,1%, respectiv 21,7% în total, față de 8,6% în 1975 (Anexa nr.9).

În Europa, în anii 2025, respectiv 2050, numărul vârstnicilor va ajunge la 197,9 milioane, respectiv 225,4 milioane, cu 78,5%, respectiv 103,3% mai mult decât în 1975, reprezentând un procent de 28,0%, respectiv 34,5% în total, față de 16,4% în 1975 (Anexa nr.9).

Îmbătrânirea demografică semnifică diminuarea proporției copiilor și tinerilor și creșterea proporției persoanelor de 60 ani și peste. Pe măsură ce populația îmbătrânește, piramida demografică triunghiulară (2002), va fi înlocuită de o piramidă de formă cilindrică în 2025, baza, reprezentată de populația vârstnică, îngustându-se.

Îmbătrânirea demografică reprezintă în esență un joc de ponderi în ceea ce privește compoziția unei populații pe cele 3 grupe mari de vârstă: „tânără”, „adultă” și „vârstnică”. Creșterea numărului absolut al persoanelor vârstnice, oricât de mare ar fi acesta, dacă este urmată de creșteri similare și în rândul populațiilor tinere și adulte, nu constituie un proces de îmbătrânire demografică.

Scăderea ratelor de fertilitate și creșterea speranței de viață au constituit factorii principali ai fenomenului de îmbătrânire.Se estimează că până în 2025, 120 țări vor avea rate de fertilitate sub nivelul de înlocuire (respectiv sub 2,1 copii/femeie), iar în prezent 70 țări au rate de fertilitate sub acest nivel.

Urmare a acestui proces, ponderea persoanelor de 60 ani și peste și a persoanelor de 80 ani și peste este în creștere în toate țările europene ,așa cum rezultă din tabelul nr.23 și tabelul nr.24 .

Tabelul nr.23

Evoluția procentului persoanelor de 60 ani și peste

-procente-

Nr crt	Țara	2007	Țara	2025-2030	Țara	2045-2050
1	Franta	22,9	Italia	24,3	Italia	36,8
2	Suedia	22,1	Germania	23,4	Austria	34,7
3	Belgia	21,3	Suedia	23,2	Franta	32,9
4	Italia	21,1	Austria	21,9	Belgia	32,4
5	Marea Britanie ²⁾	20,8	Spania	21,5	Olanda	32,2
6	Spania	20,7	Letonia	21,1	Finlanda	32,0
7	Austria	20,1	Franta	20,7	Suedia	31,3
8	Danemarca	19,2	Grecia	20,4	Spania	30,9
9	Germania	18,8	Belgia	20,3	Danemarca	29,8
10	Finlanda	18,7	Danemarca	20,0	Marea Britanie ²⁾	29,8

Se observă că unele țări: Franța, Suedia, Belgia, Italia, Spania, Austria, Danemarca se vor menține în primele 10 poziții ca procent al populației de 60 ani și peste, cu oarecare oscilații, pe când Marea Britanie și Finlanda coboară în clasament în perioada 2025-2030, iar Germania în perioada 2045-2050.

Populația de 80 ani și peste va "exploda" în următorii ani, ajungând, la nivel mondial, în 2025 și 2050 la 160,2 milioane(2,0%), respectiv 394,2 milioane(4,3%) față de 31,5 milioane(0,8%) în 1975 și 94,2 milioane(1,4%) în 2007. În Europa, numărul persoanelor de 80 ani și peste, va atinge în 2025 și 2050, 37,2 milioane(5,3%), respectiv 62,8 milioane(9,6%) față de 11,9 milioane(1,8%) în 1975 și 27,8 milioane(3,8%) în 2007.

Tabelul nr.24

Evoluția procentului persoanelor de 80 ani și peste

-procente-

Nr crt	Țara	2007	Țara	2025-2030	Țara	2045-2050
1	Italia	5,6	Italia	8,4	Italia	15,2
2	Suedia	5,3	Germania	7,5	Austria	12,9
3	Franta	5,0	Austria	6,8	Spania	12,3
4	Belgia	4,9	Suedia	6,6	Slovenia	10,9
5	Germania	4,8	Spania	6,1	Franta	10,9
6	Austria	4,7	Belgia	6,1	Belgia	10,8
7	Marea Britanie ²⁾	4,5	Finlanda	6,1	Finlanda	10,5
8	Spania	4,5	Franta	6,0	Olanda	10,1
9	Finlanda	4,2	Latvia	5,9	Portugalia	9,9
10	Danemarca	4,2	Grecia	5,8	Suedia	9,7

Se constată că unele țări (Italia, Suedia, Franța, Belgia, Austria, Spania, Finlanda) se vor menține în primele 10 poziții ca procent al populației de 80 ani și peste, cu oarecare oscilații, pe când Marea Britanie și Danemarca coboară în clasament în perioada 2025-2030, iar Germania în perioada 2045-2050.

b) Rata de dependență de vârstă

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

Se pune întrebarea dacă un număr din ce în ce mai restrâns de persoane active economic pot să ofere “suport ” pentru un număr din ce în ce mai mare de persoane dependente economic, în special vârstnice.

Din tabelul nr. 25 se constată că din cele 10 țări care au cele mai ridicate poziții, în prezent, din punct de vedere al ratei de dependență al persoanelor vârstnice, doar Italia și Austria se mențin în acest clasament în toate perioadele următoare, Italia pe prima poziție, dublând în perioada 2045-2050, valoarea acestui indicator față de 2007.

Tabelul nr.25

Evoluția ratelor de dependență de vârstă

-procente-

Nr crt	Țara	2007	Țara	2025-2030	Țara	2045-2050
1	Italia	31,1	Italia	42,7	Italia	69,2
2	Germania	29,5	Finlanda	40,5	Spania	66,0
3	Grecia	27,1	Germania	38,2	Slovenia	60,1
4	Suedia	26,9	Malta	37,0	Cehia	58,3
5	Belgia	26,8	Belgia	37,0	Austria	55,0
6	Portugalia	25,9	Franta	37,0	Portugalia	54,6
7	Austria	25,6	Suedia	36,4	Grecia	53,9
8	Franta	25,4	Slovenia	36,1	Slovacia	53,6
9	Letonia	25,3	Austria	35,9	Bulgaria	53,1
10	Estonia	24,3	Cehia	34,4	Polonia	52,2

În prezent, rata de dependență de vârstă 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.10)

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 iulie 2008, rata de dependență a fost de 21,3%, iar pe regiuni: Sud-Muntenia (24,3%), Sud-Vest (23,6%), Nord-Est (21,5%) Sud-Est (21,1%), Vest (20,2), Centru (19,8%), Nord-Vest (19,6%) și București-Ilfov (19,3%).

Acest indicator este unul din cei mai importanți folosiți în evaluarea incidenței financiare a procesului de îmbătrânire asupra sistemului public de pensii.

Totodată, cea mai mare parte din persoanele vârstnice constituie o resursă indispensabilă pentru familie și comunitate. Mulți continuă să muncească în sectorul tradițional sau informal.

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 ani este activă economic sau toată populația cu vârstă de 65 ani și peste este retrasă din activitate.

Simultan trebuie aplicate politici și programe care să ajute vârstnicii să rămână activi, astfel încât să continue să lucreze în limita capacităților și preferințelor lor, pentru a preveni sau stopa incapacitățile și maladiile cronice, costisitoare pentru vârstnic, familie și sistemul de îngrijiri de sănătate.

7.1.3. “Îmbătrânește și rămâi activ”

a) Semnificația conceptului

Îmbătrânește și rămâi activ este un proces constant în scopul optimizării posibilităților de a rămâne în bună sănătate, de participare și securitate în scopul sporirii calității vieții²⁵ de-a lungul bătrâneții. Conceptul se aplică la toate persoanele vârstnice, individual și colectivităților. O bătrânețe activă permite persoanelor vârstnice să își mențină un potențial bun psihic, social și mental de-a lungul vieții lor și să se implice în societate conform

²⁵ Calitatea vieții – este percepția unei persoane despre locul său în societate, în contextul cultural și al sistemului de valori local, raportat la obiectivele, așteptările, normele și preocupările. Este vorba de un larg câmp conceptual, înglobând maniera complexă a stării fizice a unei persoane, starea sa psihologică, nivelul său de independență, relațiile sociale, credințele personale și relația sa cu specificul mediului său.

nevoilor, dorințelor și capacităților lor, într-un cadru de protecție, securitate și îngrijiri adaptate la nevoile lor.

Totodată, termenul de “activ” desemnează o implicație constantă în activități economice, sociale, spirituale, culturale și civice. De asemenea, persoanele vârstnice care acceptă să se retragă, cele care sunt bolnave sau handicapate fizic pot să continue să își aducă aportul în familie, lângă contemporani, în cadrul comunității. Ca termen “bătrânețea activă” permite tuturor persoanelor vârstnice, inclusiv celor care sunt fragile, cu handicap și au nevoie de îngrijire să își prelungească speranța de viață în bună sănătate²⁶. Conform definiției sănătății de către Organizația Mondială a Sănătății, în cadrul “bătrâneții active”, programele și politicile trebuie să favorizeze sănătatea mentală, legăturile sociale și starea de sănătate fizică.

Este primordial, în primul rând pentru persoanele vârstnice și în al doilea rând pentru politicieni, ca fiecare să rămână autonom²⁷ și independent²⁸. Persoanele vârstnice trăiesc printre alte persoane – prieteni, colegi vechi, vecini și membri de familie. De aceea principiile independenței și solidarității intergeneraționale sunt importante pentru o bătrânețe activă. Copiii de ieri sunt adulții de azi și vor fi bunicii de mâine. Calitatea vieții de care vor beneficia bunicii va depinde de circumstanțele pozitive și negative de la începutul existenței lor, precum și de formele de ajutor și sprijin furnizate lor de generațiile următoare atunci când vor avea nevoie.

Expresia “îmbătrânește și rămâi activ” a fost adoptată de la Organizația Mondială a Sănătății la finele anilor '90 și inițial a vrut să transmită un mesaj mai complet și anume că “îmbătrânește în bună sănătate” include, în afară de îngrijiri și sănătate, factori suplimentari care influențează modul în care îmbătrânește individul și populația.

Acest concept a fost precedat de recunoașterea drepturilor persoanelor vârstnice și a Principiilor²⁹ Națiunilor Unite aplicabile persoanelor vârstnice.

²⁶ Speranța de viață în bună sănătate – sau speranța de viață fără incapacități, se calculează de obicei la vârsta de 65 ani și reprezintă numărul mediu de ani, fără probleme de sănătate, pe care îi mai are de trăit o persoană ajunsă la această vârstă.

²⁷ Autonomia - este aptitudinea percepută de a stăpâni, ajusta și lua decizii privitor la viața sa personală, în conformitate cu propriile reguli și preferințe.

²⁸ Independența - este în mod general definită precum capacitatea achitării de sarcinile zilnice cotidiene, adică maniera de a rămâne independent în mediul său de domiciliu fără ajutor exterior sau cu un ajutor exterior minim.

²⁹ Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele de vârstă a III a sunt: independența, participarea, îngrijirea, auto-realizarea și demnitatea.

b) “Îmbătrânește și rămâi activ” în perspectiva globală a vieții

Pe măsură ce persoanele vârstnice îmbătrânesc, maladiile non-transmisibile devin principala cauză a morbidității, a incapacității și a mortalității în toate regiunile lumii. Maladiile non-transmisibile, care sunt în mod esențial maladiile bătrâneții (și se agravează pe măsură ce se avansează în vârstă), sunt costisitoare pentru individ, familie și finanțele publice. Este oricând posibilă evitarea sau întârzierea apariției numeroaselor maladii non-transmisibile. Dacă nu se face nimic pentru a preveni sau depăși dezvoltarea acestor maladii, ele vor genera enorme costuri umane și sociale care vor absorbi o cantitate disproporționată de resurse care ar putea fi utilizate pentru rezolvarea problemelor de sănătate pentru alte tranșe de vârstă. Printre principalele maladii non – transmisibile care afectează persoanele în vârstă, sunt: maladiile cardio-vasculare, hipertensiunea, accidentele vasculare cerebrale, diabet, cancer, bronho-pneumonie cronică obstructivă, afecțiuni osteo-musculare și deficiențele de vedere. Printre factorii de risc ce apar la vârsta adultă sunt: consumul de tutun, lipsa exercițiului fizic, alimentația dezechilibrată etc, aceștia determinând un risc mai mare de a contracta o maladie non-transmisibilă la o vârstă avansată.

c) Politici și programe în favoarea unei bătrâneți active

Elaborarea de politici și programe în sprijinul conceptului “îmbătrânește și rămâi activ”, este posibil să evidențieze provocările îmbătrânirii individului, dar mai ales a populației. Politicile vor urmări îndeaproape ca problema sănătății, a pieții forței de muncă, a angajărilor, a educației și a acțiunilor sociale să fie favorabile unei bătrâneți active, respectiv:

- ◆ mai puțini adulți vor muri prematur la cele mai înalte cote de productivitate ale existenței;
- ◆ mai puține persoane vârstnice vor suferi de incapacitățile asociate cu maladiile cronice;
- ◆ avantajul persoanelor vârstnice va fi o mai bună calitate a vieții;
- ◆ avantaje pentru persoane vârstnice participante la activități sociale, culturale și politice în societate, ca lucrători salariați sau nu;
- ◆ mai puține persoane vârstnice vor avea nevoie de tratamente medicale și servicii de îngrijire costisitoare.

Aplicarea politicilor și programelor care să favorizeze îmbătrânirea activă presupune asumarea de responsabilități personale (autoresponsabilizarea), adaptarea mediului la nevoile persoanelor vârstnice și solidaritatea intergenerațională.

Fiecare persoană și familie trebuie să se pregătească pentru bătrânețe, făcând eforturi personale pentru a adopta un stil de viață sănătos pe tot parcursul vieții.

Adoptarea de politici și programe favorabile unei bătrâneți active se justifică din punct de vedere economic, din punct de vedere al productivității și al scăderii cheltuielilor pentru îngrijiri.

Deși tendința actuală în unele țări este favorabilă pensionărilor anticipate, datorită politicilor sociale care încurajează persoanele să se pensioneze prea devreme, o dată cu fenomenul îmbătrânirii, se vor face presiuni mari ca aceste politici să fie modificate – în particular și cu atât mai mult dacă persoanele vârstnice și-au conservat starea de sănătate. Activitatea acestora ar contribui la compensarea creșterii cheltuielilor generate de pensii, precum și a cheltuielilor de ordin medical și social. Incapacitățile și starea de sănătate rea – asociate adesea persoanelor vârstnice sunt costisitoare. De aceea, o stare de sănătate bună în rândul persoanelor vârstnice ar putea conduce la o creștere mai puțin rapidă a cheltuielilor medicale.

7.1.4. Factorii de influență pentru o bătrânețe activă

Îmbătrânește și rămâi activ – este un concept care depinde de tot felul de factori care privesc individul, familia și țara.

Este util să studiem influența factorilor diverși asupra unei perspective globale a vieții pentru a profita de perioadele propice pentru a ameliora sănătatea, participarea și securitatea în diferite stadii ale vieții. De exemplu, se pare că stimularea și existența unei afecțiuni sigure pe parcursul copilăriei are influență asupra capacității de a învăța a individului și asupra aptitudinilor de socializare, influență pe care o va păstra de-a lungul vieții. Angajarea, care constituie un factor de-a lungul vieții adulte, are o influență considerabilă pentru pregătirea financiară pentru bătrânețe. Accesul la îngrijiri demne, de lungă durată și de calitate avansată este importantă pentru sfârșitul vieții. Adesea, ca și în cazul poluării, acești factori acționează asupra segmentelor de vârstă cele mai vulnerabile – tinerii și persoanele vârstnice.

Factorii de influență pentru o bătrânețe activă pot fi sintetizați după cum urmează:

a)Factori generali

Cultura este un factor determinat general care influențează toți ceilalți factori ai conceptului “îmbătrânește și rămâi activ”, având influență asupra manierei în care îmbătrânim. Valorile și tradițiile culturale determină într-o măsură importantă „grija” pe care societatea o acordă persoanelor vârstnice și procesului de îmbătrânire.

Cultura este un factor decisiv în ceea ce privește posibilitatea de a co-locui cu generațiile mai tinere.De asemenea, cultura influențează în sens larg comportamentele favorabile sănătății. De exemplu, comportamente potrivnice consumului de tutun se dezvoltă progresiv în anumite țări.

Există culturi diferite în cadrul aceleiași țării, între țări, precum și între regiuni ale planetei. În cadrul aceleiași țări, de exemplu, grupurile etnice diferite aduc o varietate de valori, atitudini și tradiții, îmbogățind cultura principală. Este important ca programele și politicile din cadrul unei țări să respecte cultura și tradițiile.Există, însă alte valori universal esențiale care sunt mai presus de cultură, cum ar fi etica și drepturile unei persoane.

Factorii de gen se referă la oportunitățile pe care diferite opțiuni politice, ca și efectele acestor opțiuni, le-ar putea avea asupra bunăstării atât a femeilor, cât și a bărbaților.

În multe societăți, femeile au o condiție socială inferioară, un acces mai restrâns la alimente hrănitoare, la educație, la un serviciu interesant sau la îngrijiri. Rolul tradițional al femeii de a avea în principal grijă de familie, ar putea contribui la faptul că femeile sunt mai sărace și într-o stare de sănătate mai proastă când ajung la vârste avansate.Unele femei sunt constrânse să își părăsească serviciul pentru a se ocupa de familie. Alte femei nu au acces la muncă remunerată deoarece au rolul de a-și ajuta în mod neremunerat familia - se ocupă de copii, de părinții vârstnici sau de soții bolnavi. La rândul lor, băieții și bărbații sunt mai susceptibili de a suferi de traumatisme și accidente de muncă, de a deceda în urma violenței. Ei adoptă comportamente periculoase – cum ar fi consumul de tutun, alcoolul și drogurile și se expun la riscuri de traumatisme.

b)Factori sanitari și sociali

Pentru a promova o ”bătrânețe activă”, sistemul sanitar trebuie să adopte o concepție globală asupra vieții în sprijinul îngrijirii sănătății, prevenirii bolilor, accesului echitabil la îngrijiri de calitate, primare și de lungă durată.

Serviciile sanitare și sociale trebuie să fie complete, coordonate de un bun raport preț-eficacitate. Nu trebuie să existe o discriminare legată de vârstă în prestarea serviciilor medicale, bolnavii de toate vârstele trebuind tratați cu demnitate și respect. Acestea constau în principal în :

⇒ Promovarea sănătății și prevenirea bolilor

Promovarea sănătății este un proces care permite persoanelor să își controleze sănătatea și să și-o amelioreze. Prevenirea bolilor presupune activități de prevenire și grijă față de maladiile specifice persoanelor vârstnice: maladiile non-transmisibile și traumatismele. Prevenirea cuprinde în primul rând sectorul primar (ex:evitarea consumului de tutun), sectorul secundar (depistarea precoce a maladiilor cronice) și sectorul terțiar (îngrijirea clinică specifică bolilor). Toate aceste activități contribuie la reducerea riscului de incapacitate. Strategiile de prevenire a bolilor – care se pot aplica și bolilor infecțioase – permit economii la toate vârstele. Un exemplu de economisire îl poate constitui și vaccinarea contra gripei la persoanele vârstnice.

⇒ Servicii curative

În ciuda tuturor eforturilor implicate pentru promovarea sănătății și prevenirea maladiilor , riscul contractării acestora crește o dată cu vârsta. De aceea accesul la servicii de îngrijire curative a devenit indispensabil. Persoanelor vârstnice ar trebui să le fie oferite în principal servicii curative de către sectorul primar. Sectoarele secundar și terțiar îngrijesc bolnavii cronici și urgențele. În cele din urmă, evoluția mondială a ratei de morbiditate care se deplasează spre bolile cronice impune trecerea de la modelul ”descoperă și repară” la un ansamblu de servicii coordonate și complete. Această evoluție impune reorientarea structurilor actuale ale sistemelor de sănătate pentru a se ocupa de episoadele acute ale bolilor. Modelele actuale de prestații de servicii de sănătate sunt neadaptate pentru a răspunde nevoilor unei populații care îmbătrânește rapid.

Pe măsură ce populația îmbătrânește, cererea de medicamente destinate întârzierii aparițiilor bolilor cronice și tratării lor, liniștirea suferinței și ameliorarea calității vieții, va

crește. Pentru aceasta trebuie intensificate eforturile de a crește accesul la medicamentele esențiale, sigure și ieftine și pentru o mai bună garantare a folosirii corecte, eficiente și economice a medicamentelor actuale și noi. Partenerii acestei acțiuni ar trebui să fie guvernul, profesioniștii în domeniul sănătății, industria farmaceutică, angajații și asociațiile ce reprezintă persoanele vârstnice.

⇒ **Îngrijirile de lungă durată**

Îngrijirile de lungă durată sunt formale și informale. Structurile formale cuprind o paletă largă de servicii colective (servicii de sănătate publică, de îngrijire primară, de îngrijire la domiciliu, de îngrijire paleativă și readaptare), servicii de îngrijire la domiciliu și în centre de îngrijire paleative. Îngrijirile de lungă durată vizează în mod egal oprirea sau involuția unei maladii sau a unei incapacități.

⇒ **Servicii de sănătate mentală**

Serviciile de sănătate mentală, care joacă un rol activ în bătrânețea activă, trebuie să facă parte din serviciile de îngrijire de lungă durată. Rata sinuciderilor și faptul că maladiile mentale (cu precădere depresia) sunt nediagnosticsate la persoanele vârstnice necesită o atenție deosebită.

c) Factori comportamentali

Este important ca în toate etapele existenței să adoptăm un mod de viață favorabil sănătății și participării active la propria îngrijire. Unul din miturile bătrâneții constă în ideea că este o perioadă a vieții în care e prea târziu să adopți un stil de viață favorabil sănătății. Dimpotrivă, cu o activitate fizică adecvată, mâncând sănătos, nefumând, folosind alcoolul și medicamentele cu moderație, se pot evita bolile și declinul funcțional, care pot crește longevitatea și ameliora calitatea vieții.

⇒ **Fumatul**

Consumul de tutun este una din cauzele de risc pentru maladiile non-transmisibile și este una din principalele cauze evitabile ale deceselor premature. Consumul de tutun crește riscul contractării bolilor – cum ar fi cancerul de plămân și are un efect negativ asupra factorilor care pot determina principalele capacități funcționale. De exemplu, fumatul accelerează pierderea densității osoase, accentuează declinul forței musculare și al funcției respiratorii.

Cercetările asupra efectelor folosirii tutunului evidențiază faptul că fumatul constituie un factor de risc pentru un număr mare de maladii și lista este în creștere, iar efectele sale nefaste sunt cumulative și de lungă durată. Riscul contractării unei maladii asociată cu fumatul crește în funcție de durata și de cantitatea de tutun consumată.

Renunțarea la fumat, are numeroase efecte pozitive, care nu țin de vârstă. Nu e niciodată prea târziu să renunți la fumat. De exemplu, riscul de accident cerebral se diminuează după 2 ani de abținere, iar după 5 ani de abținere este identic cu cel al unei persoane care nu a fumat niciodată. Pentru celelalte maladii, cum ar fi cancerul de plămân și onho-pneumatiile cronice obstructive, în cazul renunțării la fumat, riscul scade lent. Fumatul poate modifica efectele tratamentelor necesare. Expunerea la fumat poate în mod egal avea un efect negativ asupra sănătății persoanelor vârstnice, mai ales dacă ele suferă de astm și de alte afecțiuni respiratorii.

⇒ **Activitatea fizică**

Practicarea cu regulatitate a unei activități fizice poate implica declinul funcțional și reduce riscul bolilor cronice, atât la persoanele vârstnice în stare bună de sănătate ca și la bolnavii cronici. De exemplu, o activitate fizică moderată reduce la 20,0% riscul de deces cardiac la persoanele care suferă de o cardiopatie declarată. Aceasta poate sensibil atenua gravitatea incapacităților legate de cardiopatii și de alte afecțiuni cronice. La persoanele care și-au menținut o viață activă, sănătatea mentală e mai bună și contactele sociale sunt adesea favorizate. “A rămâne activ” ajută persoanele vârstnice să rămână independente cât mai mult timp posibil și poate de asemenea reduce riscul atelor. Menținerea unei activități fizice aduce și avantaje economice. Persoanele vârstnice handicapate au cea mai mare tendință de a fi inactive. Politicile și programele ar trebui să le dea posibilitatea și să îi incite pe cei inactivi să devină mai activi la bătrânețe. În acest scop este deosebit de important de a le pune la dispoziție zone unde se pot deplasa în maximă siguranță și mai ales de a sprijini activități culturale adaptate să stimuleze activitatea fizică, care să fie organizate și conduse de însăși persoane vârstnice. Sfatul specialiștilor este de a trece de la inactivitate la o anumită activitate și participarea la programe de readaptare fizică care să îl ajute pe vârstnic să își regăsească mobilitatea, reprezintă inițiative eficiente și rentabile.

⇒ **O alimentație sănătoasă**

Printre problemele de nutriție și securitate alimentară figurează, la toate vârstele sub-nutriția și sub-consumul de calorii. La persoanele vârstnice, malnutriția poate avea tot felul de

cauze: accesul limitat la alimente, dificultățile socio-economice, ignorarea problemelor de nutriție, proasta igienă alimentară (ex: consumul de alimente prea grase), consumul de droguri, pierderea dinților, izolarea socială, incapacitatea cognitivă și fizică de a cumpăra alimente și de a le găti, situații de urgență și lipsa exercițiului fizic.

Consumul excesiv de calorii crește foarte mult riscul de obezitate, de maladii cronice și de incapacitate la persoanele vârstnice.

Un regim alimentar foarte gras (grăsimi saturate) și sărat, sărac în fructe și legume, care nu oferă un raport suficient de fibre și vitamine, conjugat cu un mod de viață sedentar constituie un factor de prim risc pentru afecțiunile cronice precum: diabetul, maladiile cardiovasculare, hipertensiunea, obezitatea, artrita și cancer.

Pe parcursul bătrâneții, aportul insuficient de calciu și vitamina D este asociat cu pierderea densității osoase și de aici cu creșterea numeroasă de fracturi, costisitoare și debilitante, cu precădere la femeile vârstnice. În populațiile unde incidența fracturilor este ridicată, ea ar putea fi redusă cu un aport suficient de calciu și vitamina D.

⇒ **Sănătatea buco-dentală**

O stare proastă a sănătății buco-dentale, care se traduce prin prezența cariilor și a maladiilor paradontale, prin pierderea dinților și cancer – antrenează și alte probleme de sănătate generală. Aceste probleme generează o povară financiară pentru individ și societate și pot diminua încrederea în sine și calitatea vieții persoanelor vârstnice. Studiile arată că o sănătate buco-dentară slabă este asociată cu malnutriția și că persoanele care suferă sunt cu predilecție expuse diverselor maladii non-transmisibile. Programele de promovare a sănătății buco-dentale și prevenirea cariilor concură pentru a încuraja persoanele să își păstreze dinții naturali, necesitând intervenții pe tot parcursul vieții. Problemele de sănătate buco-dentare sunt responsabile de afecțiuni dureroase și de o calitate mai scăzută a vieții, astfel îngrijirea dentară de bază și protezele dentare accesibile sunt indispensabile.

⇒ **Alcoolul**

Chiar dacă la persoanele vârstnice tendința de a consuma alcool e mai scăzută ca la tineri, evoluția metabolismului care însoțește înaintarea în vârstă crește sensibilitatea lor față de maladii legate de alcool, cu precădere malnutriția și bolile hepatice, gastritele și pancreatitele. Persoanele vârstnice sunt expuse accidentelor și traumatismelor legate de consumul de alcool, cum ar fi potențialul pericol cauzat de combinația alcool-medicamente.

Serviciile de dezintoxicare alcoolică ar trebui oferite persoanelor vârstnice la fel cum sunt oferite celor tinere.

⇒ **Medicamentele**

Persoanele vârstnice suferă adesea de afecțiuni cronice, ele au nevoie de medicamente – la vânzare liberă sau pe bază de prescripție. În cea mai mare parte a țărilor, persoanele vârstnice cu venituri modeste nu sunt asigurați, de aceea cea mai mare parte a resurselor lor insuficiente se îndreaptă spre medicamente cu preț integral.

⇒ **Urmărirea tratamentelor**

În ceea ce privește maladiile cronice legate de bătrânețe, nu este suficient pentru un bolnav să aibă acces la medicamentele necesare, trebuie urmărit strict tratamentul pe toată durata sa. Observarea tratamentului include adoptarea și menținerea unui larg evantai de comportamente (alimentație sănătoasă, activitate fizică, absența tabagismului), precum și cantitatea de medicamente prescrisă de un profesionist.

d)Factori personali

⇒ **Biologia și genetica**

Biologia și genetica au un mare grad de influență asupra manierei în care o persoană îmbătrânește. Bătrânețea se poate defini ca o alterare generală progresivă a funcțiilor antrenând pierderea răspunsului la stimuli, pe măsură ce crește riscul de patologie asociat vârstei. Cu alte cuvinte, persoanele vârstnice se îmbolnăvesc mai degrabă decât cele tinere, deoarece au fost expuse mai mult timp factorilor externi, comportamentali și de mediu provocatori de maladii.

Deoarece nu există o legătură de cauzalitate între genetică și boală, cauza numeroselor boli este legată mai mult de mediul exterior decât de genetică sau de factorii interni.

Trebuie sesizat că deși în unele familii există o tendință de longevitate, pentru o anumită persoană, succesiunea de perioade de sănătate cu cele de boală este rodul unei combinații de factori genetici, de mediu, nutriționali, legați de stilul de viață și într-o largă măsură de factorul șansă.

De fapt, influența factorilor genetici asupra afecțiunilor cronice, precum diabetul, cardiopatiile, maladia Alzheimer și anumite tipuri de cancer variază de la un individ la altul. Adesea comportamentele legate de modul de viață, de capacitățile personale de a face față

existenței într-o rețea de rude și prieteni, poate, în practică modifica influența eredității asupra declinului funcțional și apariției maladiei.

e)Factori psihologici

Factorii psihologici, printre care inteligența și capacitățile cognitive, constituie indicatori puternic predictivi ai bătrâneții active și ai longevității. În cursul unei bătrâneți normale, unele capacități cognitive (viteza cu care se asimilează și memoria), scad de o manieră naturală cu vârsta. Câteodată aceste pierderi pot fi compensate de câștiguri: înțelepciunea, cunoștințele și experiența. Câteodată, deteriorarea funcțiilor cognitive este provocată de non-utilizare (lipsa practicii), boli (ex - depresia), factori comportamentali (folosirea alcoolului și a medicamentelor), factori psihologici (lipsa de motivație și de încredere) și factori sociali (izolarea), mai degrabă decât de procesul de îmbătrânire.

Alți factori psihologici dobândiți pe parcursul vieții au o influență notabilă asupra manierei în care îmbătrânim. Auto-eficacitatea este legată de alegeri personale de comportament la bătrânețe și pregătirea pentru retragere.

f)Factori care privesc dezvoltarea fizică

Un mediu fizic mai bun poate face diferența între independență și dependență pentru toți indivizii, dar o importanță deosebită revine vârstnicilor. Astfel, acei vârstnici care locuiesc în medii periculoase și în zone cu multiple obstacole fizice vor fi mai puțin tentați să iasă și vor fi mai degrabă subiecți de izolare, depresie și li se vor agrava problemele de mobilitate.

O atenție particulară trebuie acordată persoanelor vârstnice ce locuiesc în mediul rural unde morbiditatea poate fi diferită din cauza condițiilor de mediu și a lipsei de asistență. Urbanizarea și exodul tinerilor în cautare de angajare riscă să izoleze persoanele vârstnice în mediul rural, unde au mai puține mijloace de sprijin și puțin sau de loc acces la serviciile sociale și sanitare.

Serviciile de transport în comun accesibile și ieftine sunt indispensabile în zonele rurale ca și în cele urbane, pentru ca persoanele vârstnice (și în special cele cu probleme de mobilitate) să participe deplin la viața de familie și cea locală.

Pericolele prezentate de mediul fizic ar putea fi la originea traumatismelor debilitante și dureroase la persoanele vârstnice. Căderile, incendiile și accidentele de circulație sunt cauzele cele mai frecvente.

⇒ **O locuință sigură**

O casă și o vecinătate sigură și adecvată sunt esențiale pentru starea de bine a persoanelor vârstnice. Amplasarea locuinței, apropierea de membrii familiei, de serviciile și mijloacele de transport, poate face diferența între o interacțiune socială pozitivă și izolare. Normele de construcție a locuinței trebuie să țină cont de nevoile persoanei vârstnice în privința sănătății și siguranței. Tot ce sporește riscul căderilor în interiorul locuinței și reprezintă un element de pericol, trebuie modificat sau suprimat.

În lumea întreagă, persoanele vârstnice au o tendință din ce în ce mai mare de a locui singure, în special femeile, care sunt în principal văduve, adesea și sărace.

⇒ **Accidentele**

Accidentele la persoanele vârstnice sunt originea unui număr crescut și în creștere de decese și traumatisme, generând cheltuieli medicale. Unele pericole legate de mediu agravează riscul căderilor, iar pentru pietoni – o slabă iluminare, solul neregulat sau glisant și absența rampelor. Cel mai adesea, căderile se produc la domiciliu și sunt evitabile

Traumatismele au consecințe grave la persoanele vârstnice. În urma acestora, persoanele vârstnice au o incapacitate mare, o spitalizare lungă, perioade de adaptare prelungite, un risc mare de a deveni apoi dependente și un risc ridicat de deces.

⇒ **Apa pură, aerul nepoluat și alimentația sănătoasă**

Este deosebit de important ca persoanele cele mai vulnerabile – persoanele vârstnice – îndeosebi cele care suferă de maladii cronice și au un sistem imunitar deficient, să respire un aer nepoluat, să aibă acces la apa pură, la alimentație sănătoasă, fără nici un risc.

g)Factori care privesc mediul social

Sprijinul social, posibilitățile de educație și de formare permanentă, precum și protecția contra violenței și abuzului sunt factori fundamentali de mediu social care favorizează sănătatea, independența și participarea persoanelor vârstnice la viața socială. Pentru ele, singurătatea, izolarea socială, lipsa de instruire, violența și situațiile de conflict multiplică riscul de incapacitate și deces precoce.

⇒ **Sprijinul social**

Sprijinul social insuficient este asociat nu numai cu creșterea mortalității, morbidității și pericolului psihologic, dar și într-o manieră generală, cu o stare de sănătate și de bine mai

slabă. Modificările în legăturile personale, izolarea, relațiile conflictuale sunt surse majore de stres, iar relațiile de sprijin social și de apropiere sunt surse vitale de forță psihică.

Persoanele vârstnice riscă mai mult să piardă ființele dragi și prietenii, fiind mai expuși singurătății și izolării sociale. În cursul bătrâneții, izolarea socială și singurătatea sunt legate de declinul stării de bine, a forței fizice și mentale.

În cea mai mare parte a societăților, persoanele vârstnice, în special femeile, nu au o rețea de sprijin social, iar în unele părți, văduvele vârstnice sunt în mod sistematic excluse din organismele sociale și în același timp respinse de comunitate.

Decidenții - organizații non-guvernamentale și instituțiile responsabile - pot ajuta la constituirea de rețele sociale pentru persoanele vârstnice și pot să susțină structurile tradiționale, mișcările asociative organizate de persoanele vârstnice, voluntariatul, reciprocitatea, sfaturile, vizitele între persoane din aceeași generație, îngrijitorii familiali și acțiunile de colaborare.

⇒ **Violența și abuzul**

Persoanele vârstnice care sunt fragile sau locuiesc singure se pot simți vulnerabile în fața furtului și agresiunilor. Dar abuzul din partea membrilor de familie și al îngrijitorilor sunt forme curențe de violență împotriva persoanelor vârstnice. Abuzul asupra vârstnicilor este un fenomen independent de nivelul economic al familiei în care se produc. Aceste acțiuni tind să se intensifice în societățile aflate în criză economică, deoarece nivelul de criminalitate și exploatare tinde să crească.

Abuzul persoanelor vârstnice poate să se traducă prin agresiune psihică, sexuală, psihologică și materială, ca și prin neglijență. Pentru persoanele vârstnice, abuzul include următoarele aspecte sociale: neglijență (excluziune socială și abandon), violarea drepturilor și privarea (de alegere, de decizie, de statut, de finanțe și respect). Abuzul asupra persoanelor vârstnice constituie o violare a drepturilor lor și o cauză importantă de traumatisme, boli, izolare și disperare.

Pentru a reduce abuzul asupra vârstnicilor este necesar un demers multisectorial și multidisciplinar, implicând magistratura, poliția, cadrele sanitare și sociale, părinții spirituali, instituțiile religioase, asociațiile neguvernamentale și chiar persoanele vârstnice. Eforturile susținute se impun pentru a sensibiliza opinia publică și pentru a preveni atitudinile gerontofobe și violența.

⇒ **Educația**

La persoanele vârstnice, nivelul scăzut de educație este asociat cu riscuri crescute de incapacitate. Educația primită în copilărie, conjugată cu posibilitățile de formare pe parcursul vieții, poate oferi persoanelor vârstnice aptitudini cognitive și de încredere pentru a se adapta și rămâne independente.

Studiile arată că dacă persoanele vârstnice întâmpină dificultăți în muncă e cel mai adesea din cauza lipsei cunoștințelor de bază decât a vârstei.

Ca și tinerii, vârstnicii au nevoie de a se adapta noilor tehnologii și la mijloacele de comunicare electronică. Învățarea auto-dirijată, avantajele exercițiului practic și a aranjamentelor speciale (ex: utilizarea caracterelor mari pentru textele imprimare) pot compensa declinul acuității vizuale, auzului și memoriei. Persoanele vârstnice pot rămâne creative și deschise. Prin învățare reciprocă, generațiile se apropie și valorile lor culturale se transmit mai bine. Studiile arată că tinerii care învață cu vârstnicii au o atitudine mai pozitivă și mai realistă vis-a-vis de aceștia.

h)Factori economici

Trei factori prezenți în mediul economic condiționează în mod deosebit bătrânețea activă:veniturile, protecția socială și munca.

⇒ **Veniturile**

Politicile favorabile unei bătrâneți active trebuie să se înscrie într-un ansamblu mai larg de acțiuni care să asigure reducerea sărăciei la toate vârstele. Dacă săracii de toate vârstele sunt mai expuși riscului de boală și incapacitate, persoanele vârstnice sunt în mod particular vulnerabile în acest domeniu. Multe persoane vârstnice și îndeosebi femeii care locuiesc singure, mai ales în mediul rural, nu au venituri suficiente și stabile. Astfel, este compromis accesul lor la: alimente hrănitoare, locuință adecvată și îngrijiri de sănătate. Studiile arată că persoanele vârstnice cu venituri reduse au un nivel considerabil mai scăzut de autonomie, decât cele care dispun de venituri substanțiale.

Cele mai vulnerabile sunt persoanele vârstnice, femeii și bărbații, care nu posedă proprietăți, au puține economii, nu primesc pensie sau ajutor social și au familii cu venituri slabe sau instabile. Cei care nu au copii sau familie au adesea un venit incert și riscă să fie săraci sau să nu aibă domiciliu.

⇒ **Protecția socială**

În toate țările, familiile asigură sprijinul esențial de care au nevoie persoanele vârstnice. Oricum, pe măsură ce societățile evoluează și începe să dispară obiceiul de a locui mai multe persoane din generații diferite sub același acoperiș, guvernele sunt nevoite să elaboreze mecanisme de protecție socială a persoanelor vârstnice care nu sunt în măsură să se întrețină, sunt singure și vulnerabile.

De regulă, prestațiile sociale pot lua forma: pensiilor, regimurilor complementare de retragere organizate de angajator, stimularea economiilor, fondurile de contribuții obligatorii, economii obligatorii pentru: boli, invaliditate și dependență.

În cursul ultimilor ani, reformele aplicate sunt favorabile unui ansamblu diversificat de regimuri de retragere din activitate care combină sprijinul public și privat de anticipare a bătrâneții, favorizează prelungirea carierei și întreruperea progresivă a activității.

⇒ **Munca**

În toate țările, este din ce în ce mai evidentă necesitatea de a susține contribuția activă, pe care persoanele vârstnice o pot aduce și o aduc efectiv în sectorul formal și informal, activitățile ne-remunerate la domiciliu și ocupațiile voluntare.

În multe țări, persoanele vârstnice calificate și experimentate muncesc benevol în școli, colectivități, instituții religioase, companii și structuri politice și sanitare. Prin aceste activități, persoanele vârstnice au multiple contacte sociale, își îmbunătățesc starea psihologică de bine și cu această ocazie își aduc o contribuție apreciabilă în cadrul comunității lor.

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 au declarat că duc o viață sănătoasă (peste medie, mai mult decât grupele de vârstă tinere);
- 85,0% din persoanele de peste 55 ani au declarat 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%.

7.1.5.Provocarea unei populații îmbătrânite

Îmbătrânirea demografică lansează provocări mondiale, naționale și locale. Pentru a le depăși se va impune o planificare inovatoare și o reformă fundamentală a politicilor sociale și medicale.

a) Riscul de incapacitate

Bolile cronice constituie cauzele importante și costisitoare de incapacitate și de o calitate mai slabă a vieții. Independența unei persoane vârstnice este amenințată de incapacități fizice și mentale.

Pe măsură ce avansează în vârstă, persoanele care suferă de incapacități, riscă să întâlnească obstacole suplimentare legate de bătrânețe. De exemplu, problemele de mobilitate cauzate de o poliomielită contractată în timpul copilăriei se pot agrava în cursul bătrâneții. Acum un număr mare de persoane suferind de handicap mental ajung la vârste avansate și trăiesc mai mult ca părinții lor, de aceea, factorii de decizie trebuie să acorde o

atenție specială acestui grup. Incapacitățile sunt datorate vârstei, uzurii, apariției unei boli cronice care ar putea fi evitate (cancerul de plămân, diabetul, maladiile vasculare periferice) sau maladiile degenerative (de exemplu:demența). Riscul de incapacitate majoră fizică și cognitivă crește foarte sensibil cu vârsta. Astfel, este semnificativ faptul că la nivel mondial, grupul celor de 80 ani și peste crește cel mai repede.

Factorii care pot determina evitarea sau involuția incapacităților asociate cu vârsta și apariția maladiilor cronice sunt: nivelul de educație, ameliorarea nivelului de viață, o mai bună stare de sănătate la începutul vieții, adoptarea unui comportament și a unui stil de viață favorabil sănătății (exemplu: a alege să nu fumezi și creșterea activității fizice reduce sensibil riscul cardiopatiei și al altor maladii).

Schimbările de mediu favorizează sănătatea și au, de asemenea, o mare importanță pentru a preveni incapacitățile și pentru a reduce restricțiile de care suferă adesea persoanele handicapate. Îngrijirea afecțiunilor cronice a înregistrat remarcabile progrese, în special grație noilor tehnici de diagnostic, tratament precoce și de gestionare a durerilor în afecțiunile cronice (exemplu: hipertensiunea și artrita). Studii recente subliniază că utilizarea în creștere de către persoanele vârstnice a materialelor auxiliare, precum: bastonul, cadrul sau a rampei, precum și a tehnologiilor moderne (cum ar fi telefonul, televizorul) - reduc gradul de dependență al persoanelor handicapate.

⇒ **Acuitatea vizuală și auditivă**

Pierderea acuității vizuale și auditive figurează printre incapacitățile legate în mod frecvent de procesul avansării în vârstă. La nivel mondial, 180 milioane persoane suferă de afecțiuni vizuale, din care 45 milioane suferă de orbire. Cei mai mulți din aceștia sunt persoane vârstnice, deficiențele vizuale și orbirea crescând cu vârsta. Principalele cauze legate de orbire și deficiențe vizuale legate de vârstă sunt: cataracta (responsabilă pentru 50,0% din cazurile de orbire), glaucomul, degenerescența maculară și retinopatia diabetică.

Sunt necesare politici și programe destinate prevenirii deficiențelor vizuale și dezvoltării serviciilor de îngrijiri oftalmologice. Ochelarii pentru corectarea vederii și operațiile de cataractă trebuie să fie accesibile și abordabile pentru persoanele vârstnice în nevoie.

Pierderea acuității auditive este una din cele mai răspândite incapacități. La nivel mondial, mai mult de 50,0% din persoanele de 65 ani și peste prezintă o pierdere mai mult sau mai puțin marcată a acuității auditive. Astfel, pot apărea dificultăți de comunicare care la rândul lor antrenează frustrare, o proastă părere despre propria persoană și izolare socială.

Trebuie întocmite politici și programe pentru a reduce și în final pentru a elimina deficiențele auditive evitabile și pentru a ajuta persoanele cu diferite grade de surzenie să obțină proteze auditive. Ne putem proteja contra pierderii acuității auditive prin evitarea expunerii la niveluri sonore excesive și a consumului de medicamente potențial periculoase pentru auz, precum și prin tratarea imediată a bolilor care pot antrena diminuarea acuității auditive, cum ar fi: otitele, diabetul și hipertensiunea.

⇒ **Un mediu sănătos**

Dacă persoanele vârstnice sunt invalide, nevoile lor sunt crescute și conduc la izolare socială și dependență. Invers, dacă persoanele vârstnice sunt valide, crește participarea acestora în toate domeniile vieții sociale.

Toate sectoarele pot adopta politici favorabile persoanelor vârstnice, care să prevină incapacitățile și să permită celor suferinzi să participe deplin la viața comunității locale. Câteva exemple de programe și politici pot fi următoarele:

- ◆ locuri de muncă amenajate, orar flexibil, mediu de lucru adaptat și program redus pentru persoanele cu incapacități datorate vârstei sau pentru persoanele vârstnice care se ocupă de alte persoane cu dizabilități.
- ◆ străzi bine luminate unde să se poată deplasa fără pericol, toalete publice accesibile și semafoare reglate pentru a acorda un timp suplimentar pentru a traversa.
- ◆ cursuri de cultură fizică pentru a ajuta persoanele vârstnice să își conserve mobilitatea și să își regăsească forța necesară pentru a se deplasa.
- ◆ programe de formare continuă.
- ◆ proteze auditive și cursuri de limbaj prin semne care să permită celor cu diferite grade de surzenie să continue să comunice cu ceilalți.
- ◆ acces liber la centrele de sănătate, programe de recuperare și acte medicale eficiente economic, în special pentru operațiile de cataractă și de protezare a șoldului.
- ◆ forme de creditare și posibilități de acces la crearea și dezvoltarea de mici întreprinderi, unde persoanele vârstnice să continue să își câștige existența.

Este esențial să se modifice atitudinea prestatorilor de servicii medico-sociale pentru ca indivizii să își ia viața în propriile mâini și să rămână autonomi și independenți cât mai mult timp posibil. Îngrijitorii profesioniști trebuie în mod constant să respecte demnitatea persoanei vârstnice și să se ferească de intervenții premature care ar putea antrena pierderea independenței acestora.

b) Organizarea îngrijirii populației vârstnice

Pe măsură ce populațiile îmbătrânesc, una din cele mai mari provocări ale politicilor de sănătate constă în găsirea unui echilibru corect între sprijinul pentru auto-îngrijire, îngrijirea paralelă (familia și prietenii ajută persoanele vârstnice să se îngrijească) și sprijinul oficial (prin servicii de acțiune sanitară și socială).

Structurile de îngrijire oficiale cuprind îngrijiri de sănătate primară (în principal răspândite la nivel local) și îngrijiri instituționalizate (răspândite într-un spital sau casă de sănătate).

Persoanele vârstnice se auto-îngrijesc sau apelează la ajutorul îngrijitorilor “non-profesioniști”; până acum, cele mai multe țări au repartizat resursele financiare de o manieră invers proporțională cu nevoile, deoarece cea mai mare parte a cheltuielilor sunt repartizate îngrijirilor instituționalizate.

Peste tot în lume, membrii de familie, prietenii și vecinii asigură în principal sprijin și îngrijire adulților vârstnici care au nevoie de ajutor. Tendințele demografice recente sunt uneori îngrijorătoare deoarece ele indică: o creștere a proporției femeilor fără copii, o modificare a comportamentelor cuplurilor în materie de divorț și căsătorie și o diminuare masivă a generațiilor de copii corespunzătoare “viitoarelor” generații de persoane vârstnice, factori care contribuie la reducerea sprijinului din partea familiei.

Serviciile de îngrijire compuse din servicii medicale și sociale trebuie să fie în mod egal accesibile tuturor. În multe țări, persoanele vârstnice care locuiesc în mediul rural nu au acces la îngrijirile de care au nevoie.

Cea mai mare parte a persoanelor vârstnice preferă să fie îngrijite acasă. Însă îngrijitorii (care sunt adesea de vârste apropiate) trebuie să fie susținuți pentru a continua să ofere îngrijiri fără a se îmbolnăvi la rândul lor. Înainte de toate, ei ar trebui să fie informați despre afecțiunea pe care urmează să o îngrijească și evoluția sa probabilă pentru a ști cum să obțină serviciile de sprijin adecvate. Infirmierii “vizitatori”, îngrijirea la domiciliu, programele de susținere reciprocă între persoane de aceeași generație, serviciile de readaptare, accesoriile funcționale, îngrijirea în centre de zi sunt servicii importante care să permită familiei să fie alături de vârstnic, indiferent de vârsta acestuia.

Printre alte forme de sprijin, sunt importante acțiunile de formare, de garantare a resurselor (securitatea socială și pensiile), de ajutor care să permită familiilor să își amenajeze locuința pentru a îngriji o persoană handicapată și de acordare a alocațiilor destinate acoperirii costurilor îngrijirilor.

Pe măsură ce procentul persoanelor vârstnice crește, va deveni din ce în ce mai frecventă situația “traului pe cont propriu”, cu ajutorul celorlalți. De aceea serviciile de îngrijire la domiciliu și serviciile de proximitate care oferă un sprijin îngrijitorilor non-profesioniști trebuie să fie accesibile tuturor, nu doar celor care știu de existența lor sau celor care și le permit.

Îngrijitorii profesioniști au în mod egal nevoie de o pregătire teoretică și practică pentru a pregăti soluții de îngrijire care să țină cont de puterile persoanei vârstnice și să le furnizeze mijloace de menținere chiar și a unei mici marje de independență când sunt bolnavi. Atitudinile “părintești” sau lipsite de respect din partea îngrijitorilor profesioniști poate avea un efect catastrofal asupra auto-respectului și independenței persoanei vârstnice care solicită acest gen de servicii.

O secțiune dedicată informării și cursurilor despre bătrânețea activă trebuie incluse în programul de studiu și de formare al tuturor agenților sanitari și lucrătorilor sociali. Formarea studenților la medicină, a îngrijitorilor ca și a altor profesioniști în domeniul sănătății trebuie obligatoriu să includă învățarea principiilor și metodelor de bază în domeniul îngrijirii persoanelor vârstnice.

c)Etica și inegalitățile

Procesul de îmbătrânire impune un complex de considerații etice. Acestea se referă adesea la discriminarea legată de vârstă, atunci când se atribuie resurse, la o serie de dileme asociate cu îngrijirile de lungă durată și la drepturile omului în contextul persoanelor vârstnice sărace și/sau handicapate. Progresele științifice și medicina modernă ridică numeroase întrebări etice legate de cercetările și manipulările genetice, de biotehnologie, de utilizarea celulelor stem și de utilizarea tehnologiei în prelungirea vieții în detrimentul calității sale.

Consumatorul trebuie să dispună de toate informațiile necesare despre produsele și programele anti-îmbătrânire care sunt ineficiente sau nocive. Ei trebuie protejați și de tehnicile comerciale și planurile de finanțare frauduloase.

Societățile care sunt atașate de justiția socială, trebuie să lupte pentru a se asigura că toate politicile și practicile apără și garantează drepturile tuturor persoanelor, indiferent de vârsta lor. Acțiunea de apărare și de luare a deciziilor etice sunt strategii care ar trebui incluse în toate programele, practicile, politicile și cercetările referitoare la îmbătrânire.

Vârsta agravează celelalte inegalități pre-existente, fondate pe rasă, origine etnică sau sex. Inegalitățile legate de sex și rasă, referitoare la educație, angajare și servicii de sănătate influențează de o manieră decisivă asupra condiției sociale și stării de bine pe parcursul bătrâneții. Pentru vârstnicii săraci, situația este agravată de excluderea de la serviciile de sănătate, de la posibilitățile de creditare, de la activitățile lucrative și de la luarea deciziilor.

În multe cazuri, persoanele vârstnice au mijloace foarte reduse de a trăi în demnitate și independență, de a primi îngrijire și de a participa la viața cetățenească. Aceste condiții sunt mai grele pentru vârstnicii care locuiesc în mediul rural.

În toate regiunile lumii, bogăția și sărăcia relativă, diferențierile legate de sex, proprietatea asupra bunurilor, accesul la serviciu și disponibilitatea resurselor sunt factori fundamentali ai condițiilor socio-economice.

Sănătatea și condițiile socio-economice sunt strâns legate. Pe măsură ce se îmbunătățesc condițiile socio-economice se trăiește mai mult și în mai bună sănătate. În ultimii ani, diferența între bogați și săraci, cu inegalitățile de sănătate pe care le antrenează, s-a accentuat în majoritatea țărilor.

d)Un nou model

În mod tradițional, bătrânețea este asociată cu retragerea din activitate, boala și dependența. Politicile și programele create pe baza acestui model nu țin cont de realitate. Cea mai mare parte a persoanelor vârstnice își conservă autonomia până la vârste avansate, un număr mare de persoane de 60 ani și peste continuă să lucreze. Aceste persoane lucrează în sectorul informal și adesea contribuția lor nu figurează în statisticile de forță de muncă. Munca neremunerată a persoanelor vârstnice la domiciliu (ei se ocupă de copii sau de bolnavi și de întreținerea locunței) permite celor mai tineri să exercite un serviciu remunerat. Activitățile voluntare ale persoanelor vârstnice aduc o prețioasă contribuție economică și socială societății.

Noul model care se impune privește persoana vârstnică ca pe un participant activ al unei societăți integrate, atât ca lucrător activ, cât și ca beneficiar al dezvoltării.

Acest model adoptă o perspectivă intergenerațională care recunoaște importanța relațiilor și sprijinului reciproc între membrii familiei și între generații și de asemenea vine în întâmpinarea conceptului “o societate pentru toate vârstele”. Astfel se preconizează instituirea de programe care să favorizeze învățarea la toate vârstele și să permită tuturor indivizilor să intre pe piața forței de muncă. Acest concept arată persoanelor vârstnice și mass-mediei calea spre o imagine nouă, mai pozitivă a bătrâneții. Recunoștința politică și socială a aportului adus de persoanele vârstnice, prezența bărbaților și femeilor vârstnice în poziții de decizie întărește această nouă imagine și permite debarasarea de stereotipuri negative. Persoanele tinere trebuie educate în spiritul respectării și apărării drepturilor persoanelor vârstnice, în scopul reducerii și eliminării discriminării și abuzului.

7.1.6. Susținerea conceptului “îmbătrânește și rămâi activ”

Îmbătrânirea demografică este un fenomen mondial și impune o acțiune internațională, națională, regională și locală. Într-o lume din ce în ce mai interdependentă, absența reacțiilor raționale la exigențele demografice și la evoluția fenomenului într-o anumită regiune, poate avea consecințe politice și socio-economice în alte regiuni.

Este vorba de o viziune colectivă a îmbătrânirii care va determina modul în care vor percepe viața copiii și nepoții noștri.

Cadrul de orientare pentru o bătrânețe activă este inspirat din Principiile Națiunilor Unite referitoare la persoanele vârstnice. Este vorba de: independență, participare, îngrijire, auto-realizare și demnitate. Deciziile se bazează pe înțelegerea modului în care factorii determinanți ai bătrâneții active influențează maniera în care colectivitatea îmbătrânește.

Conceptul se axează pe 3 piloni de bază:

◆ **Sănătatea.** Deoarece factorii de risc (de mediu și comportamentali) ai maladiilor cronice și ai declinului funcțional se află la un nivel de bază, în timp ce factorii de protecție sunt dezvoltati și diversificați, oamenii trăiesc mai bine și mai mult timp. Pe măsură ce vârstnicii rămân sănătoși și autonomi, ei vor avea mai puțină nevoie de tratamente medicamentoase și servicii de îngrijiri costisitoare. Aceia dintre ei care au nevoie de îngrijiri, trebuie să aibă acces la o gamă completă de servicii medico-sociale care să răspundă nevoilor individuale.

◆ **Participarea.** Persoanele vârstnice este necesar să continue să își aducă contribuția

productivă în societate sub formă de activități remunerate sau nu. Programele și politicile în domeniul pieței de muncă, angajărilor, sănătății și acțiunilor sociale susțin deplina participare a vârstnicilor la activități socio-economice, culturale și spirituale, cu respectarea drepturilor fundamentale ale persoanei, a capacităților, nevoilor și preferințelor acestora.

◆ **Securitatea.** Politicile și programele răspunzătoare de nevoile și drepturile persoanelor vârstnice în planul securității sociale, financiare și fizice trebuie să garanteze acestora protecția, demnitatea și asistența când nu se vor mai putea proteja sau susține singure. Familiile și comunitatea sunt susținute în eforturile lor de a se ocupa de membrii vârstnici.

Deoarece conceptul ”îmbătrânește și rămâi activ” devine o realitate, trebuie acționat în toate sectoarele, în afara de cel al sănătății și serviciilor sociale și cu precădere în domeniul educației, pieței forței de muncă, finanțelor, securității sociale, locuințelor, transporturilor, justiției și dezvoltării urbane și rurale.

De asemenea, toate politicile trebuie să concure pentru a instaura o solidaritate inter-generațională și să includă obiective specifice pentru reducerea inegalităților între diferitele sub-grupe ale populației vârstnice. O atenție deosebită trebuie acordată persoanelor vârstnice sărace și marginalizate, precum și celor din mediul rural.

Bătrânețea activă vizează eliminarea discriminărilor bazate pe vârstă și conștientizarea diversității nevoilor persoanelor vârstnice. Este necesar ca persoanele vârstnice și cei ce îi îngrijesc să participe activ la elaborarea, punerea în practică și evaluarea politicilor, programelor și activităților de dezvoltare a cunoștințelor legate de bătrânețea activă.

7.2. Participarea vârstnicilor pe piața forței de muncă

Parlamentul European solicită statelor membre să promoveze rolul lucrătorilor vârstnici pe piața muncii, evidențiind beneficiile aduse de angajarea lor și determinând angajatorii să adopte practici flexibile de lucru care să încurajeze persoanele vârstnice să reintre pe piața muncii.

Europarlamentarii îndeamnă Comisia Europeană și statele membre să acorde de urgență atenție sprijinului pentru încadrarea în muncă a lucrătorilor în vârstnici, având în vedere creșterea vârstei de pensionare în multe state membre. Se propune să se promoveze

instituirea de norme și convenții care să permită prelungirea vieții active, la cerere, dincolo de 65 de ani, cu beneficii fiscale și sociale atât pentru angajați, cât și pentru angajatori, conducând la un venit corespunzător al pensiei și la asigurarea succesului de durată al implementării reformelor în sistemele publice de pensii.

Astăzi, în întreaga lume, aproximativ 20,0% din persoanele vârstnice sunt active din punct de vedere economic. De-a lungul timpului, acest procent a rămas aproximativ constant, cu modificări pe sexe și categorii de vârstă. Astfel, în rândul bărbaților vârstnici (65 ani și peste), rata de activitate³⁰ a scăzut de la 35,0% în 1980, la 30,0% în 2007 și se așteaptă să ajungă la 27,0% în 2020. Printre femeile vârstnice (65 ani și peste), rata de activitate a crescut de la 10,0% în 1980, la 12,0% în 2007 și se așteaptă să ajungă la 14,0% în 2020.

Între 1980-2007, rata de activitate printre persoanele vârstnice a scăzut în Europa cu aproape o treime, de la 8,0% în 1980 la 5,0% în 2007. În majoritatea țărilor, rata de activitate a bărbaților vârstnici a scăzut, pe când cea a femeilor vârstnice a crescut (Anexa nr.11).

Rata de activitate la nivel general va crește de la 63,0% în 2003 la 71,0% în 2050. Rata de activitate a lucrătorilor vârstnici (cu vârsta între 55-64 ani) va crește de la 40,0% în 2003 la 59,0% în 2050, pentru bărbați – de la 50,0% (2003) la 64,8% (2050) și pentru femei de la 30,4% (2003) la 53,0% (2050).

Țările cu un procent foarte redus de participare economică a persoanelor vârstnice au fost în 2007: Luxemburg (0,8%), Slovacia (0,8%) și Franța (0,9%), iar la polul opus se situează Portugalia (19,9%) și România (31,3%). Cea mai mare scădere a acestui procent s-a înregistrat în Slovacia de la 11,0% în 1980, la 0,8% în 2007, iar cea mai mare creștere s-a înregistrat în România, de la 5,0% în 1980 la 31,0% în 2007.

O parte apreciabilă dintre persoanele vârstnice din România corespunde definițiilor de populație activă, respectiv ocupată (conform AMIGO, în cursul săptămânii de referință au desfășurat o muncă oarecare, plătită sau aducătoare de venit, chiar dacă beneficiau de pensie). În perioada 2001–2007 rata de ocupare a populației de 65 ani și peste a scăzut de la 35,6% la 16,0%, respectiv la bărbați de la 40,5% la 19,4%, iar la femei de la 32,2% la 13,6%. În mediul rural, procentul a scăzut de la 56,2% la 26,3%, în timp ce în mediul urban a scăzut de la 4,0% la 2,4%.

Valorile ratei de ocupare sunt mai mari la bărbații vârstnici decât la femeile vârstnice și mult mai mari în mediul rural decât în mediul urban. Prezența vârstnicilor de peste 65 ani

³⁰ Rata de activitate reprezintă ponderea populației active (populația ocupată și șomerii) din grupa x în populația totală din aceeași grupă de vârstă x.

pe piața muncii nu este determinată doar de o disponibilitate a acestora pentru o activitate aducătoare de venit ilustrând astfel „principiul activizării” al protecției sociale, ci mai degrabă de *nevoia* de a munci pentru câștigarea traiului zilnic, în condițiile absenței sau insuficienței surselor de venit (mai ales în mediul rural). Relevant este și faptul că, din populația activă de peste 65 de ani, doar 2,2% persoane au un nivel universitar de pregătire (2007).

CONCLUZII

Extinderea Uniunii Europene este o oportunitate istorică în promovarea stabilității, prosperității, menținerea păcii, democrației, respectarea drepturilor omului și aplicarea 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 autentice 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 cadru, 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 nivelul de trai din 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;
- armonizarea indicatorilor care se urmăresc în anchetele 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.

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 la femei 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 anul 2006).

Conform unor aprecieri oficiale, printre care și Planul Național Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale, situația critică a stării de sănătate este dată de efectul combinat al mai multor factori: sărăcia (lipsa de resurse financiare, alimentația deficientă, condiții proaste de locuit, lipsa accesului la condiții de igienă elementară), *dezorganizarea socială* (abandonul grijii față de propria sănătate, stiluri nesănătoase de viață, deficit de cultură și educație sanitară), deficitul de acces la serviciile medicale, *deficitul serviciilor de prevenție și tratament ambulatoriu*, dispariția sistemului de îngrijire medicală bazat pe teritorialitate. Printre grupurile sociale cu deficit de acces la serviciile medicale se situează și *vârstnicii săraci, și mai ales vârstnicii din zonele rurale*. Pe lângă scăderea gradului de acoperire a populației cu servicii sociale fundamentale, există și o *polarizare accentuată a accesului la serviciile medicale*. Procentul din PIB al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate este încă mic, chiar dacă în ultimii ani a fost în creștere (3,9% din PIB în 2008, față de 3,3% în 2006, 3,7% în 2007).

În cea ce privește indexul de îmbătrânire³¹, în *România*, există o situație intermediară, dar cu perspective alarmante în viitor, valoarea acestui indicator, la 1 iulie 2008, fiind de 128,8.

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 un sprijin real și consistent din partea statului nu există.

Situația grea în care se găsește astăzi marea majoritate a vârstnicilor din România, considerăm că se datorează următoarelor aspecte principale:

³¹ Indexul de îmbătrânire reprezintă raportul dintre numărul persoanelor de 60 ani și peste, calculat la 100 copii (din intervalul 0-14 ani).

- creșterea progresivă și necontrolată a costurilor întreținerii locuinței, servicii și alimente de bază, ridică gradul de incidență a sărăciei în rândul vârstnicilor, care datorită vârstei înaintate sunt expuși suplimentar și unor riscuri specifice;
- deși combaterea sărăciei și promovarea incluziunii sociale în rândul persoanelor vârstnice continuă să reprezinte un deziderat major, acestea nu sunt reglementate printr-un act normativ;
- protecția socială a vârstnicilor nu se asigură pe baza unui Program Național aprobat de Parlament, ceea ce face să se situeze cu mult sub nivelul european;
- 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 până în prezent este modest și nu privește această categorie de populație sub toate aspectele (venituri, asistență socială și medicală, integrare comunitară, cultură, turism etc);
- 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 în rândul vârstnicilor;
- starea de sănătate a persoanelor vârstnice 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;
- 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, 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, 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 și inegalității în accesul la serviciile medicale.

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. Mai mult acesta a interzis recent cumularea pensiei cu unele câștiguri salariale, măsură potrivnică demersurilor de socializare vârstnicilor.

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:

⇒ **Pensii și asigurări sociale**

- Creșterea raportului de dependență ca urmare a creșterii numărului de beneficiari și a diminuării numărului de contribuitori. Astfel, de la **321,3** pensionari³² 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, la **983,6** pensionari la 1000 salariați în 2007 și la **970,6** pensionari la 1000 salariați în 2008;

³² Au fost considerați doar pensionarii de asigurări sociale de stat, iar în anii 2007 - 2008 scăderea raportului de dependență economică s-a datorat creșterii ușoare a numărului de salariați.

- 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% în 2004 și față de: 14,2% în Italia, 13,9% în Polonia și 13,4% în Austria);
- Nivelul pensiilor în sistemul public se menține mic față de cel al salariilor (pensia medie asigurări sociale (fără agricultori) a reprezentat în luna decembrie 2008 numai **45,0%** din salariul mediu net), 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 datorită creșterii inflației reale, cu toate majorările aplicate valorii punctului de pensie.
- Practicarea de pensii de serviciu exagerat de mari pentru unele categorii socio-profesionale (parlamentari, funcționari ai Parlamentului, magistrați, diplomați, personal aeronautic etc).

Sistemul public de pensii din România se găsește, în prezent, într-o situație critică, cu deficite financiare curente și oferă pensii în quantum insuficient unui trai decent mării majorități a pensionarilor.

⇒ **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-mediceale 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.

⇒ **Asistența socială**

- Se constată o slabă dezvoltare a serviciilor pentru vârstnicii aflați în dificultate 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 cadrul acestora;
- Nu sunt dezvoltate programe de reinsertie 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;
- Nu există o autoritate la nivel național care să monitorizeze aplicarea măsurilor pe plan local și pentru gestionarea bazei de date cu privire la protecția persoanelor;
- Nu există servicii/departamente destinate persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor de asistență socială județene, persoanele vârstnice intrând în categoria persoanelor adulte sau cu dizabilități;
- Legea nr.17/2000 reprezintă un act normativ depășit față de situația actuală ceea ce face ca administrația publică centrală cu atribuții în domeniu să nu fie în măsură să elimine situațiile de abuz și neglijență la care sunt expuse persoanele vârstnice;

d) Îngrijirea la domiciliu³³

- *Rețeaua geriatrică la nivel național 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 persoanei și decizia în vederea îngrijirii sunt fracționate fără ca specialiștii să poată comunica în stabilirea recomandărilor;*
- *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: ergoterapeuți, kinetoterapeuți, medici stomatologi.;*
- *Nu există unități cu program permanent 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 derularea 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*

³³ Avantajele pe care îngrijirea la domiciliu le prezintă în raport cu asistarea în centre rezidențiale sunt cunoscute ca fiind: creșterea confortului psihic, conservarea autonomiei și funcțiilor sociale ale persoanei, prevenirea izolării și menținerea unei vieți active, descongestionarea unităților sanitare și de asistență socială, cât și creșterea calității îngrijirii prin implicarea specialiștilor.

vârstnicilor din mediul rural care au rămas singuri prin migrația generației tinere către mediul urban.

⇒ **reglementări legislative:**

- 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 nu acoperă întreaga problematică a acestei categorii de populație, iar prevederile sale nu sunt aplicate corespunzător;
- Lipsește o lege cadru pentru protecția drepturilor persoanelor vârstnice, precum 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 decent;
 - extinderea problematicei vârstnicilor prin introducerea de prestații, facilități și accesibilități acordate acestora, reglementarea condițiilor de acordare a acestor drepturi și stabilirea instituțiilor implicate și obligate să le 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 ;
- Lipsește un Program Național pentru Protecția Socială a Persoanelor Vârstnice care să fie însușit și aprobat de Parlament, astfel încât guvernul actual și cele viitoare să aibă obligația să-l aplice în condiții de responsabilitate.

PROPUNERI

În perioada actuală este necesar ca în România **să se promoveze măsuri concrete destinate persoanelor vârstnice** prevăzute într-un Program Național pentru Protecția Socială a 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, responsabilizate pentru îmbunătățirea condițiilor socio-economice ale persoanelor vârstnice, apreciem că acestea pot fi sintetizate după cum urmează:

1. în domeniul asigurărilor sociale

Reconsiderarea prevederilor Legii nr.19/2000, în sensul promovării în regim de urgență a unui sistem unitar 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 45,0% din nivelul câștigului mediu brut pe economie corect prognozat;**
- **indexarea periodică a pensiilor pentru acoperirea integrală a ratei reale a inflației** ca urmare creșterii prețului la alimentele de bază, medicamente și servicii;
- **majorarea 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 existente 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;
- acoperirea integrală a solicitărilor pentru biletele de tratament balnear ;
- eliminarea impozitării pensiilor ;
- acordarea celei de a treisprezecea pensie pentru pensionarii de limită de vârstă și stagiul complet de cotizare, în două tranșe (de sărbătorile de Paște și Crăciun) ;
- acordarea pentru soțul supraviețuitor a cel puțin 25% din pensie celui decedat, indiferent de cuantumul pensiei acestuia ;
- aplicarea de practici flexibile de lucru care să încurajeze persoanele vârstnice să reintre pe piața muncii ; instituirea de norme și convenții care să permită prelungirea vieții active, la cererea angajaților, dincolo de 65 de ani, cu beneficii fiscale și sociale atât pentru vârstnici, cât și pentru angajatori.

În vederea îmbunătățirii sustenabilității sistemului public de pensii este necesar să se acționeze prin aplicarea de măsuri coercitive pentru creșterea numărului de contribuabili (persoanele care lucrează « la negru », femeile casnice, sezonierii din agricultură, persoanele care lucrează în alte țări, pensionarii etc). Atragerea de noi asigurați în rândul populației active le-ar putea garanta acestora o formă de venit și, în plus, prin contribuția lor ar participa la întregirea fondului de asigurări sociale.

2. în domeniul sănătății publice

Revizuirea și îmbunătățirea pachetului de legi care reglementează sănătatea populației, asigurarea acestuia a unei concepții moderne prin :

- **creșterea accesului la serviciile de protecție a sănătății** și îndeosebi la serviciile medicale de bază. Derularea 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 de la consiliile județene pentru funcționarea acestora, precum și încheierea de contracte de furnizare de servicii cu casele județene de asigurări sociale 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;
- **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;
- **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 și a medicamentelor.

3. În domeniul asistenței sociale

Adoptarea unei legi pentru protecția socială a persoanelor vârstnice în acord cu drepturile persoanelor vârstnice adoptate la nivel european, care să reglementeze în principal :

- **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 de consum al persoanelor vârstnice). **Instituirea coșului minim de consum pentru familia de pensionari și persoana vârstnică singură**, al cărui quantum să fie aprobat 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 existente pentru persoane vârstnice și construcția de noi cămine, îmbunătățirea confortului în cămine prin dotarea **cu echipamente, aparatura medicală, electrocasnică, electronică și mobilier**;
- **completarea instituțiilor de asistență socială cu personal** și cu respectarea obligatorie a structurii minimale de personal de specialitate reglementată în HG nr. 1007/2005;

- **înfiiințarea de centre de ergoterapie pentru persoanele vârstnice din orașe și municipii;**
- **dezvoltarea de programe** în vederea pregătirii pentru pensionare, reinsertia în activitate și menținerea unei vieți active a pensionarilor în societate.
- **extinderea la nivel național a serviciilor de îngrijire la domiciliu** pentru a răspunde nevoilor individuale ale 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 programe de sprijin pentru persoanele vârstnice prin participarea la schimburi de experiență și cursuri de formare, atragerea de specialiști cu experiență, angajarea unui număr tot mai mare de specialiști și organizarea unei rețele comunitare de medici geriatrii prin dubla specializare a medicilor de medicină internă;
- **îmbunătățirea, extinderea și diversificarea serviciilor** ce se acordă vârstnicilor asistați la domiciliu, respectiv prin programe de terapie ocupațională, recuperare, activități cultural - artistice etc;
- **organizarea evidenței și monitorizării cazurilor sociale**, ce privesc persoanele vârstnice, pentru o evaluare a cererii și ofertei de servicii, utilă la elaborarea strategiei de dezvoltare a rețelei de servicii sociale în funcție de nevoile identificate;
- **dezvoltarea și împlinirea personală a vârstnicilor** cu sprijinul societății civile, responsabilizarea specialiștilor în domeniul geriatric și cetățenii din cadrul comunităților, organizarea de seminarii la nivelul centrelor de zi pentru persoane vârstnice pe teme privind consecințele îmbătrânirii, impactul pensionării și a efectelor ce decurg din aceasta, organizarea de evenimente dedicate vârstei a treia, dezvoltarea de proiecte de susținere intra și intergenerațională, acordarea de suport pentru îmbunătățirea situației socio-economice a persoanelor vârstnice aflate în dificultate, dezvoltarea programelor 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

- "Anuarul Statistic al României" edițiile 2003 - 2008
- "Buletin statistic trimestrial în domeniul muncii și protecției sociale,numerele: 1,3/2008", Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale,2008
- "Criză la orizontul UE: numărul pensionarilor se dublează până în 2060" - articol publicat la 27 august 2008 de Euractiv.ro
- "Coordonate ale nivelului de trai în România.Veniturile și consumul populației, 2007", Institutul Național de Statistică, 2008
- "Condițiile de viață ale populației din România ,2007", Institutul Național de Statistică, 2008
- "Dimensiuni ale incluziunii sociale în România" , Institutul Național de Statistică, 2008
- Masuri pentru viitorul demografic al Europei - articol publicat la 22 Februarie 2008 de Euractiv.ro
- "Mortalitatea 2007", Institutul Național de Statistică, 2008
- Populația României la 1 iulie 2008 , Institutul Național de Statistică, 2008
- România: Raport de evaluare a sărăciei, Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Noiembrie 2007
- Tabele de mortalitate în perioada 2005-2007", Institutul Național de Statistică, 2008
- Ana Bălașa, "Protecția socială a persoanelor vârstnice din România"– Institutul de Cercetare a Calității Vieții, 2003
- Ana Bălașa, "Calitatea vieții vârstnicilor – vârstnicii români și semenii lor europeni"– Institutul de Cercetare a Calității Vieții, 2007
- Magda Antoniu, Vârstele de pensionare în Europa, articol în ziarul *România Liberă*, 3 februarie 2007.
- Mariana Stanciu,"Politici sociale și globalizare în țările europene", articol în revista Calitatea Vieții, XVIII, nr.1-2
- "The life of women and men in Europe – A statistical portrait" , Eurostat, 2008
- "World population Ageing,2007", United Nation, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2007