



Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice

# Drepturile persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană

Olguța MIHART

AUGUST, 2019

# CUPRINS

---

<b>Capitolul I: Introducere .....</b>	<b>4</b>
<b>Capitolul II: Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele în vârstă și articolele corespondente din Carta drepturilor fundamentale ale UE .....</b>	<b>6</b>
<b>Capitolul III: Sistemele de sănătate în statele membre ale Uniunii Europene.....</b>	<b>9</b>
3.1. Indexul consumatorului de servicii medicale – 2018 .....	11
3.2. Indicatori statistici ai stării de sănătate .....	15
3.2.1. Speranța de viață la nivel total și pentru persoanele de 65 ani și peste .....	15
3.2.2. Persoanele de 65 ani și peste, după starea de sănătate autodeclarată .....	17
3.3.3. Persoanele vârstnice (65 ani și peste) din țările Uniunii Europene care.....	18
au declarat boli cronice .....	18
<b>Capitolul IV: Sistemele de îngrijiri de lungă durată în statele membre ale Uniunii Europene.....</b>	<b>19</b>
4.2. Sinteza rezultatelor raportului Rețelei Europene de Politică Socială - „Provocările privind îngrijirea pe termen lung în Europa - Un studiu al politicilor naționale” .....	21
4.3. Indicatori statistici în domeniul Îngrijirilor de Lungă Durată .....	28
4.3.1. Persoanele vârstnice din țările Uniunii Europene care au solicitat îngrijiri la domiciliu în anul 2014.....	28
4.3.2. Indicatori statistici în domeniul Îngrijirilor de Lungă Durată din țările Uniunii Europene în anul 2015 .....	29
4.3.3. Indicatori statistici în domeniul Îngrijirilor de Lungă Durată din țările Uniunii Europene în perioada 2016-2070.....	30
4.3.3.1. Populația totală, populația dependentă și rata de dependență.....	30
4.3.3.2. Procent din populația dependentă care primește Îngrijiri de Lungă Durată formale .....	30
4.3.3.3. Procentul cheltuielilor pentru Îngrijirile de Lungă Durată în Produsul Intern Brut (PIB), scenariul 1 și scenariul 2 în perioada 2016-2070 .....	31
4.3.3.4. Procentul în total cheltuieli pentru Îngrijirile de Lungă Durată a cheltuielilor pentru îngrijirile rezidențiale și pentru îngrijirile la domiciliu în perioada 2016-2070....	32
<b>Capitolul V: Participarea vârstnicilor pe piața forței de muncă din statele membre ale Uniunii Europene.....</b>	<b>34</b>
<b>Capitolul VI: Sistemele de pensii în statele membre ale Uniunii Europene.....</b>	<b>35</b>

6.1. Procentul cheltuielilor cu pensiile publice în PIB în perioada 2016-2070 .....	38
6.2. Regulile de indexare a pensiei în sistemele de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene.....	40
6.3. Vârsta legală de pensionare în Statele Membre ale Uniunii Europene .....	41
6.4. Veniturile persoanelor varstnice din țările Uniunii Europene în anul 2017.....	43
<b>Capitolul VII: Fenomenul sărăciei și incidența sa în rândul populației varstnice din statele membre ale Uniunii Europene .....</b>	<b>45</b>
<b>Capitolul VIII: Abuzul și neglijența împotriva persoanelor varstnice din Uniunea Europeană.....</b>	<b>48</b>
8.1. Anchete efectuate la nivelul Statelor Membre UE-28 privind abuzul împotriva persoanelor varstnice .....	54
8.1.1. Anchete obținute prin interviuarea persoanelor varstnice, victime ale abuzului. 54	
8.1.2. Anchete ce privesc femeile varstnice, victime ale abuzului .....	58
8.1.3. Factori de risc privind apariția abuzului asupra persoanelor varstnice .....	60
8.3. Consecințele abuzului - către un model de demnitate și bunăstare .....	71
8.4. Proiecte/programe desfășurate la nivelul UE-28 având ca scop protecția persoanelor varstnice împotriva abuzurilor.....	71
8.5. Protecția juridică a persoanelor varstnice împotriva abuzurilor la nivel național....	76
<b>Capitolul IX: Concluzii .....</b>	<b>77</b>
<b>Capitolul X: Propuneri .....</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>107</b>
1. Situația populației, pe grupe de vârstă, în Statele Membre ale Uniunii Europene, la 1 ianuarie 2018 .....	107
2. Evoluția numărului persoanelor varstnice, pe sexe și tranșe de vârstă în perioada 2018-2100(1 ianuarie), la nivelul Uniunii Europene .....	108
3. Speranța de viață la naștere cu și fără incapacitate, în țările Uniunii Europene, în anul 2017.....	109
4. Speranța de viață la vârsta de 65 ani, cu și fără incapacitate, în țările Uniunii Europene, în anul 2017 .....	110
5. Procentul persoanelor de 65 ani și peste, după starea de sănătate autodeclarată, în categorie, în țările Uniunii Europene, în anul 2017 .....	111
6. Procentul persoanelor de 65 ani și peste, pe sexe, care declară boli cronice, în țările Uniunii Europene, în anul 2017 .....	112

7.Procentul persoanelor de 65 ani si peste care declara ca folosesc servicii de îngrijire la domiciliu pe sexe si grad de urbanizare în anul 2014.....	113
8.Procentul în totalul populației a persoanelor cu boli cronice, a persoanelor care au auto-perceput o limitare severă în activitățile zilnice și a persoanelor care primesc ÎLD formale în anul 2015.....	114
9. Populația totală, populația dependentă și rata de dependență, în Statele Membre ale UE – 28, în perioada 2016-2070.....	115
10. Procentul persoanelor dependente care primesc ÎLD formale în perioada 2016-2070.....	117
11.Procentul cheltuielilor pentru Îngrijirile de Lungă Durată în Produsul Intern Brut (PIB), scenariul 1 și scenariul 2 în perioada 2016-2070.....	118
12.Procentul în total cheltuieli pentru Îngrijirile de Lungă Durată a cheltuielilor pentru îngrijirile rezidențiale (1) și pentru îngrijirile la domiciliu(2) în perioada 2016 - 2070.....	120
13.Procentul persoanelor angajate cu varsta între 55-64 ani , total și pe sexe în anul 2018, în Statele Membre UE-28.....	122
14.Procentul cheltuielilor publice cu pensiile publice în PIB în perioada 2016-2070.....	123
15.Venitul mediu lunar al persoanelor de 65 ani și peste, total și pe sexe în anul 2017, în Statele Membre UE-28.....	124
16.Rata de sărăcie generală și a persoanelor vârstnice (65 ani și peste), la nivelul UE-28 și al României în perioada 2007-2018.....	125
17.Riscul de sărăcie relativă, total și pe sexe în anul 2017, în Statele Membre UE-28.....	126
18.Riscul de sărăcie relativă pentru persoanele de 65 ani și peste, total și pe sexe în anul 2017, în Statele Membre UE-28.....	127
19.Rezultatul anchetelor obținute prin interviuarea persoanelor vârstnice, victime ale abuzului în unele din Statele Membre UE-28.....	128

## Capitolul I: Introducere

Reducerea ratei de fertilitate și a ratei de mortalitate sunt principalele cauze determinante ale declanșării și extinderii procesului de îmbătrânire (iar în unele state creșterea ratei migrației externe).

Țările membre ale Uniunii Europene se confruntă cu un declin demografic mai mult sau mai puțin accentuat. Ponderea populației tinere, cu vârste cuprinse între 0-14 ani a fost devansată de ponderea populației vârstnice de 65 ani și peste, la 1 ianuarie 2018, în 7 din cele 28 state membre ale Uniunii Europene; Italia (2,2%), Bulgaria (2,0%), Germania (1,7%), Portugalia (1,4%), Malta (0,7%), Grecia (0,5%) și Croația (0,4%). Țările cu ponderea cea mai mare a populației tinere (0-14 ani)<sup>1</sup> sunt Irlanda (20,8%), Franța (18,1%), Marea Britanie (17,9%), Suedia (17,7%) și Belgia (17,0%), la polul opus, cu cea mai numeroasă populație vârstnică (65 ani și peste)<sup>2</sup> se afla în Bulgaria (16,2%), Finlanda (16,0%), Italia (15,6%), Portugalia, Republica Cehă și Germania (15,2%) (Anexa nr.1).

Potrivit unui raport al Eurostat, oamenii trăiesc din ce în ce mai mult, iar rata fertilității<sup>3</sup> este în scădere constantă în Europa, astfel încât creșterea naturală<sup>4</sup> a populației s-a oprit în unele țări, în jurul anului 2015, urmând ca, începând cu 2035, fluxurile migratoare să devină insuficiente pentru a contrabalansa sporul negativ al populației.

Astfel, Comisia Europeană a avertizat că începând cu anul 2015, numărul deceselor va fi mai mare decât al nașterilor, la nivelul unora din țările Uniunii Europene, iar potrivit proiecției Eurostat, în anul 2020, unul din cinci europeni va avea peste 65 de ani, în anul 2040, unul din patru europeni va avea peste 65 de ani, iar în perioada 2060-2100, unul din trei europeni va avea peste 65 de ani, economia și finanțele publice urmând a fi suprasolicitate (Anexa nr.2).

---

<sup>1</sup> România se situează pe poziția a 14-a cu 15,6% din populație în intervalul 0-14 ani Sursa datelor: Bazele de date Eurostat.

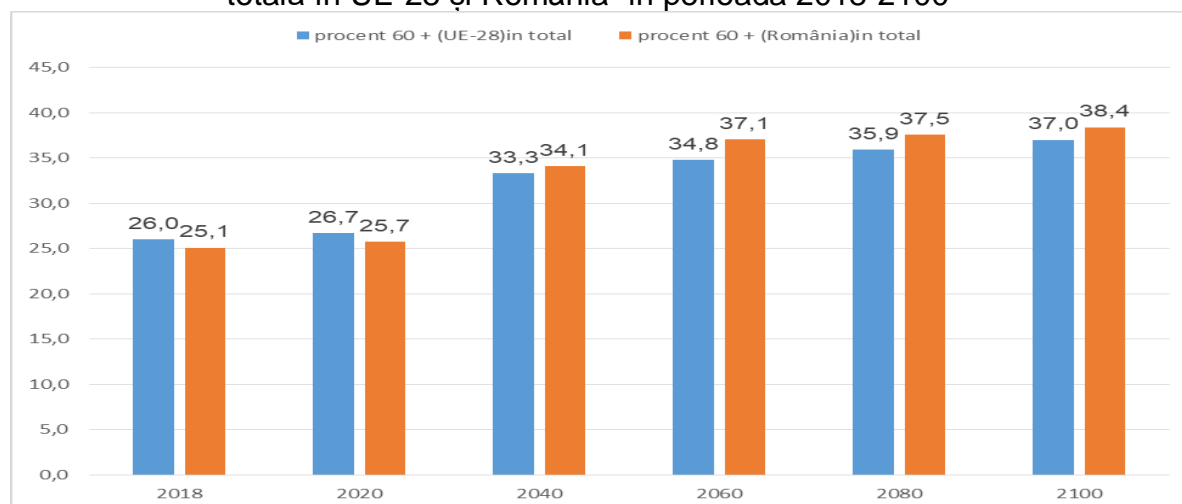
<sup>2</sup> România se situează pe poziția a 21-a cu 13,7% din populație în vârstă de 65 ani și peste Sursa datelor: loc cit.

<sup>3</sup> Rata totală de fertilitate, cunoscută și ca „indicatorul conjunctural al fertilității”, reprezintă numărul mediu de copii pe care i-ar naște o femeie în cursul vieții sale fertile [15-49 ani], în condițiile fertilității anului respectiv. (Sursa definiției: [www.insse.ro/cms/files/Web\\_IDD\\_BD.../01\\_10-Rata\\_totala\\_de\\_fertilitate.doc](http://www.insse.ro/cms/files/Web_IDD_BD.../01_10-Rata_totala_de_fertilitate.doc)).

<sup>4</sup> Surplusul numărului de nașteri asupra numărului de decese din cadrul unei populații, într-o anumită perioadă de timp.

În ceea ce privește situația din Uniunea Europeană, în anul 2020, respectiv anii 2040, 2060, 2080 și 2100 numărul vârstnicilor (60 ani și peste), va ajunge la 137,3 milioane, respectiv 174,6 milioane, 180,1 milioane, 181,1 milioane și 182,6 milioane, față de 133,1 milioane în anul 2018. Situația procentuală a vârstnicilor din UE-28 și **România** este prezentată în Graficul nr.1, pentru perioada 2018-2100.

**Grafic nr. 1:** Evoluția procentuală a populației de 60 ani și peste față de populația totală în UE-28 și România în perioada 2018-2100



Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor Eurostat

Schimbările în structura pe grupe mari de vârstă au un puternic impact asupra nivelului proceselor economice, sociale și politice. Pe măsură ce populațiile îmbătrânesc, unele beneficii cum ar fi pensiile, asistența medicală sau asistența socială pentru persoanele vârstnice trebuie acordate pe perioade mai mari de timp, atrăgând creșterea costurilor specifice. Pentru a rămâne sustenabile, sistemele de securitate socială trebuie să se schimbe. Creșterea duratei vieții va antrena costuri medicale și creșterea cererii pentru serviciile de sănătate, deoarece persoanele vârstnice sunt mai vulnerabile de a contracta boli cronice.

La fel ca majoritatea țărilor europene, România se confruntă, de asemenea, cu consecințele economice și sociale complexe ale unei populații aflate într-un proces lent, dar continuu, de îmbătrânire.

Problema îmbătrânirii populației nu este, așadar, numai o problemă demografică, ci mai ales una economică, socială, culturală, medico-sanitară, morală, ceea ce impune analiza atentă a drepturilor persoanelor vârstnice în statele Uniunii Europene.

## **Capitolul II: Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele în vârstă și articolele corespondente din Carta drepturilor fundamentale ale UE**

Având în vedere fenomenul mondial de îmbătrânire a populației, în multe țări indivizii vor atinge vârste avansate în număr mai mare și într-o stare de sănătate mai bună decât înainte, însă declinul este inevitabil și ireversibil cu vârsta. Astfel, într-o lume caracterizată de un număr și o proporție tot mai mare de persoane în vârstă, ar trebui să fie oferite oportunități pentru persoanele în vârstă dispuse și capabile să participe și să contribuie la activitățile curente ale societății, iar cei cu probleme de sănătate ar trebui să beneficieze de servicii de îngrijire la standarde de calitate.

Ținând seama de faptul că fenomenul îmbătrânirii va duce la creșterea presiunilor asupra vieții de familie, atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare, este necesară susținerea persoanelor care acordă îngrijire persoanelor în vârstă. Organizația Mondială a Sănătății și alte entități ale Națiunilor Unite, încurajează guvernele să includă în programele lor naționale următoarele principii, ori de câte ori este posibil:

### **I. Independența**

- Persoanele în vârstă trebuie să aibă acces la hrană, apă, adăpost, îmbrăcăminte și îngrijire medicală adecvate prin furnizarea de venituri, sprijin familial și comunitar și auto-ajutorare (Art. 1, Art. 34 și Art. 35);
- Persoanele în vârstă ar trebui să aibă oportunitatea de a lucra sau de a avea acces la alte oportunități generatoare de venituri (Art. 30 și Art. 31) ;
- Persoanele în vârstă ar trebui să poată participa la stabilirea momentului și a ritmului de retragere de pe piața forței de muncă (Art. 11, Art. 27, Art. 30) ;
- Persoanele în vârstă trebuie să aibă acces la programe educaționale și de formare adecvate (Art. 14);
- Persoanele în vârstă ar trebui să poată trăi în medii care sunt sigure și adaptabile preferințelor personale și capacităților în schimbare. (Art. 2, Art. 6)
- Persoanele în vârstă ar trebui să aibă posibilitatea de a locui acasă cât mai mult timp posibil (Art. 6, Art. 7).

## II. Participarea

- Persoanele în vârstă trebuie să rămână integrate în societate, să participe activ la formularea și punerea în aplicare a politicilor care afectează în mod direct bunăstarea lor și să împărtășească cunoștințele și abilitățile lor cu generațiile mai tinere (Art.11, Art.12) ;
- Persoanele în vârstă ar trebui să poată căuta și dezvolta oportunități de servicii pentru comunitate și să servească drept voluntari în poziții corespunzătoare intereselor și capacităților lor (Art.11) ;
- Persoanele în vârstă ar trebui să poată forma mișcări sau asociații ale persoanelor în vârstă (Art.12).

## III. Îngrijirea

- Persoanele în vârstă ar trebui să beneficieze de îngrijire și protecție familială și comunitară în conformitate cu sistemul de valori culturale al fiecărei societăți (Art. 33);
- Persoanele în vârstă trebuie să aibă acces la asistență medicală pentru a le ajuta să mențină sau să-și recâștige nivelul optim de bunăstare fizică, mentală și emoțională și pentru a preveni sau întârzia apariția bolii (Art. 35);
- Persoanele în vârstă trebuie să aibă acces la servicii sociale și juridice pentru a-și spori autonomia, protecția și îngrijirea (Art. 34, Art. 47);
- Persoanele în vârstă ar trebui să poată utiliza niveluri adecvate de îngrijire instituțională care să ofere protecție, reabilitare și stimulare socială și mentală într-un mediu uman și sigur (Art. 26, Art. 34);
- Persoanele în vârstă ar trebui să se poată bucura de drepturile omului și de libertățile fundamentale atunci când locuiesc în orice adăpost, îngrijire sau tratament, inclusiv respectul deplin al demnității, credințelor, nevoilor și vieții private, precum și dreptul de a lua decizii privind îngrijirea și calitatea din viața lor (Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 6, Art. 7).

## IV. Autoîmplinire

- Persoanele în vârstă ar trebui să poată urmări oportunități pentru dezvoltarea completă a potențialului lor (Art. 25);
- Persoanele în vârstă trebuie să aibă acces la resursele educaționale, culturale, spirituale și recreative ale societății (Art. 11, Art. 14, Art. 25).



## V. Demnitate

- Persoanele în vârstă ar trebui să poată trăi în demnitate și securitate și să fie libere de exploatare și de abuz fizic sau mental (Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 25, Art. 35);
- Persoanele în vârstă trebuie să fie tratate corect, indiferent de vârstă, sex, rasă sau etnie, handicap sau alt statut și să fie evaluate independent de contribuția lor economică (Art.21).

## Capitolul III: Sistemele de sănătate în statele membre ale Uniunii Europene

Multe state membre ale Uniunii Europene se confruntă cu presiuni fiscale puternice și în creștere asupra sistemelor lor de sănătate și de îngrijire pe termen lung, determinate de nivelul ridicat al cheltuielilor și datoriei publice, de presiunile demografice și de progresele tehnologice. Prin urmare, vor fi necesare acțiuni politice suplimentare pentru a proteja sustenabilitatea fiscală și pentru a susține contribuția serviciilor de sănătate și a sistemelor de îngrijire pe termen lung în vederea îmbunătățirii sănătății populației. Îmbunătățirea eficienței sistemelor de sănătate și de îngrijire pe termen lung va asigura durabilitatea fiscală a acestora și ar trebui să contribuie la asigurarea accesului la servicii de bună calitate.

Majoritatea statelor membre au raportat că au efectuat o serie de reforme ale sistemului de sănătate. În ultimii doi ani, trei state membre: Cipru, Grecia și Irlanda, s-au angajat în reforme medicale importante pentru introducerea accesului universal la asistența medicală. Majoritatea celorlalte state membre ale Uniunii Europene și-au îndreptat eforturile de reformă către consolidarea asistenței medicale primare (Austria, Franța, Grecia, Letonia, Malta, Polonia și România) și îmbunătățirea accesului și calitatea îngrijirii, inclusiv prin reducerea timpilor de așteptare (Letonia, Malta și Ungaria), creșterea finanțării publice (Letonia, Republica Cehă și Polonia) și punerea în aplicare a unei serii de politici de formare și reținere a forței de muncă (Letonia, Republica Cehă, România și Slovacia). Pentru a răspunde creșterii așteptate a cererii privind serviciile de sănătate datorată îmbătrânirii populației, Franța, Letonia și Italia și-au îmbunătățit programele de prevenire a bolilor și de promovare a sănătății.

O altă prioritate larg răspândită în reformele recente în domeniul sănătății în Uniunii Europene a fost avansarea politicilor de E-sănătate<sup>5</sup> (Austria, Germania, Malta, Polonia, Republica Cehă și Slovacia) și o mai bună monitorizare a performanțelor sistemelor de sănătate prin dezvoltarea instrumentelor de evaluare a performanței sistemului de sănătate (Letonia și Slovenia). Câteva state membre și-au concentrat eforturile de reformă asupra îmbunătățirii guvernării spitalelor după decontarea (integrală sau parțială) a arieratelor acumulate în spital, cu scopul de a

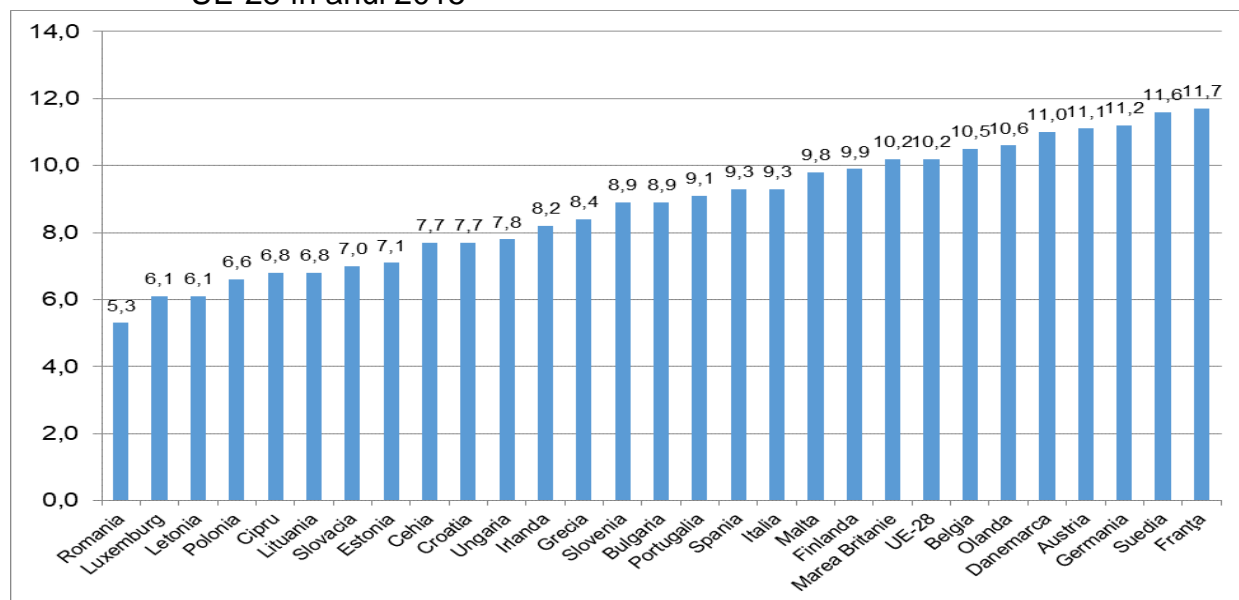
---

<sup>5</sup> E-sănătatea este definită ca fiind un termen nou, necesar pentru a descrie utilizarea combinată a comunicațiilor electronice și a tehnologiei informației în sectorul sănătății.

preveni îndatorarea sectorului spitalicesc (Bulgaria, Croația, Ungaria și Portugalia). Promovarea acțiunilor politice în ceea ce privește potențialul lor în termeni de eficiența presupune introducerea / perfecționarea achizițiilor centrale de bunuri medicinale (Grecia, Slovacia) și o mai bună guvernanta a capacităților de planificare a deciziilor de investiții în sectorul sănătății (Polonia, Slovacia).

Conform datelor publicate în „Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability, Country Documents 2019 Update”<sup>6</sup> sumele alocate și cheltuite pentru acordarea serviciilor de sănătate variază și ne relevă gradul de interes acordat de țările Uniunii Europene în susținerea sănătății populației (Grafic nr.2)

**Grafic nr.2:** Procentul cheltuielilor totale cu sănătatea ca procent în PIB (%) în țările UE-28 în anul 2015



Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din „Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală – Documente de țară, actualizate 2019”.

Astfel , în anul 2015<sup>7</sup>, procentul cheltuielilor cu sănătatea în PIB a variat de la **5,3%** - România, 6,1% - Letonia și Luxemburg, 6,6% - Polonia și 6,8% - Cipru și Lituania (față de 10,2% la nivelul UE-28), până la 11,1% - Austria, 11,2% - Germania, 11,6% - Suedia și 11,7% - Franța.

<sup>6</sup> „Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală – Documente de țară, actualizate 2019”, Comisia Europeană; [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf)

<sup>7</sup> Pentru Malta nu au fost disponibile date pentru anul 2015, a fost folosit procentul cheltuielilor totale cu sănătatea în PIB pentru anul 2014.

### 3.1. Indexul consumatorului de servicii medicale – 2018

Health Consumer Powerhouse<sup>8</sup> (HCP)<sup>9</sup> a devenit un centru de viziuni și acțiuni care promovează asistența medicală a consumatorilor din Europa. Pentru a fi informat, consumatorul are nevoie de acces la cunoștințe pentru a compara politicile de sănătate, serviciile de consum și rezultatele de calitate. Indexul Consumatorului de Servicii Medicale (ICSM) este rezultatul eforturilor de a oferi consumatorilor de asistență medicală astfel de instrumente. În prezent, această preocupare pare să fie împărtășită de Comisia Europeană, care în cursul anului 2016, a inițiat formarea unui sistem de evaluare care să vizeze identificarea sistemelor de sănătate naționale de succes. Scopul final este de a consolida cele mai bune practici pan-europene pentru a oferi o mai bună asistență medicală, la standarde de calitate.

**Tabelul nr.1:** Sub-disciplinele și numărul de indicatori aferenți ce alcătuiesc Indexul Consumatorului de Servicii Medicale - 2018

Sub-discipline	Număr de indicatori
1. Drepturile pacientului, informații și E-sănătate	10
2. Accesibilitate/timp de așteptare pentru tratament	6
3. Rezultate	9
4. Domeniul de acțiune al serviciilor ("Generozitate")	8
5. Prevenire	7
6. Farmaceutice <sup>10</sup>	6

Sursa: „Indexul consumatorului de servicii medicale – Raport 2018”, Centrul de Sănătate pentru Consumatori, p.43.

Scopul ICSM - 2018 a fost de a selecta un număr limitat de indicatori, într-un număr determinat de domenii de evaluare, care, în combinație, să poată prezenta un rezumat al modului în care consumatorii de asistență medicală sunt deserviți de sistemele respective. Astfel ICSM-2018 este compus din 46 indicatori, grupați în 6 sub – discipline. (Tabelul nr.1) Performanțele sistemelor naționale de asistență medicală au fost clasificate pe o scală de trei grade pentru fiecare indicator, unde notele au următoarea semnificație: verde-bun, galben-așa și așa și roșu-nu prea

<sup>8</sup> Centrul de Sănătate pentru Consumatori.

<sup>9</sup> Scopurile HCP sunt: creșterea transparenței și a comparabilității sistemelor de sănătate; îmbunătățirea standardelor prin analiza comparativă; creșterea gradului de conștientizare publică și crearea de discuții; introducerea și sprijinirea răspândirii bunelor practici; demonstrarea punctelor slabe și puternice ale sistemelor de sănătate; ajutarea consumatorilor să înțeleagă calitatea așteptată a sistemelor lor naționale de sănătate.

<sup>10</sup> Folosirea medicamentelor.

bun. Un scor verde câștigă 3 puncte, un scor galben 2 puncte și un scor roșu (sau un "nu este disponibil") câștigă 1 punct. Ulterior, scorurile sub-disciplina au fost multiplicare cu coeficienții de greutate și însumați pentru a face scorul final al țării. Aceste procente au fost apoi rotunjite la un număr întreg de trei cifre, astfel că un scor "Total verde" pe cei 46 de indicatori ar aduce 1000 de puncte (maxim), iar un scor "Total roșu" ar da 333 de puncte (minim).

Rezultatele prelucrărilor Indexul Consumatorului de Servicii Medicale - 2018 au dus la următorul clasament al țărilor Uniunii Europene, grupat pe sub-discipline, după cum se poate observa din tabelul de mai jos:

**Tabelul nr.2:** Indexul Consumatorului de Servicii Medicale - 2018 grupat pe sub-discipline

ară	Sub-disciplina (punctaje)							Loc
	1.Drepturile pacientului , informații și E-sănătate	2.Accesibilitate/ timp de așteptare pentru tratament	3.Rezultate	4.Domeniul de acțiune al serviciilor	5.Prevenire	6.Farmaceutice	ICSM-2018 (Suma punctelor)	
Olanda	125	175	256	125	113	89	<b>883</b>	<b>1</b>
Danemarca	121	175	267	120	95	78	<b>856</b>	<b>2</b>
Belgia	104	213	244	115	101	72	<b>849</b>	<b>3</b>
Finlanda	113	150	278	120	101	78	<b>840</b>	<b>4</b>
Luxemburg	100	188	244	109	95	72	<b>808</b>	<b>5</b>
Suedia	117	113	267	125	101	78	<b>801</b>	<b>6</b>
Austria	108	175	244	104	89	78	<b>798</b>	<b>7</b>
Franța	104	188	233	104	83	83	<b>795</b>	<b>8</b>
Germania	104	163	244	83	101	89	<b>784</b>	<b>9</b>
Portugalia	108	163	222	94	89	78	<b>754</b>	<b>10</b>
Republica Cehă	108	175	211	104	71	61	<b>730</b>	<b>11</b>
Estonia	121	188	189	94	77	61	<b>730</b>	<b>12</b>
Marea Britanie	117	100	211	109	113	78	<b>728</b>	<b>13</b>
Slovacia	113	188	200	78	77	67	<b>723</b>	<b>14</b>
Spania	96	113	222	94	101	72	<b>698</b>	<b>15</b>
Italia	92	138	233	73	101	50	<b>687</b>	<b>16</b>
Slovenia	88	125	222	94	77	72	<b>678</b>	<b>17</b>
Irlanda	83	75	244	94	89	83	<b>668</b>	<b>18</b>
Croatia	104	125	200	63	83	56	<b>631</b>	<b>19</b>
Cipru	83	150	200	63	83	56	<b>635</b>	<b>20</b>
Malta	88	150	156	104	95	39	<b>632</b>	<b>21</b>
Lituania	104	163	167	73	71	44	<b>622</b>	<b>22</b>
Grecia	67	163	200	52	83	50	<b>615</b>	<b>23</b>
Letonia	100	138	178	68	77	44	<b>605</b>	<b>24</b>
Bulgaria	79	200	167	47	60	39	<b>592</b>	<b>25</b>
Polonia	79	138	167	57	89	56	<b>586</b>	<b>26</b>
Ungaria	79	113	156	78	95	44	<b>565</b>	<b>27</b>

ară	Sub-disciplina (punctaje)							Loc
	1.Drepturile pacientului , informații și E-sănătate	2.Accesibilitate/ timp de așteptare pentru tratament	3.Rezultate	4.Domeniul de acțiune al serviciilor	5.Prevenire	6.Farmaceutice	ICSM-2018 (Suma punctelor)	
România	96	175	133	52	54	39	549	28

Sursa: „Indexul consumatorului de servicii medicale – Raport 2018”, Centrul de Sănătate pentru Consumatori, p.28; <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

În toate cele 28 de state membre ale UE, incluse în proiectul ICSM - 2018, indicele încearcă să compare statele cu resurse financiare foarte diferite. Astfel, cheltuielile anuale de asistență medicală, exprimate în Paritatea Puterii de Cumpărare (PPP) (2016), variază de la 922 euro / locuitor în România, 1.192 euro / locuitor Letonia, 1.272 euro / locuitor Croația, 1.285 euro / locuitor Bulgaria, până la peste 4.000 euro / locuitor în Germania și Luxemburg. Europa de Vest continentală și țările nordice se situează, în general, între 3.000 și 4.000 de euro/locuitor.

După cum se observă din analiza datelor tabelului nr.2, poziția totală superioară în sistemele de sănătate din UE -28 este deținută de sistemul de sănătate olandez<sup>11</sup> produs al unei performanțe uniforme în sub-discipline, o calitate medicală foarte bună și accesibilitatea excelentă (883 puncte din 1000 posibile). România ocupă ultima poziție cu 549 de puncte.

**Tabelul nr.3: Ierarhia Indexului Consumatorului de Servicii Medicale - 2018 grupat pe sub-discipline**

Tară	Sub-disciplina (punctaje)						
	1.Drepturile pacientului , informații și E-sănătate	2.Accesibilitate/ timp de așteptare pentru tratament	3.Rezultate	4.Domeniul de acțiune al serviciilor	5.Prevenire	6.Farmaceutice	ICSM-2018 (Suma punctelor)
Olanda	1	4	3	1	1	1	1
Danemarca	2	4	2	2	3	3	2
Belgia	11	1	4	3	2	4	3
Finlanda	6	6	1	2	2	3	4
Luxemburg	16	3	4	4	3	4	5
Suedia	4	9	2	1	2	3	6
Austria	8	4	4	5	4	3	7
Franța	12	3	5	5	5	2	8
Germania	13	5	4	7	2	1	9
Portugalia	9	5	6	6	4	3	10
Republica Cehă	10	4	7	5	7	6	11

<sup>11</sup> Olanda ocupă poziția a 5-a (ordine descrescătoare) în ierarhia țărilor UE – 28 după cheltuielile anuale de asistență medicală, exprimate în PPP, cu 3.787 euro/locuitor (2016), fiind devansată de Germania (4.164), Luxemburg (4.053), Austria (3.856) și Suedia (3788). Sursa: Bazele de date Eurostat.

Tară	Sub-disciplina (punctaje)						
	1.Drepturile pacientului , informații și E-sănătate	2.Accesibilitate/ timp de așteptare pentru tratament	3.Rezultate	4.Domeniul de acțiune al serviciilor	5.Prevenire	6.Farmaceutice	ICSM-2018 (Suma punctelor)
Estonia	3	3	9	6	6	6	12
Marea Britanie	5	10	7	4	1	3	13
Slovacia	7	3	8	8	6	5	14
Spania	18	9	6	6	2	4	15
Italia	20	7	5	9	4	8	16
Slovenia	21	8	6	6	6	4	17
Irlanda	23	11	4	6	4	2	18
Croatia	14	8	8	11	5	7	19
Cipru	24	6	8	11	5	7	20
Malta	22	6	12	5	3	10	21
Lituania	15	5	11	9	7	9	22
Grecia	28	5	8	13	5	8	23
Letonia	17	7	10	10	6	9	24
Bulgaria	25	2	11	14	8	10	25
Polonia	26	7	11	12	4	7	26
Ungaria	27	9	12	8	3	9	27
România	19	4	13	13	9	10	28

Sursa: „Indexul consumatorului de servicii medicale – Raport 2018”, Centrul de Sănătate pentru Consumatori, p.28.

Olanda, care se află pe primul loc în clasamentul final deține poziții fruntașe și pe sub-domenii, astfel deține prima poziție la drepturile pacientului, informații și E-sănătate (1), domeniul de acțiune al serviciilor (4), prevenire (5) și farmaceutice (6); poziția a treia la rezultate (3) și a patra la accesibilitate/timp de așteptare pentru tratament (2) (Tabelul nr.3).

Pentru sub-disciplina 1 - drepturile pacientului, informații și e-sănătate<sup>12</sup>, pe prima poziție se află Olanda, urmată de Danemarca (2), Estonia (3), Suedia (4)

<sup>12</sup> România ocupă poziția a 19-a, Sursa datelor: Centrul de Sănătate pentru Consumatori - „Indexul consumatorului de servicii medicale – Raport 2018”, p.28; <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

Pentru sub-disciplina 2 – accesibilitate / timp de așteptare pentru tratament, pe prima poziție se află Belgia, urmata de Bulgaria (2); Estonia, Franța, Luxemburg și Slovacia (3); Austria, Danemarca, Olanda, Republica Cehă și România (4).

Pentru sub - disciplina 3-rezultate<sup>13</sup>, pe prima poziție se află Finlanda, urmată de Danemarca și Suedia (2); Olanda (3); Austria, Belgia, Germania, Luxemburg și Irlanda (4).

Pentru sub - disciplina 4 - domeniul de acțiune al serviciilor<sup>14</sup>, pe prima poziție se află Olanda și Suedia, urmate de Danemarca și Finlanda (2), Belgia (3), Luxemburg și Marea Britanie (4).

Pentru sub - disciplina 5 - drepturile pacientului, informații și E-sănătate<sup>15</sup>, pe prima poziție se află Olanda și Marea Britanie, urmată de Belgia, Finlanda, Germania, Finlanda, Spania și Suedia (2); Danemarca, Luxemburg, Malta și Ungaria (3); Austria, Irlanda, Italia, Polonia și Portugalia (4).

Pentru sub - disciplina 6 – farmaceutice<sup>16</sup>, pe prima poziție se află Olanda și Germania, urmată de Franța și Irlanda (2); Austria, Danemarca, Finlanda, Portugalia și Suedia (3); Belgia, Luxemburg, Slovenia și Spania (4).

## **3.2. Indicatori statistici ai stării de sănătate**

### **3.2.1. Speranța de viață la nivel total și pentru persoanele de 65 ani și peste**

O altă diferență semnificativă între bărbați și femei se înregistrează în speranța de viață (durata medie a vieții) - femeile trăiesc mai mult, astfel la nivelul UE-28.(2017), durata medie a vieții era pentru femei 83,5 ani și pentru bărbați 78,3 ani (Anexa nr.3) Pe sexe, în țările Uniunii Europene, în anul 2016, speranța de viață avea pentru sexul feminin, cele mai mari valori în Spania (86,1 ani), Franța (85,6 ani), Italia (85,2 ani), Malta și Portugalia (84,6 ani), Finlanda (84,5 ani) și cele mai mici valori în Lituania (80,5 ani), Letonia (79,7 ani), Ungaria (79,3 ani), România (79,1 ani) și Bulgaria (78,4 ani) (Anexa nr.3). România se plasează pe penultimul loc în această ierarhie, din punct de vedere al speranței de viață la naștere pentru sexul feminin.

Pentru sexul masculin, cele mai mari valori au fost în Suedia și Italia (80,8 ani), Spania (80,6 ani), Irlanda (80,4 ani), Cipru, Malta și Olanda (80,2 ani) și cele mai mici valori în Estonia (73,8 ani), Ungaria (72,5 ani), România (71,7 ani), Bulgaria (71,4 ani),

---

<sup>13</sup> România ocupă poziția a 13-a Sursa datelor: Centrul de Sănătate pentru Consumatori - „Indexul consumatorului de servicii medicale – Raport 2018”, p.28; <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

<sup>14</sup> România ocupă poziția a 13-a, Sursa datelor: loc cit.

<sup>15</sup> România ocupă poziția a 9-a, Sursa datelor: loc cit.

<sup>16</sup> România ocupă poziția a 10, Sursa datelor: loc cit



Letonia(70,7 ani) și Lituania (69,8 ani). Se observă că și în clasamentul speranței de viață la naștere pentru sexul masculin, România se plasează către sfârșit (poziția a 25-a).

Speranța de viață a femeilor este mai mare decât cea a bărbaților, dar plusul de ani, în general, femeile îl trăiesc într-o stare mai rea de sănătate și cu un grad de dependență mai mare. Astfel la nivelul Uniunii Europene, la vârsta de 65 ani, femeile au avut o speranță de viață mai mare decât bărbații (21,4 ani față de 18,1 ani), însă numărul anilor cu incapacitate trăit de femei l-a depășit pe cel al bărbaților (11,2 ani comparativ cu 8,3 ani).(Anexa nr.4)

Cea mai mare *speranță de viață la vârsta de 65 ani*, în anul 2017, s-a înregistrat, în Franța, pentru femei (23,6 ani) și pentru bărbați (19,6 ani), iar cea mai mică<sup>17</sup>, în Bulgaria pentru femei (17,8 ani) și în Letonia pentru bărbați (14,1 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<sup>18</sup>” 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 dintre diferite grupuri sociale în fața bolii și a morții.

Cea mai mare speranță de viață în ani sănătoși, la vârsta de 65 ani, s-a înregistrat, în Suedia, atât pentru femei cât și pentru bărbați (15,8 ani, respectiv 15,4 ani), iar cea mai mică în Slovacia pentru femei cât și pentru bărbați (4,1 ani, respectiv 3,8 ani).(Anexa nr.4)

În România speranța de viață în ani sănătoși, la vârsta de 65 ani și peste, față de majoritatea statelor dezvoltate ale Uniunii Europene, este mai mică atât la femei cât și la bărbați. Statele care s-au aflat sub valorile României la acest indicator (5,1 ani – feminin<sup>19</sup> și 5,9 ani – masculin<sup>20</sup>), pentru sexul feminin au fost Croația (4,8 ani), Letonia (4,2 ani) și Slovacia (4,1 ani), iar pentru sexul masculin: Estonia și Lituania (5,7 ani), Croația (5,0 ani), Letonia (4,1 ani) și Slovacia (3,8 ani) (Anexa nr.4).

Cu cât speranța de viață în ani sănătoși este mai mică, cu atât “povara” pentru furnizarea îngrijirilor de sănătate și pentru sistemul de pensii este mai ridicată, iar

---

<sup>17</sup> România se situează pe ultimile pozitii în clasament la acest indicator – la sexul feminin poziția a 27- a, cu 18,3 ani și la sexul masculin poziția a 24 - a cu 14,7 ani. Sursa: Bazele de date Eurostat.

<sup>18</sup> Speranța de viață în ani sănătoși introduce noțiunea de calitate a vieții, în sensul centrării pe anii de viață sănătoși ai individului, fără limitări din cauza bolilor sau a dizabilităților care sunt prelevate la vârsta a treia.

<sup>19</sup> Poziția a 25 - a în ordine descrescătoare Sursa: Bazele de date Eurostat.

<sup>20</sup> Poziția a 23 - a în ordine descrescătoare loc cit.

decidenții politici ar trebui să fie pregătiți cu măsuri adecvate pentru a face față nevoilor persoanelor vârstnice.

În ceea ce privește *speranța de viață cu incapacități* la vârsta de 65 ani, maximul s-a înregistrat în Portugalia pentru femei<sup>21</sup> (15,4 ani) și în Slovacia pentru bărbați<sup>22</sup> (11,5 ani), iar minimul în Suedia atât pentru femei cât și pentru bărbați (5,7 ani, respectiv 3,8 ani) (Anexa nr.4).

### **3.2.2. Persoanele de 65 ani și peste, după starea de sănătate autodeclarată**

La nivelul Uniunii Europene, în anul 2017, 18,5% din vârstnici declară că au o stare de sănătate rea și foarte rea, 40,1% o stare de sănătate satisfăcătoare și 41,4% o stare de sănătate bună și foarte bună.

Diferențiat pe sexe, femeile vârstnice declară în proporție de 20,0% o stare de sănătate rea și foarte rea, 41,3% o stare de sănătate satisfăcătoare și 38,7% o stare de sănătate bună și foarte bună. Bărbații vârstnici declară în proporție de 16,5% o stare de sănătate rea și foarte rea, 38,6% o stare de sănătate satisfăcătoare și 44,9% o stare de sănătate bună și foarte bună. Se observă că femeile vârstnice se consideră mai suferinde decât bărbații vârstnici (Anexa nr.5).

Cele mai mari ponderi ale persoanelor vârstnice care declară o stare de sănătate rea și foarte rea au fost în Croația (46,1%), Lituania (42,3%) și Letonia (41,8%). Cele mai multe persoane vârstnice care declară o stare de sănătate satisfăcătoare au fost în România (54,8%), Republica Cehă (52,1%), Lituania (50,1%), iar cele care declară o stare de sănătate bună și foarte bună în Irlanda (67,1%), Suedia (60,9%) și Olanda (60,2%).

Diferențiat pe sexe, femeile vârstnice care declară în cea mai mare proporție o stare de sănătate rea și foarte rea au fost în Croația (47,8%), Lituania (46,1%) și Letonia (44,0%), o stare de sănătate satisfăcătoare în România (55,6%), Malta (52,7%), Republica Cehă (51,9%) și o stare de sănătate bună și foarte bună în Irlanda (69,3%), Suedia (58,7%) și Marea Britanie (58,3%). Bărbații vârstnici care declară în cea mai mare proporție o stare de sănătate rea și foarte rea au fost în Croația (43,6%), Letonia (37,4%), Lituania (33,2%), o stare de sănătate satisfăcătoare în Lituania (54,9%), România (53,6%), Republica Cehă (52,4%) și o stare de sănătate bună și foarte bună în Irlanda (64,5%), Suedia (63,6%) și Olanda (63,0%) (Anexa nr. 5).

<sup>21</sup> România se situează pe poziția a 10-a (ordonat descrescător) cu 13,2 ani, Sursa: loc cit.

<sup>22</sup> România se situează pe poziția a 14-a (ordonat descrescător) cu 8,8 ani Sursa datelor: loc cit

### **3.3.3. Persoanele vârstnice (65 ani și peste) din țările Uniunii Europene care au declarat boli cronice**

La nivelul UE-28, 61,9% din totalul vârstnicilor (65 ani și peste) au declarat că suferă de boli cronice, din care 63,2% erau de gen feminin și 60,3% de gen masculin.

Vârstnicii (65 ani și peste) care declară în cea mai mare proporție<sup>23</sup> că suferă de boli cronice, în anul 2017, se regăsesc în următoarele țări: Estonia (82,9%), Cipru (81,4%), Letonia și Ungaria (79,4%), Croația (75,5%) și în cea mai mică măsură în Luxemburg (47,0%), Danemarca (41,1%), Belgia (39,2%) și Italia (33,6%) (Anexa nr.6).

Diferențiat pe sexe, femeile vârstnice care declară că suferă de boli cronice<sup>24</sup>, se regăsesc în cea mai mare proporție în: Estonia (84,6%), Cipru (82,8%), Letonia (81,9%), Ungaria (81,3%), Lituania (78,7%) și în cea mai mică măsură în Luxemburg (49,2%), Danemarca (41,9%), Belgia (39,5%) și Italia (35,3%) (Anexa nr. 6).

Bărbații vârstnici care declară în cea mai mare proporție că suferă de boli cronice, se regăsesc în: Cipru (79,7%), Estonia (79,5%), Ungaria (76,3%), Letonia (74,5%), Croația (72,3%), Portugalia (70,4%) și în cea mai mică măsură în România (47,6%), Luxemburg (44,6%), Danemarca (40,1%), Belgia (38,9%) și Italia (31,4%) (Anexa nr. 6).

În ceea ce privește diferența între sexe, femeile vârstnice se consideră ca fiind mai suferinde decât bărbații vârstnici, cele mai mari decalaje procentuale, înregistrându-se, în următoarele țări: România (15,8%), Lituania (11,0%), Letonia (7,4%), Austria (6,3%) și cele mai mici în Danemarca (1,8%), Republica Cehă (0,7%), Belgia (0,6%) și Germania (0,4%). Diferențe favorabile sexului masculin se înregistrează în următoarele țări – Franța (1,6%) și Irlanda (0,5%) (Anexa nr. 6).

---

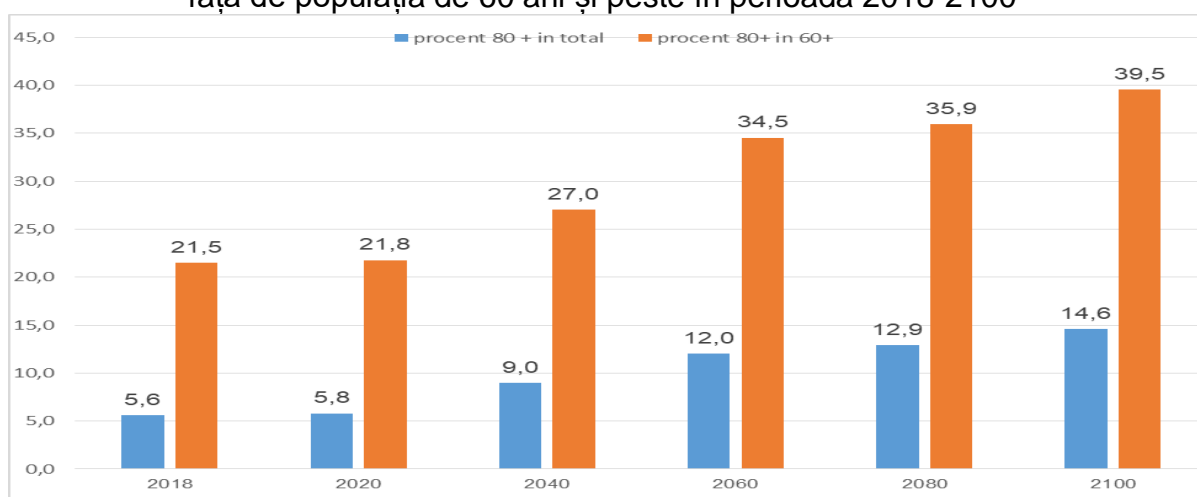
<sup>23</sup> România se situează pe poziția a 18-a (descrescător) cu 57,0%, Sursa: Bazele de date Euro

<sup>24</sup> România se situează pe poziția a 18-a (descrescător) cu 63,4%, Sursa: Bazele de date Eurostat

## Capitolul IV: Sistemele de îngrijiri de lungă durată în statele membre ale Uniunii Europene

În Uniunea Europeană (UE- 28), nevoia de îngrijiri și asistență pe termen lung va crește din ce în ce mai mult<sup>25</sup> în anii ce vor urma, deoarece țările europene se vor confrunta cu creșterea ireversibilă a numărului celor mai în vârstă dintre vârstnici – populația de 80 ani și peste. Astfel în UE-28, procentul persoanelor de 80 ani și peste va depăși dublul în perioada 2060 – 2100, ajungând la 12,0% (2060), 12,8% (2080), 14,6% (2100) față de 5,6% în anul 2018. Ca raport în populația de 60 ani și peste, cei care au depășit 80 ani au reprezentat 21,5% în anul 2018 și vor reprezenta 21,8% în anul 2020, 27,0% în anul 2040, 34,5% în anul 2060, 35,9% în anul 2080 și 39,5% în anul 2100 (Anexa nr.2, Grafic nr.3)

**Grafic nr. 3:** Evoluția procentuală a populației de 80 ani și peste față de populația totală și față de populația de 60 ani și peste în perioada 2018-2100



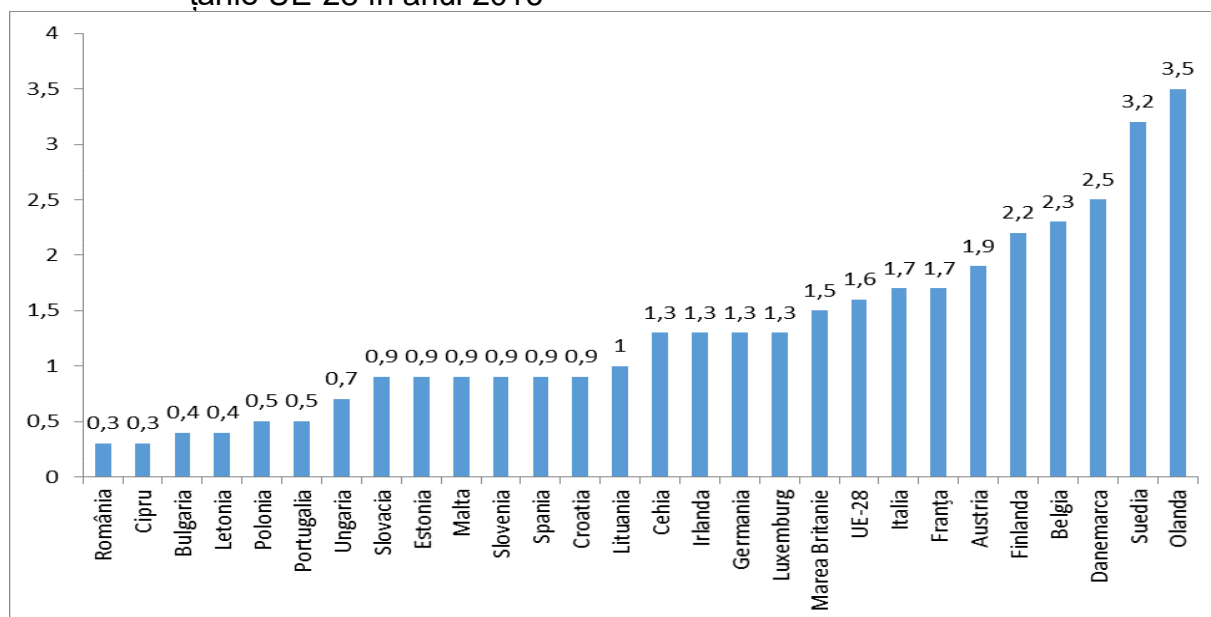
Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor Eurostat

Deși convențiile obligatorii privind drepturile omului nu includ un drept specific privitor la Îngrijirile de Lungă Durată (ÎLD) și nici dreptul de a alege un serviciu de Îngrijire de Lungă Durată, Comitetul Pentru Drepturile Persoanelor cu Handicap a confirmat că persoanele cu dizabilități au dreptul de a alege tipul de îngrijire, inclusiv îngrijirea la domiciliu, la domiciliu sau în comunitate, astfel încât persoanele în vârstă cu dizabilități nu trebuie să fie admise în îngrijirea rezidențială împotriva voinței lor.

<sup>25</sup> Se va crea astfel o presiune uriașă asupra guvernelor și finanțelor publice europene pentru a crește oferta de servicii de Îngrijire de Lungă Durată accesibile și de înaltă calitate

Tema „Îngrijirile de Lungă Durată”<sup>26</sup> (ÎLD) se numără printre provocările principale pentru politicile sociale, cu care se confruntă toate țările Uniunii Europene. Instituțiile europene au inclus această temă în numeroase inițiative și au promovat schimbul reciproc de experiență în special prin metoda coordonării deschise acordând cea mai mare importanță implicării partenerilor sociali și actorilor societății civile. Rapoartele elaborate în acest context de fiecare stat în parte arată că, în ciuda situațiilor inițiale și a condițiilor-cadru diferite, în cele mai multe țări provocările sunt similare, iar rezultatele sunt mult diferite. Îngrijirea pe termen lung este de obicei asigurată persoanelor cu dizabilități fizice sau mentale, bătrânilor cu o stare de sănătate delicată și a grupurilor care au nevoie de ajutor să-și desfășoare activități de rutină zilnică. Îngrijirea pe termen lung se întâlnește cu deosebire în segmentul de persoane cu vârstă înaintă care poate fi afectat cu mai multă ușurință de afecțiuni cronice ce pot duce la dizabilități fizice sau mentale.

**Grafic nr.4:** Procentul cheltuielilor cu Îngrijirile de Lungă Durată ca procent în PIB (%) în țările UE-28 în anul 2016



Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din „Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală – Documente de țară, actualizate 2019”, Comisia Europeană, pp.289-494, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf)

<sup>26</sup> Îngrijirea pe termen lung poate fi realizată la domiciliu sau poate fi instituționalizată. Îngrijirea la domiciliu poate avea loc fie în casă, fie în cadrul comunității aflate în afara locuinței. Îngrijirea pe termen lung poate fi furnizată de către îngrijitori formali, (îngrijire plătită), și îngrijire informală realizată de către persoane care nu sunt plătite pentru serviciile lor (membri ai familiei, vecini, voluntari).

Conform datelor publicate în „Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability, Country Documents 2019 Update”<sup>27</sup> sumele alocate și cheltuite pentru acordarea serviciilor de îngrijire de lungă durată variază și ne relevă gradul de interes acordat acestor activități de suport atât de importante pentru persoanele vârstnice dependente (Grafic nr.4).

Astfel , în anul 2016, procentul cheltuielilor cu ÎLD în PIB a variat de la 0,3% - România și Cipru (față de 1,6% la nivelul UE-28), 0,4% - Bulgaria și Letonia, 0,5% - Polonia și Portugalia până la 2,5% - Danemarca, 3,2% - Suedia și 3,5% - Olanda.

## **4.2.Sinteza rezultatelor raportului Rețelei Europene de Politică Socială - „Provocările privind îngrijirea pe termen lung în Europa - Un studiu al politicilor naționale”<sup>28</sup>**

Rețeaua Europeană de Politică Socială (REPS) a fost invitată de către Comisia Europeană să prezinte o descriere și o analiză a dispozițiilor naționale pe termen lung și a provocărilor viitoare, cu accent pe ÎLD pentru persoanele în vârstă (65 de ani și peste).

Ca răspuns la acest mandat, a fost elaborat de către REPS un raport de sinteză<sup>29</sup>, care: a) oferă o scurtă descriere a principalelor trăsături ale sistemelor naționale ÎLD din Europa; și b) analizează provocările cu care se confruntă sistemele ÎLD naționale identificate în cele 28 de țări ale Uniunii Europene. Raportul identifică, de asemenea, reformele naționale care vizează combaterea acestor provocări. În cele din urmă, aceasta prezintă o scurtă trecere în revistă a indicatorilor ÎLD naționali.

Scopul principal al raportului este de a ilustra principalele provocări și tendințe în politicile naționale printr-un număr limitat de exemple.

Pe baza contribuțiilor naționale aprofundate pregătite de echipele REPS din cele 28 țări ale Uniunii Europene, Raportul de sinteză prezintă următoarele concluzii cheie:

---

<sup>27</sup>„Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală – Documente de țară, actualizate 2019”, Comisia Europeană, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf).

<sup>28</sup> Sursa informațiilor: [https://www.mobilelabour.eu/wp-content/uploads/2018/09/raport-E.-Commission\\_Challenges-in-long-term-care-in-Europe.-Study-of-natl-policies-2018.pdf](https://www.mobilelabour.eu/wp-content/uploads/2018/09/raport-E.-Commission_Challenges-in-long-term-care-in-Europe.-Study-of-natl-policies-2018.pdf), pp.6-11

<sup>29</sup> [https://www.mobilelabour.eu/wp-content/uploads/2018/09/raport-E.-Commission\\_Challenges-in-long-term-care-in-Europe.-Study-of-natl-policies-2018.pdf](https://www.mobilelabour.eu/wp-content/uploads/2018/09/raport-E.-Commission_Challenges-in-long-term-care-in-Europe.-Study-of-natl-policies-2018.pdf)

## **I. Principalele caracteristici ale sistemelor naționale de îngrijire pe termen lung**

### **1. Fragmentarea interinstituțională și teritorială**

În majoritatea țărilor, ÎLD pentru persoanele în vârstă nu este un domeniu distinct al politicii sociale. Prevederile ÎLD în multe țări sunt într-adevăr caracterizate de o fragmentare a responsabilităților și, prin urmare, de o lipsă de integrare între aspectele sociale și de sănătate ale furnizării ÎLD. ÎLD sunt, de obicei, finanțat din diferite surse și organizat la niveluri diferite - orizontale și verticale.

Sistemul de sănătate este responsabil pentru îngrijirea furnizată de profesioniștii din domeniul sănătății, în timp ce serviciile legate de sprijinirea persoanei dependente de îngrijire în activitățile cotidiene sunt de obicei organizate de sectorul social. Doar unele țări își organizează sistemul într-un mod care integrează îngrijirea medicală și socială orizontal (de exemplu, Danemarca, Irlanda, Portugalia). În majoritatea țărilor, această divizare orizontală între sectoarele sănătății și cele sociale este însoțită de o repartizare verticală a responsabilităților, cu atribuții repartizate la diferite niveluri instituționale: naționale, regionale și locale (de exemplu, Austria, Belgia, Bulgaria, Cipru, Germania, Estonia, Grecia, Spania, Franța, Ungaria, Italia, Lituania, Letonia, Polonia, Republica Cehă, **România**, Slovenia și Marea Britanie)

### **2. Spre prioritizarea îngrijirii la domiciliu**

În multe țări (de exemplu Austria, Danemarca, Finlanda, Franța, Germania, Luxemburg, Slovenia, Suedia), îngrijirea la domiciliu (îngrijirea în locuința persoanei în vârstă) are prioritate față de îngrijirea rezidențială (unde persoana dependentă locuiește într-un cadru rezidențial). Cu toate acestea, în multe țări serviciile oficiale de îngrijire la domiciliu pentru persoanele în vârstă rămân subdezvoltate (de exemplu, Bulgaria, Cipru, Estonia, Grecia, Irlanda, Polonia, România, Spania, Ungaria).

Pentru a permite vârstnicilor să trăiască independent și să se mențină fizic, mental și social cât mai mult timp posibil (și astfel, pentru a preveni dependența de serviciile de îngrijire și izolarea socială), strategiile de prevenire și reabilitare sunt de o importanță capitală. Cu toate acestea, doar câteva țări au implementat cu succes astfel de strategii (de exemplu, Danemarca, Germania, Luxemburg, Polonia, precum și mai recent Franța și Marea Britanie)

În mod similar, în multe țări, facilitățile de îngrijire rezidențială pentru persoanele în vârstă sunt subdezvoltate (de exemplu, Croația, Estonia, Grecia, Polonia, *România*, Ungaria), în timp ce în altele furnizarea lor a fost redusă ca urmare a politicilor care

vizează dezinstituționalizarea (de exemplu Danemarca, Finlanda, Olanda). Deoarece cererea depinde în mare măsură de oferta în multe țări, a apărut un sector comercial privat pentru persoanele dependente de îngrijire care își pot permite acest lucru (de exemplu, Cipru, Grecia, Ungaria, Malta, Marea Britanie, Portugalia, România).

### **3. Aranjamente de finanțare**

Finanțarea publică pentru serviciile ÎLD și prestațiile de asistență socială poate fi făcute în funcție de nevoile de îngrijire ale persoanei dependente, de veniturile și activele acestora și de disponibilitatea îngrijitorilor de familie. În aproape toate țările, plățile în afara buzunarului sunt necesare atât pentru îngrijirea la domiciliu, servicii și îngrijire rezidențială. Cele mai multe dintre aceste sisteme sunt finanțate din impozitarea generală.

### **4. Un rol important pentru îngrijirea informală**

ÎLD se bazează foarte mult, în toate cele 28 de țări ale Uniunii Europene incluse în acest raport de sinteză, pe îngrijirile oferite de îngrijitorii informali, în special soții și copiii persoanei dependente de îngrijire. În majoritatea cazurilor, sunt femei. Îngrijitorii informali joacă un rol fundamental în îngrijirea persoanelor în vârstă, astfel 12,0% și 16,0% din lucrători între 18 și 64 de ani, oferă îngrijiri unui membru al familiei cel puțin o dată pe săptămână. Se estimează că 80,0% din munca de îngrijire este furnizată de îngrijitori informali, iar ponderea asistenților informali în rândul forței de muncă crește odată cu vârsta. Cu toate acestea, responsabilitățile de îngrijire devin deseori greoaie dacă nu sunt luate măsurile corecte pentru a-i proteja pe cei care îngrijesc. „În acest sens, barometrul AGE – Platform Europe<sup>30</sup> a încercat să surprindă acest echilibru între îndatoririle de serviciu, responsabilitățile familiale și de îngrijire ale prietenilor sau rudelor. Din analizele efectuate, a reieșit că în 2016, 34,0% dintre îngrijitorii intervievați cu vârste cuprinse între 50 și 64 de ani, în UE-28 au avut dificultăți în a combina munca cu îndatoririle de îngrijire, comparativ cu 27,0% în 2011. Acest lucru reflectă nevoile din ce în ce mai mari de îngrijire informală, din cauza schimbărilor demografice, dar și din cauza reducerii serviciilor de îngrijire formale”<sup>31</sup>.

În unele țări, responsabilitățile familiale dintre copii și părinți sunt consacrate prin lege (de exemplu, Letonia, Lituania, Ungaria). Măsura în care îngrijitorul informal este

---

<sup>30</sup> AGE Platform Europe este o rețea europeană de peste 160 de organizații din și pentru persoane de peste 50 de ani, reprezentând direct peste 30 de milioane de persoane în vârstă din întreaga Europă. AGE Platform Europe vizează exprimarea și promovarea intereselor celor 150 de milioane de locuitori cu vârste de peste 50 de ani în Uniunea Europeană și creșterea gradului de conștientizare a problemelor care îi privesc cel mai mult.

<sup>31</sup> Sursa - „Age Barometer 2019” - AGE Platform Europe(2019), p.17, [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/AGE\\_Barometer\\_2019-Final.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/AGE_Barometer_2019-Final.pdf)



sprijinit de politicile publice variază foarte mult între țări. Un număr limitat de țări acordă prestații în numerar direct îngrijitorului (de exemplu - Finlanda, Ungaria, Irlanda, Marea Britanie) și unele țări au scheme de concediu de îngrijire, care permit rudelor care îngrijesc să își ia ceva timp liber de la locul de muncă remunerat sau să își reducă timpul de lucru în scopul acordării de îngrijire

## **II. Provocările principale de îngrijire pe termen lung în sistemele naționale**

### **1. Provocări privind accesul și adecvarea**

Setările instituționale și diferențele locale și regionale afectează puternic accesul efectiv la serviciile și beneficiile ÎLD. Fragmentarea prevederilor între serviciile de asistență medicală și serviciile sociale conduce deseori la o lipsă de coordonare între entități care afectează perioadele de așteptare și procedurile administrative (de exemplu, Bulgaria, Cipru, Estonia, Franța, Letonia, Lituania, Slovenia, Republica Cehă, și Marea Britanie). În plus, responsabilitățile regionale pentru ÎLD s-au soldat cu disparități în ceea ce privește furnizarea de ÎLD în multe țări.

Serviciile de îngrijire la domiciliu și ÎLD comunitare sunt cele mai dificil de accesat, deoarece sunt subdezvoltate în multe țări. Există o distincție clară între țările europene în acest sens. Serviciile de domiciliu și comunitate sunt cele mai dezvoltate în țările nordice (Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia, Suedia) și unele țări continentale (de exemplu, Austria, Belgia, Germania, Franța, Luxemburg, Olanda). În schimb, cei care au nevoie de ÎLD în țările Europei de Sud (de exemplu, Cipru, Grecia, Spania, Malta, Portugalia), în țările din Europa de Est (de exemplu Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia, Republica Cehă, România, Slovacia și Slovenia) și în Marea Britanie se confruntă cu o disponibilitate insuficientă a furnizării de servicii de îngrijire la domiciliu în special pentru persoanele cu grad ridicat de dependență.

Una dintre consecințele priorității oferite serviciilor de îngrijire la domiciliu și serviciilor comunitare a fost faptul că disponibilitatea serviciilor de îngrijire rezidențială a scăzut în mai multe țări europene în ultimii 25 de ani. Experții REPS din țările nordice raportează într-adevăr un proces semnificativ de dezinstituționalizare și punerea accentului pe dezvoltarea îngrijirilor la domiciliu. În Europa de Sud (de exemplu - Spania, Italia, Portugalia), există o tendință clară de creștere a numărului de paturi pentru persoanele cu vârsta de peste 65 de ani, datorită modificării structurii pieței muncii (mai multe femei lucrează), creșterii vârstei de pensionare și schimbări în structura familiei (și norme). În Europa de Est situația este mai puțin clară. Într-adevăr, în unele țări s – a

înregistrat o scădere ușoară, dar constantă a numărului de paturi rezidențiale începând cu anii 2000 (de exemplu Letonia), în timp ce în alte țări s - a înregistrat o anumită creștere în numărul de locuințe rezidențiale (exemplu, Bulgaria, Estonia, Lituania, România).

În mod esențial, provocarea insuficienței disponibilități de îngrijire rezidențială afectează toate regiunile din Europa. După cum s-a subliniat mai sus, țările nordice și multe țări continentale au reorientat în mod constant combinația de politici ÎLD către îngrijirea la domiciliu și îngrijirea comunității. Cu toate acestea, rapoartele țărilor REPS arată că dezinstituționalizarea este o problemă complexă.

Dezinstituționalizarea nu reprezintă o problemă în sine, ci devine o preocupare atunci când nu este însoțită de o creștere suficientă a serviciilor de îngrijire la domiciliu și de îngrijire în comunitate mai accesibile (ca să fie un echilibru).

Astfel, dezinstituționalizarea ar trebui să facă parte dintr-o remaniere globală a prevederilor ÎLD – nu ar trebui să fie doar o opțiune "ieftină", iar facilitățile rezidențiale ar trebui să devină accesibile.

Pe lângă factorii structurali, în anumite țări, accesul efectiv la îngrijirea rezidențială a fost împiedicat de criza economică și financiară, ceea ce a dus la reducerea fondurilor publice și / sau la o înăsprire a criteriilor de eligibilitate (de exemplu, Danemarca, Grecia, Irlanda , Marea Britanie, Spania).

## **2. Provocarea calității**

Calitatea în ÎLD este esențială pentru menținerea și îmbunătățirea calității vieții persoanelor în vârstă fragile, atât în mediul rezidențial, cât și în cel de îngrijire la domiciliu. Cea mai comună abordare a monitorizării calității în cele 28 țări ale Uniunii Europene este utilizarea unui set de standarde și cerințe prestabilite pentru acreditarea, licențierea sau înregistrarea furnizorilor (de exemplu, Cipru, Germania, Spania, Finlanda, Irlanda, Lituania, Letonia, Olanda, Polonia, Portugalia, Republica Cehă, România, Slovenia, Slovacia și Marea Britanie). Cu toate acestea, acest lucru se aplică în special în cazul unităților rezidențiale și, rareori, în cazul serviciilor la domiciliu. Informații suplimentare privind calitatea îngrijirii sunt uneori, dar nu în mod sistematic, luate din sondajele privind satisfacția utilizatorilor sau o analiză a plângerilor.

Atunci când ne concentram asupra provocării calității, trebuie luate în considerare și condițiile de lucru pentru persoanele care furnizează servicii.

Atractivitatea sectorului rămâne scăzută, deoarece este adesea reprezentată negativ, datorită condițiilor de muncă necorespunzătoare și precarității (venit scăzut, lipsă

de formare profesională, volum mare de muncă și un nivel ridicat de solicitare), ceea ce duce la o lipsă severă de profesioniști calificați.

### **3. Provocarea angajării**

În toate țările analizate, există o incidență ridicată a îngrijirii informale. Lipsa de facilități formale de ÎLD accesibile este menționată de experții REPS ca fiind principalul motiv pentru extinderea îngrijirii informale. Printre alte motive se numără slaba calitate a ÎLD (de exemplu Italia, Marea Britanie), subvenționarea extrem de pârținoare a ÎLD (Cipru), lipsa serviciilor instituționale și comunitare, lipsa accesibilității ÎLD (de exemplu Italia) și, nu în ultimul rând, modelul tradițional de relații inter-generaționale și familiale. În plus, în ciuda schimbărilor culturale, a atitudinilor noi și a progresului relativ în distribuirea sarcinii de îngrijire, femeile continuă să își asume responsabilitatea și să efectueze cele mai multe acte de îngrijire. Acest lucru are un impact negativ asupra participării femeilor pe piața forței de muncă. Datele arată că femeile sunt mult mai susceptibile de a-și reduce timpul de lucru sau de a-și părăsi locul de muncă pentru a oferi îngrijire decât bărbații.

Lucrătorii casnici, adesea femeile migrante, joacă, de asemenea, un rol important în furnizarea de servicii de îngrijire medicală la domiciliu în mai multe țări. Principalele motive sunt costurile ridicate ale serviciilor de îngrijire profesională, lipsa de sprijin pentru persoanele în vârstă de muncă cu rude dependente și lipsa accesului la serviciile formale de îngrijire la domiciliu sau la serviciile de îngrijire rezidențială. Calificările și condițiile de muncă ale migranților în instituțiile de ÎLD sunt aspecte importante care trebuie abordate în multe țări.

### **4. Provocarea privind sustenabilitatea financiară**

Cheltuielile pe termen lung au crescut în ultimii 20 de ani în multe dintre cele 28 de țări ale Uniunii Europene aflate în studiu. Se preconizează că cheltuielile pe termen lung vor fi ridicate pe agendele mai multor țări, deoarece previziunile arată că cheltuielile pentru îngrijirile de lungă durată în UE-28 vor crește de la 1,6% (2016) la 2,7% (2060) din PIB, adică o creștere de aproape 70,0%, exercitând o presiune constantă asupra finanțelor publice.

Cu toate acestea, previziunile privind sustenabilitatea financiară a ÎLD variază foarte mult între țări.

Sustenabilitatea financiară este împiedicată de fragmentarea orizontală a îngrijirii dintre sănătate și entitățile sociale menționate mai sus. Lipsa abordării unei strategii financiare clare de către entitățile locale sau regionale sau a unei tendințe spre un anumit

tip de îngrijire (de exemplu îngrijirea rezidențială) poate, de asemenea, să ducă la cheltuieli neprevăzute pentru ÎLD.

### III. Reforme

În general, recente activități de reformă în domeniul îngrijirii pe termen lung în cele 28 țări ale Uniunii Europene au fost mai puțin pronunțate în ceea ce privește numărul și domeniul de aplicare comparativ cu reformele din domeniul sănătății. Temele principale de reformă din ultimii doi ani au fost dezinstituționalizarea îngrijirii (Bulgaria, Grecia, Letonia, Lituania, și Polonia) și elaborarea strategiilor naționale și a planurilor de acțiune privind demența<sup>32</sup> (Austria, Danemarca, Germania, Grecia, Irlanda, Malta, și Marea Britanie). Îmbunătățirea accesului la serviciile de îngrijire la domiciliu a reprezentat o preocupare de bază a reformelor pe termen lung în: Cipru, Germania, Irlanda, Malta, și Suedia. În plus, politicile vizând formarea forței de muncă (Germania și Slovenia) și creșterea salariilor în acest sector (Franța, Luxemburg) au avut ca scop îmbunătățirea accesului și calității serviciilor ÎLD. Pornind de la o cheltuială și o acoperire redusă pentru acest tip de servicii, Bulgaria și Polonia au elaborat strategii naționale și planuri de implementare pentru ÎLD, în timp ce Slovacia a extins coșul de beneficii care trebuie acoperit de sistemul de asigurări de sănătate. Astfel, prestațiile ÎLD au făcut obiectul mai multor reforme în ultimii 10 ani (2008-2018) în cele mai multe dintre cele 28 de țări ale Uniunii Europene. Au existat trei tendințe principale cu privire la diferitele aspecte ale ÎLD: a) reajustări ale amestecului de politici de ÎLD și mișcări specifice de la asistența medicală rezidențială către îngrijirea la domiciliu și îngrijirea comunitară; b) eforturile de îmbunătățire a sustenabilității financiare și c) îmbunătățirea accesului și accesibilității îngrijirii, inclusiv prin îmbunătățirea statutului îngrijitorilor informali.

### IV. Provocarea măsurării îngrijirilor pe termen lung

Indicatorii pentru măsurarea accesului, adecvării și sustenabilității financiare sunt disponibili în majoritatea țărilor. Cu toate acestea, calitatea ÎLD este un fenomen multidimensional, care rămâne foarte dificil de înțeles: datele sunt adesea disponibile doar

---

<sup>32</sup> În anul 2015, demența a afectat peste 47 de milioane de oameni în întreaga lume. Până în anul 2030, se estimează că peste 75 de milioane de oameni vor trăi cu demență, iar numărul este de așteptat să se tripleze până în anul 2050. Sursa datelor: „Raport mondial despre îmbătrânire și sănătate”, Organizația Mondială a Sănătății (2015), p.59, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1)

ad-hoc și adesea nu acoperă calitatea îngrijirii. Compararea țărilor cu aceste dimensiuni este, prin urmare, foarte problematică.

Pe măsură ce noi generații devin dependente de îngrijire, pe lângă condițiile-cadru sociale se schimbă și mentalitatea, pretențiile și însuși capacitățile celor care au nevoie de îngrijire. Elaborarea abordărilor viitoare trebuie să țină seama de această dinamică

Pentru a răspunde provocării îmbătrânirii, trebuie dezvoltate medii și politici pentru a preveni faptul marginalizării persoanelor în vârstă și a căderii lor în dependență. Persoanele în vârstă au dreptul să se bucure de viață și să participe pe deplin în societate și să rămână sănătoase până la vârste înaintate. Trebuie asigurate servicii disponibile de sănătate și îngrijire pe termen lung de calitate și la prețuri accesibile.

### 4.3.Indicatori statistici în domeniul Îngrijirilor de Lungă Durată

#### 4.3.1.Persoanele vârstnice din țările Uniunii Europene care au solicitat îngrijiri la domiciliu în anul 2014

La nivelul celor 28 țări ale U.E, 10,6% din procentul persoanelor de 65 ani și peste au solicitat servicii de îngrijire la domiciliu, în metropole - 10,0%, în orașe și suburbii - 10,3%, iar în ariile rurale - 11,7%. (Anexa nr.7)

La nivel de total<sup>33</sup>, cele mai multe persoane care au solicitat servicii de îngrijire la domiciliu s-au aflat în Belgia (24,7%), Malta (23,6%) și Franța (21,4%) Pentru sexul feminin<sup>34</sup> în Malta (29,8%), Belgia (28,5%) și Olanda (28,0%). Pentru sexul masculin<sup>35</sup> în Belgia (19,4%), Franța (17,9%) și Malta (15,5%) (Anexa nr.7)

La nivel de metropolă, cele mai multe persoane care au solicitat servicii de îngrijire la domiciliu<sup>36</sup> s-au aflat în Malta (26,3%), Belgia (24,3%) și Olanda (22,9%). Pentru sexul feminin<sup>37</sup> în Malta (33,0%), Olanda (29,3%) și Belgia (28,5%). Pentru sexul masculin<sup>38</sup> în Belgia (18,8%), Malta (17,4%) și Olanda (15,2%) (Anexa nr.7)

La nivel de oraș și suburbii<sup>39</sup>, cele mai multe persoane vârstnice care au solicitat servicii de îngrijire la domiciliu s-au aflat în Belgia (23,1%), Franța (20,8%) și Olanda

<sup>33</sup> România a ocupat poziția a 27-a în ordine descrescătoare (penultima) cu 4,7%. Sursa datelor: Bazele de date Eurostat

<sup>34</sup> România a ocupat poziția a 27-a în ordine descrescătoare (penultima) cu 5,7%. Sursa datelor: Bazele de date Eurostat.

<sup>35</sup> România a ocupat poziția a 26-a în ordine descrescătoare cu 3,3%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>36</sup> România a ocupat poziția a 28-a în ordine descrescătoare (ultima poziție) cu 3,7%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>37</sup> România a ocupat poziția a 24-a în ordine descrescătoare cu 5,4%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>38</sup> România a ocupat poziția a 27-a în ordine descrescătoare (penultima) cu 1,0%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>39</sup> România a ocupat poziția a 24-a în ordine descrescătoare cu 4,0%. Sursa datelor: loc cit.

(20,0%) Pentru sexul feminin<sup>40</sup> în Olanda (26,9%), Belgia (24,9%) și Malta (24,1%). Pentru sexul masculin<sup>41</sup> în Belgia (20,6%), Franța (19,9%) și Malta (12,9%) (Anexa nr.7)

La nivel de mediu rural<sup>42</sup>, cele mai multe persoane vârstnice care au solicitat servicii de îngrijire la domiciliu s-au aflat în Malta (29,5%), Belgia (27,0%) și Franța (24,7%). Pentru sexul feminin<sup>43</sup> cele mai multe persoane vârstnice care au solicitat servicii de îngrijire la domiciliu s-au aflat în Malta (37,8%), Belgia (32,5%) și Franța (28,8%). Pentru sexul masculin<sup>44</sup> cele mai multe persoane vârstnice care au solicitat servicii de îngrijire la domiciliu s-au aflat în Franța (20,0%), Belgia (19,2%) și Malta (17,2%) (Anexa nr.7).

#### **4.3.2.Indicatori statistici în domeniul Îngrijirilor de Lungă Durată din țările Uniunii Europene în anul 2015**

Din analiza datelor din Anexa nr.8 rezultă următoarele:

Procentul în totalul populației a persoanelor cu boli cronice, a variat de la 20,6% - România, 21,6% - Bulgaria, 23,3% - Luxemburg, 23,6% - Grecia până la 42,5% - Germania, 42,7% - Portugalia, 46,2% - Estonia și 46,6% - Finlanda.(Media UE-28 - 34,2%) (Anexa nr.8)

Procentul în totalul populației a persoanelor care au auto-perceput o limitare severă în activitățile zilnice<sup>45</sup> a variat de la 2,5% - Malta, 3,7% - Suedia, 4,6% - Bulgaria, 5,2% - Spania până la 10,4% - Estonia, 10,6% - Marea Britanie, 10,8% - Grecia și 11,0% - Croația.(Media UE-28 - 8,1%).(Anexa nr.8)

Procentul în totalul populației a persoanelor care primesc ÎLD formale<sup>46 47</sup> a variat de la 0,1% - Grecia, 0,4% - Portugalia, 0,6% - Polonia, 0,8% - Croația până la 4,3% - Republica Cehă, 4,5% - Lituania, 5,7% - Olanda și 7,9% - Belgia.(Media UE-28 - 2,2%).(Anexa nr.8)

---

<sup>40</sup> România a ocupat poziția a 23-a în ordine descrescătoare cu 5,2%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>41</sup> România a ocupat poziția a 26-a în ordine descrescătoare cu 2,3%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>42</sup> România a ocupat poziția a 24-a în ordine descrescătoare cu 5,4%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>43</sup> România a ocupat poziția a 25-a în ordine descrescătoare cu 6,1%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>44</sup> România a ocupat poziția a 21-a în ordine descrescătoare cu 5,0%. Sursa datelor: loc cit.

<sup>45</sup> România a ocupat poziția a 14-a în ordine descrescătoare cu 8,5%. Sursa datelor: „Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală –Documente de țară, actualizate 2019”, Comisia Europeană; pp.289-494, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf)

<sup>46</sup> Se refera la îngrijirile de lungă durată prestate de îngrijitori plătiți, la domiciliu sau in centre rezidențiale.

<sup>47</sup> România a ocupat poziția a 14-a în ordine descrescătoare cu 2,0%.Sursa datelor: loc cit.

### 4.3.3.Indicatori statistici în domeniul Îngrijirilor de Lungă Durată din țările Uniunii Europene în perioada 2016-2070

#### 4.3.3.1.Populația totală, populația dependentă și rata de dependență

Populația dependentă și rata de dependență va crește continuu în majoritatea țărilor Uniunii Europene (în perioada 2016-2070). (Anexa nr.9)

Din punct de vedere al evoluției, populația totală se împarte în 4 categorii:

- țări a căror populație va scădea în perioada 2016-2070 - Bulgaria, Cipru, Croația, Estonia, Germania, Letonia, Lituania, Italia, Polonia, Portugalia, Republica Cehă, România, Slovacia, Slovenia și Ungaria;
- țări a căror populație va crește în perioada 2016-2070 - Austria, Belgia, Danemarca, Franța, Luxemburg, Irlanda, Marea Britanie, Olanda Spania și Suedia;
- țări a căror populație va rămâne aproximativ constantă în perioada 2016 -2070 – Finlanda și Malta.

În anul 2016<sup>48</sup>, rata de dependență a variat de la 3,9% - Bulgaria, 5,0% - Malta, 5,2% - Suedia, 5,3% - Irlanda și Spania până la 9,4% - Slovacia, 10,0% - Estonia, 10,2% - Marea Britanie și 10,5% - Slovenia. (Anexa nr.9)

În anul 2070<sup>49</sup>, rata de dependență va varia de la 5,5% - Bulgaria, 6,0% - Malta și Suedia, 7,2% - Spania, 7,7% - Irlanda până la 12,5% - Estonia, 13,0% - Slovenia, 14,0% - Cipru și 15,7% - Slovacia (Anexa nr.9).

#### 4.3.3.2.Procent din populația dependentă care primește Îngrijiri de Lungă Durată formale<sup>50</sup>

Acest indicator va crește continuu în majoritatea<sup>51</sup> țărilor Uniunii Europene.(în perioada 2016-2070) (Anexa nr.10).

Cinci țări – Belgia, Estonia, Finlanda, Malta și Suedia au în anul 2016 un procent de 100,0% la acest indicator și vor păstra acest procent pe tot parcursul perioadei. În anul 2070, încă 3 țări vor ajunge la valoarea de 100,0% la acest indicator – Austria, Republica Cehă și Spania. (Anexa nr.10).

<sup>48</sup> România se va situa pe poziția a 14-a (descrescător) cu o rată de dependență de 7,8%, la egalitate cu Cipru.Sursa datelor:„Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală –Documente de țară, actualizate 2019”, Comisia Europeană (2019); pp.289-494, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf).

<sup>49</sup> România se va situa pe poziția a 12-a (descrescător) cu o rată de dependență de 11,0% Sursa datelor: loc cit.

<sup>50</sup> Se refera la îngrijirile de lungă durată prestate de îngrijitori plătiți, la domiciliu sau în centre rezidențiale.

<sup>51</sup> Cu excepția Franței și Slovaciei.

În anul 2016, acest indicator a variat de la 26,0% - Letonia, 28,0% - România, 35,5% - Ungaria, 36,4% - Luxemburg, 38,6% - Portugalia până la 75,8% - Lituania, 89,8% - Austria, 90,4% - Republica Cehă și 100,0% în Belgia, Estonia, Finlanda, Malta și Suedia (Anexa nr.10).

În anul 2070, acest indicator va varia de la 28,5% - Letonia, 34,3% - România, 37,6% - Ungaria și 50,0% - Croația până la 91,3% - Olanda, 94,4% - Lituania, 97,4% - Polonia și 100,0% în Austria, Belgia, Estonia, Finlanda, Malta, Republica Cehă, Spania și Suedia (Anexa nr.10).

#### **4.3.3.3. Procentul cheltuielilor pentru Îngrijirile de Lungă Durată în Produsul Intern Brut (PIB), scenariul 1<sup>52</sup> și scenariul 2<sup>53</sup> în perioada 2016-2070<sup>54</sup>**

Acest indicator va crește continuu în țările Uniunii Europene în ambele scenarii (în perioada 2016-2070) (Anexa nr.11).

În scenariul 1, în anul 2070, acest indicator va varia de la 0,5% - Bulgaria, 0,6% - Cipru, Letonia și România, 1,1% - Ungaria, 1,2% - Croația până la 4,1% - Luxemburg, 4,2% - Finlanda, 4,7% - Danemarca, 4,9% - Suedia și 6,0% - Olanda.

În scenariul 2, în anul 2070, acest indicator<sup>55</sup> va varia de la 1,4% - Bulgaria, 2,0% - Croația, 2,1% - Polonia, 2,9% - Slovacia, 3,0% - Letonia până la 5,8% - Belgia, 6,5% - Luxemburg, 7,3% - Danemarca și 8,3% - Olanda.

---

<sup>52</sup>„Scenariul de referință” este folosit ca scenariu de bază pentru calcularea impactului bugetar general al îmbătrânirii. Este punctul de referință pentru comparații cu Raportul privind îmbătrânirea din 2015. În acest scenariu, cheltuielile pentru sănătate sunt determinate de presupunerea că jumătate din câștigurile viitoare ale speranței de viață sunt cheltuite într-o stare bună de sănătate, iar o elasticitate<sup>52</sup> a veniturilor la cheltuielile pentru îngrijirea sănătății converge liniar de la 1,1 în anul 2016 la unitate în anul 2070.

<sup>53</sup>„Scenariul riscului” presupune continuarea parțială a tendințelor observate recent în ceea ce privește cheltuielile de sănătate. Acest scenariu presupune că jumătate din câștigurile viitoare ale speranței de viață sunt cheltuite într-o bună stare de sănătate, iar impactul factorilor non-demografici asupra tendințelor viitoare este capturat prin utilizarea unei elasticități a cheltuielilor de sănătate de 1,4 până în anul 2016 convergând liniar la unitate în anul 2070.

<sup>54</sup>Sursa datelor: „Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală – Documente de țară, actualizate 2019”, Comisia Europeană (2019); pp.289-494, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf).

<sup>55</sup>România se va situa pe poziția a 10-a (descrescător) cu o rată de dependență de 4,6%, Sursa datelor: „Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală – Documente de țară, actualizate 2019”, Comisia Europeană (2019); pp.289-494, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf).



#### 4.3.3.4. Procentul în total cheltuieli pentru Îngrijirile de Lungă Durată a cheltuielilor pentru îngrijirile rezidențiale și pentru îngrijirile la domiciliu în perioada 2016-2070<sup>56</sup>

Din punct de vedere al evoluției, procentul în total cheltuieli pentru Îngrijirile de Lungă Durată a cheltuielilor pentru îngrijirile rezidențiale se împarte în 4 categorii: (Anexa nr.12).

- țări al căror procent va crește în perioada 2016-2070 – Austria, Bulgaria, Belgia, Cipru, Croația, Estonia, Italia, Irlanda, Germania, Luxemburg, Malta, Marea Britanie, Olanda, Polonia, Slovacia și Suedia;
- țări a căror procent va scădea în perioada 2016-2070 – Finlanda, Franța, Letonia, Lituania, Portugalia, Republica Cehă, Slovenia, Spania și Ungaria;
- țară al cărei procent va rămâne aproximativ constant în perioada 2016-2070 – *România*;
- țară al cărei procent va oscila în perioada 2016-2070 – Danemarca.

Se observă situația îngrijorătoare a României al cărei procent în total cheltuieli a procentului cheltuielilor pentru îngrijirea rezidențială va stagna la valoarea de 3,3%

În anul 2016, acest indicator a variat de la 3,3% - România, 12,7% - Cipru, 13,4% - Portugalia, 21,2% - Finlanda până la 82,3% - Letonia, 85,0% - Malta, 92,7% - Olanda și 94,7% - Croația. (Anexa nr.12).

În anul 2070, acest indicator va varia de la 3,3% - România, 12,2% - Portugalia, 12,9% - Cipru, 20,4% - Finlanda până la 75,6% - Italia, 84,3% - Polonia, 87,2% - Malta, 93,7% - Olanda și 95,0% - Croația. (Anexa nr.12).

Din punct de vedere al evoluției, procentul în total cheltuieli pentru Îngrijirile de Lungă Durată a cheltuielilor pentru îngrijirile la domiciliu se împarte în 4 categorii:

- țări al căror procent va crește în perioada 2016-2070 – Finlanda, Franța, Letonia, Lituania, Portugalia, Republica Cehă, Slovenia, Spania și Ungaria;
- țări a căror procent va scădea în perioada 2016-2070 – Austria, Bulgaria, Belgia, Cipru, Croația, Estonia, Italia, Irlanda, Germania, Luxemburg, Malta, Marea Britanie, Olanda, Polonia, Slovacia și Suedia;
- țară al cărei procent va rămâne aproximativ constant în perioada 2016-2070 – *România*;

<sup>56</sup> Sursa datelor: „Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală –Documente de țară, actualizate 2019”, Comisia Europeană, pp.289-494, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf).

- țară al cărei procent va oscila în perioada 2016-2070 – Danemarca.

În anul 2016, acest indicator a variat de la 5,3% - Croația, 7,3% - Olanda, 15,0% - Malta, 17,7% - Letonia, 17,9% - Polonia până la 78,9% - Finlanda, 86,6% - Portugalia, 87,3% - Cipru și 96,7% - România. (Anexa nr.12).

În anul 2070, acest indicator va varia de la 5,0% - Croația, 6,3% - Olanda, 12,8% - Malta, 15,7% - Polonia până la 79,6% - Finlanda, 87,1% - Cipru, 87,8% - Portugalia și 96,7% - România. (Anexa nr.12).

## Capitolul V: Participarea vârstnicilor pe piața forței de muncă din statele membre ale Uniunii Europene

Parlamentul European recomandă 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 rămână sau să reintre pe piața muncii. De asemenea, recomandă să se acorde atenție sprijinului pentru încadrarea în muncă a lucrătorilor 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 din pensii și la asigurarea succesului de durată al implementării reformelor în sistemele publice de pensii

La nivelul celor 28 țări ale U.E, rata de activitate a lucrătorilor vârstnici (55-64 ani) a fost de 58,7% la nivel de total, 52,4% feminin și 65,4% masculin. (Anexa nr.13).

Țările cu rata de activitate cea mai mare a lucrătorilor vârstnici, în anul 2018 au fost Suedia (77,9%), Germania (71,4%), Danemarca(70,7%) și Estonia (68,9%), iar cu ratele cele mai scăzute România (46,3%), Croația (42,8%), Grecia (41,1%) și Luxemburg (40,5%) (Anexa nr.13).

Țările cu rata de activitate cea mai mare a lucrătorilor vârstnici de sex feminin în anul 2018 au fost Suedia (75,8%), Estonia (71,5%), Germania și Lituania (66,9%) și Finlanda (66,5%), la polul opus situându-se România (35,7%), Croația și Luxemburg (35,2%), Malta (32,1%) și Grecia (30,0%) (Anexa nr.13).

Țările cu rata de activitate cea mai mare lucrătorilor vârstnici, de sex masculin<sup>57</sup> în anul 2018 au fost Suedia (81,0%), Olanda (76,6%), Germania (76,1%) și Danemarca (74,9%), cele mai scăzute rate consemnându-se în Grecia (53,3%), Slovenia (52,2%) Croația (51,0%) și Luxemburg (45,5%) (Anexa nr.13).

Cele mai mari diferențe între ratele de activitate au fost în favoarea sexului masculin și s-au înregistrat în: Malta (35,1%), Grecia (23,3%), România (22,2%), Polonia (20,7%) și Ungaria (20,6%) și cele mai mici în Slovacia (8,0%), Suedia (4,2%), Franța și Lituania (3,6%) și Letonia (1,6%). A fost două țări, unde diferențele între ratele de activitate au fost în favoarea sexului feminin: Estonia - 5,6% (71,5% -feminin față de 65,9% - masculin) și Finlanda - 2,2% (66,5% - feminin față de 64,3% - masculin).

<sup>57</sup> România a ocupat poziția a 22-a cu 57,9%, Sursa: Bazele de date Eurostat.

## Capitolul VI: Sistemele de pensii în statele membre ale Uniunii Europene

Banca Mondială folosește o clasificare normativă în trei piloni, primul pilon este unul relativ modest, gestionat public, de tip - "pay as you go" (PAYG), pilon tradițional de beneficii determinate, al doilea pilon este un pilon obligatoriu administrat privat de contribuții definite (schemele de pensii ocupaționale) și al treilea pilon este format din scheme voluntare, administrate privat, pe baza de conturi individuale.

Sistemele de pensii sunt foarte diverse în Statele Membre, în funcție atât de tradițiile privind modul în care sunt furnizate veniturile la pensie, cât și de diferitele faze ale procesului de reformă în care se află aceste sisteme. Astfel, aria de cuprindere a fiecărui pilon, precum și modul de administrare a fondurilor din fiecare pilon poate diferi față de clasificarea normativă, în funcție de practica fiecărui Stat Membru.

Cea mai mare parte a sistemelor de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene sunt sisteme publice de pensii. Totuși, câteva State Membre au introdus sisteme de pensii private ocupaționale și/sau sisteme individuale, care pot fi obligatorii sau facultative, pentru a suplimenta veniturile obținute la pensie prin sistemele publice (pilonul II și III)

Cele mai multe State Membre furnizează, prin sistemele publice bazate pe contribuțiile salariale, pensii cu beneficii definite - drepturile de pensie sunt calculate în funcție de veniturile salariale avute în timpul perioadei active și de ani de serviciu, fără o legătură directă cu contribuțiile salariale din momentul pensionării.

În același timp, sistemul public de pensii prevede, de asemenea, de multe ori o pensie minimă garantată pentru cei care nu se califică pentru sistemul de câștigurile legale sau au acumulat doar o pensie mică din câștigurile legale.

Pensiile minime garantate sunt de obicei mijloace testate și sunt furnizate fie de un sistem specific de pensii minime sau printr-un sistem general de asistență socială.

În câteva State Membre, în special în Danemarca, Olanda și Irlanda, sistemul public de pensii prevede, în primă instanță o pensie forfetară, care poate fi suplimentată de schemele private de pensii ocupaționale, bazate pe câștigurile salariale.

Tipul de beneficii oferite de sistemele de pensii publice diferă de la țară la țară. Cele mai multe sisteme de pensii nu oferă numai pensii pentru limită de vârstă, dar, de asemenea, pensii anticipate, pensii de invaliditate și pensii de urmaș..

Metoda de finanțare a sistemelor de pensii, de asemenea, diferă de la țară la țară. Majoritatea sistemelor publice de pensii sunt finanțate pe baza modelului "pay-as-you-go" (PAYG), prin care veniturile din contribuții sunt folosite pentru plata pensiilor curente.

În majoritatea țărilor, pensiile minime garantate sunt acoperite prin impozite generale. Schemele de pensii bazate pe câștiguri salariale sunt deseori subvenționate în grade diferite de la bugetele de stat.

Având în vedere presiunile fiscale care decurg din tendințele demografice, multe țări au luat măsuri pentru a încuraja crearea de scheme de pensii private, ca urmare, rolul acestor sisteme a crescut recent.

Schemele de pensii private au devenit mai răspândite în întreaga Uniune Europeană, deoarece participarea atât la schemele ocupaționale, cât și la cele individuale, cunoscute sub denumirea de Pilonul II și Pilonul III a crescut. Autoritățile încurajează crearea de economii private de pensii ca o modalitate de a atenua presiunea pusă de îmbătrânirea populațiilor pe schemele de securitate socială și pentru a completa prestațiile publice de pensii. În unele țări participarea este obligatorie.

În prezent, în funcție de stadiul reformelor sistemelor lor de pensii, în U.E. sunt patru categorii de state:

- În primul rând, sunt Statele Membre care utilizează într-o mică măsură finanțare privată și nu intenționează să schimbe acest lucru (Spania, Franța, Luxemburg, Malta);

- În al doilea rând, Statele Membre care și - au bazat întotdeauna o parte din așteptările lor în materie de pensie pe sisteme private, finanțate, țări în care rolul unor astfel de sisteme a crescut și se dezvoltă în continuare. Chiar dacă sistemele de pensii de tip redistributiv oferă o protecție eficientă împotriva sărăciei în rândul pensionarilor, acestea nu vor garanta adecvarea deplină a pensiei în sensul de venit de înlocuire și, prin urmare, sunt combinate cu sisteme private, finanțate. (Danemarca, Irlanda, Marea Britanie, Olanda, Suedia);

- În al treilea rând, unele State Membre și - au reorganizat recent sistemele garantate pentru a include o parte din sistemele de pensii private obligatorii, finanțate prin cote părți din contribuțiile pentru pensie din sistemul de pensii de tip redistributiv (Pilonul II). În majoritatea acestor țări, se prevede că adecvarea pe viitor a pensiilor să se bazeze pe aceste sisteme care se așteaptă să contribuie la evitarea sărăciei, precum și la obținerea unui venit de înlocuire adecvat (Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia, România, Slovacia, Ungaria);

- În al patrulea rând, unele State Membre au sisteme de pensii de asigurări sociale de tip redistributiv corespunzătoare veniturilor, și au ca scop mărirea sistemelor de pensii private existente sau nou înființate prefinanțate. (Belgia, Germania, Italia, Austria).

Valoarea veniturilor la pensie provenite din fondurile de pensii private depinde nu numai de contribuțiile făcute, dar și de evoluțiile de pe piețele financiare. Ca o consecință, valoarea veniturilor din pensii se poate diminua în cazul unor șocuri asupra prețurilor activelor. Totuși, proiectarea sistemului de pensii poate limita efectul final al șocurilor asupra valorii activelor fondului.

Ambele sisteme de pensii private (ocupaționale, individuale) sunt într-o parte foarte mare finanțate, adică persoanele fizice acumulează economiile lor în fonduri pentru o etapă ulterioară a ciclului lor de viață. Când au atins vârsta de pensionare, valoarea activelor acumulate este plătită persoanelor fizice, fie sub forma unei anuități, fie sub o altă formă de plată.

Schemele de pensii private - ocupaționale sunt de obicei finanțate, gradul de finanțare a acestora în raport cu așteptările privind quantumul pensiilor poate diferi, datorită faptului că viitoarele beneficii de pensii pot fi legate fie de veniturile salariale și de durata carierei (sistemul cu beneficii definite), fie de contribuțiile plătite (sistemul cu contribuții definite).

Schemele de pensii private ocupaționale se găsesc în 22 de țări. În opt<sup>58</sup> (Belgia, Cipru, Danemarca, Estonia, Irlanda, Olanda, Portugalia, Suedia) dintre ele participarea este obligatorie pentru cel puțin o parte din cei care lucrează. 6 State Membre<sup>57</sup> – Grecia, Letonia, Lituania, *România*, Republica Cehă și Slovacia au indicat că nu au scheme de pensii private ocupaționale.

În ciuda prevalenței lor în creștere, schemele administrate privat reprezintă încă o mică parte din totalul prestațiilor de pensie în majoritatea țărilor. Numai în cazul a 3 țări - Olanda (44,0%), Danemarca (30,0%), Suedia (24,0%) și Irlanda (19,0%) cheltuielile de pensii private au reprezentat o pondere semnificativă din totalul cheltuielilor de pensii în 2016. În Olanda, Danemarca și Suedia există o tradiție de a oferi angajaților scheme de pensii ocupaționale în defavoarea schemelor de pensii publice. Rata de acoperire a acestora este ridicată, participând peste 90,0% din totalul angajaților.

---

<sup>58</sup>Sursa datelor: „Raportul privind îmbătrânirea din 2018. Proiecțiile economice și bugetare pentru cele 28 de state membre ale UE (2016-2070)”, p.175, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf)

În toate țările există scheme individuale în mod voluntar. Planurile de economisire individuale obligatorii sunt mai puțin obișnuite, doar opt țări<sup>57</sup> (Bulgaria, Croația, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia, România și Suedia) le au.

Se așteaptă ca schemele private să se extindă și mai mult în următoarele decenii. În 2016, contribuțiile pentru scheme individuale obligatorii din *România*, Croația și țările baltice<sup>59</sup> s-au ridicat la 0,8-2,3% din PIB. Acestea vor crește pentru toate cele cinci țări până în anul 2070, ajungând la 1,6-2,9% din PIB (România 1,1% din PIB). În Suedia, contribuțiile pentru scheme individuale obligatorii vor rămâne aproximativ stabile.(1,1% din PIB, 2016-2070)

În Danemarca și Olanda, contribuțiile pentru planurile de pensii ocupaționale sunt mai mari decât în Suedia și vor scădea în orizontul de proiecție, cu 0,3% din PIB în Danemarca și cu 0,7% în Olanda.

Rolul și dezvoltarea furnizării de pensii private finanțate este foarte divers în Statele Membre. Într-un număr de State Membre, procesul de implementare a pensiilor private nu este încă complet și unele decizii importante rămân a fi luate.

Statele Membre care dispun de sisteme de pensii care includ deja o proporție semnificativă de finanțare privată sau care se bazează tot mai mult pe fonduri private, au următoarele motivații:

- o mai mare diversitate în sistemele de pensii;
- mărirea șanselor de a obține pensii adecvate și sustenabile;
- îmbunătățirea transparenței;
- determinarea responsabilității individuale.

Pensiile private sunt într-o parte foarte mare finanțate, contribuția lor la veniturile viitoare la pensionare va depinde de rata de rentabilitate a acestor fonduri. În plus, față de contribuțiile făcute, evoluția ratelor de rentabilitate, este incertă și determină esențial beneficiile viitoare de pensii.

## **6.1.Procentul cheltuielilor cu pensiile publice în PIB în perioada 2016-2070**

Conform datelor publicate în „The Ageing Report 2018”<sup>60</sup>, procentul cheltuielilor cu pensiile publice în PIB, în anul 2016 a variat de la 5,0% - Irlanda (față de 10,3% la nivelul

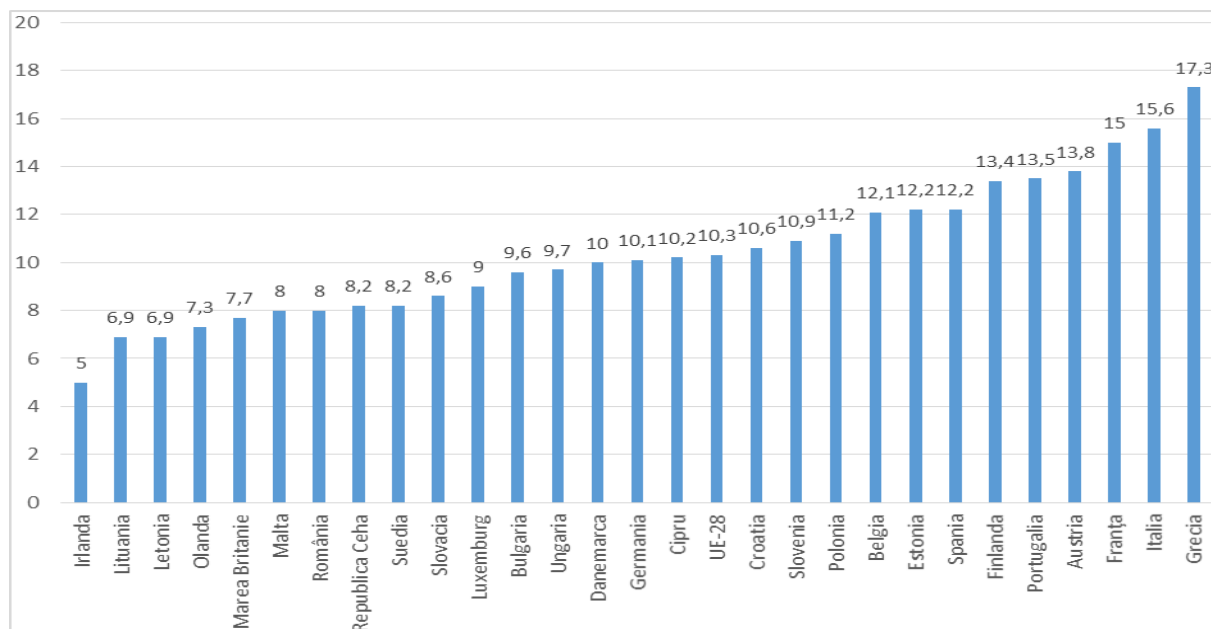
---

<sup>59</sup> Estonia, Letonia, Lituania

<sup>60</sup>Sursa datelor: „Raportul privind îmbătrânirea din 2018. Proiecțiile economice și bugetare pentru cele 28 de state membre ale UE (2016-2070)”, p.66, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf).

UE-28), 6,9% - Letonia și Lituania, 7,3% Olanda, 7,7% - Marea Britanie și 8,0% - Malta și România<sup>61</sup> până la 13,8% - Austria, 15,0% - Franța, 15,6% - Italia și 17,3% - Grecia. (Grafic nr.5 și Anexa nr.14).

**Grafic nr.5:** Procentul cheltuielilor cu pensiile publice în PIB în anul 2016



Sursa

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din "Raportul privind îmbătrânirea din 2018. Proiecțiile economice și bugetare pentru cele 28 de state membre ale UE (2016-2070)", p.66.

Procentul cheltuielilor cu pensiile publice în PIB, în anul 2070<sup>62</sup> va varia de la 4,7% - Letonia (față de 10,5% la nivelul UE-28), 5,2% - Lituania, 6,6% - Irlanda, 6,8% - Croația și 7,0% - Suedia până la 13,9% - Finlanda, 14,3% - Austria, 14,9% - Slovenia, 15,0 - Belgia și 17,9% - Luxemburg. (Anexa nr.14)

Țările al căror procent al cheltuielilor cu pensiile publice în PIB va crește<sup>63</sup> cel mai mult în perioada 2016-2070 vor fi: Luxemburg (8,9%), Slovenia (4,0%), Belgia și Malta (2,9%), Republica Cehă (2,7%). În România creșterea va fi de 0,7% (Anexa nr.14).

Țările al căror procent al cheltuielilor cu pensiile publice în PIB va scădea<sup>64</sup> cel mai mult în perioada 2016-2070 vor fi: Grecia (-6,7%), Croația (-3,8%), Franța (-3,2%) și Letonia (-2,2%).(Anexa nr.14)

<sup>61</sup> România ocupă poziția a 21-a, la egalitate cu Malta, în ordine descrescătoare, Sursa datelor: loc cit.

<sup>62</sup> România se va situa pe poziția a 21-a (în ordine descrescătoare) cu 8,7%, Sursa datelor: „Raportul privind îmbătrânirea din 2018. Proiecțiile economice și bugetare pentru cele 28 de state membre ale UE (2016-2070)", p.66, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf).

<sup>63</sup> Țările al căror procent al cheltuielilor cu pensiile publice în PIB va crește în perioada 2016-2070 vor fi: Austria, Belgia, Bulgaria, Cipru, Finlanda, Germania, Luxemburg, Irlanda, Malta, Marea Britanie, Olanda, Republica Cehă, România, Slovenia, și Ungaria

<sup>64</sup> Țările al căror procent al cheltuielilor cu pensiile publice în PIB va scădea în perioada 2016-2070 vor fi: Croația, Danemarca, Estonia, Franța, Grecia, Italia, Letonia, Lituania, Portugalia, Spania, Suedia și Polonia.



Singurele țări al căror procent al cheltuielilor cu pensiile publice în PIB va scădea continuu pe parcursul perioadei 2016-2070 vor fi Grecia (-6,7%), Danemarca (-1,9%) și Polonia (-1,0%). (Anexa nr.14)

## **6.2. Regurile de indexare a pensiei în sistemele de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene<sup>65</sup>**

Regurile de indexare reprezintă un element important de politici sociale, ele influențând decisiv dinamica cheltuielilor cu pensiile. O majoritate a Statelor Membre U.E., se bazează pe normele de indexare a pensiilor care nu sunt corelate strict cu creșterea salariilor nominale, în unele cazuri datorită indexării în funcție de creșterea prețurilor (Austria, Franța, Italia, Malta, Slovacia și Suedia), în altele datorită indexării în funcție de creșterea combinată a salariilor și a prețurilor (Bulgaria, Croația, Finlanda, Polonia și România), iar în altele în funcție de creșterea combinată a PIB-ului și a prețurilor (Grecia, Portugalia și Marea Britanie). Sunt trei țări - Danemarca, Cipru și Olanda în care pensiile sunt indexate numai în raport cu creșterea salariului mediu. Letonia, Lituania, Irlanda, Spania, și Ungaria nu au norme formale de indexare.

Câteva State Membre și-au reformat sistemul de pensii în ultimii ani și au introdus un factor de durabilitate și / sau alți coeficienții de reducere în metodologia care determină cuantumului pensiei (Germania, Finlanda, Letonia, Italia, Polonia, Portugalia, Spania și Suedia). Această abordare introduce o componentă care modifică cuantumului pensiei în funcție de modificările demografice preconizate, cum ar fi speranța de viață la momentul pensionării sau raportul dintre contribuții și pensii.

Statele membre au convenit că, în scopul proiectărilor de pensii pe termen lung, pensiile minime sa fie ajustate în conformitate cu legislația existentă pentru cel mult zece ani, după care ar trebui urmează creșterea salariilor. Există câteva excepții de la această tendință. Franța, de exemplu, își asumă indexarea pensiilor în funcție de salarii abia din anul 2050. În Italia indexarea pensiilor se va face funcție de PIB - ul nominal pe cap de locuitor începând cu anul 2021.

În Grecia, pensiile sunt recalibrate și indexarea este înghețată până în anul 2022.

Țările care la orizontul anului 2070 vor indexa pensiile doar în funcție de creșterea salariului mediu vor fi – Austria, Croația, Danemarca, Finlanda, Letonia, Lituania, Irlanda, Malta, Marea Britanie, Olanda, Portugalia, Slovacia, Spania, Suedia și Ungaria. Două țări

---

<sup>65</sup>Sursa informațiilor - „Raportul privind îmbătrânirea din 2018. Proiecțiile economice și bugetare pentru cele 28 de state membre ale UE (2016-2070)”, p.85, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf).

vor indexa în funcție de rata inflației și de salariul mediu (Croatia și Polonia). **România** va folosi sistemul de indexare în funcție de rata inflației și de salariul mediu până în anul 2030.

### 6.3.Vârsta legală de pensionare în Statele Membre ale Uniunii Europene<sup>66</sup>

În ceea ce privește vârsta de pensionare, în multe țări din Uniunea Europeană nu se mai face distincție între bărbați și femei. Atunci când vine vorba de vârsta ieșirii la pensie, aceste țări consideră că toată lumea trebuie tratată în mod egal, indiferent de sex. Astfel, în țări precum Belgia, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Italia, Letonia, Luxemburg, Olanda, Malta, Portugalia, Slovacia, Slovenia, Suedia, Spania și Ungaria, vârsta de pensionare este aceeași atât pentru bărbați cât și pentru femei. Țări precum Austria, Bulgaria, Croatia, Lituania, Polonia, Marea Britanie, România, Slovenia nu au egalizat vârsta de pensionare între bărbați și femei până în prezent, dar pentru multe dintre aceste țări egalizarea va avea loc în viitor (Tabel nr.4).

**Tabel nr.4:** Vârsta legală de pensionare în Statele Membre ale Uniunii Europene<sup>67</sup>

Nr crt.	Țară	Simbol țară	Vârsta de pensionare	
			Femei	Bărbați
1	Austria	AT	60	65
			Până în anul 2050 va crește vârsta de pensionare a femeilor și se va ajunge la 65 ani pentru ambele sexe.	
2	Belgia	BE	65	65
3	Bulgaria	BG	61,2	64,1
			Până în anul 2037 se va egaliza vârsta de pensionare între bărbați și femei și se va ajunge la 65 ani	
4	Cipru	CY	65	65
5	Croatia	HR	62	65
			Până în anul 2030 se va egaliza vârsta de pensionare între bărbați și femei (66 ani).Până în anul 2038 vârsta de pensionare va ajunge la 67 de ani. în anul 2050 va fi 68 ani și în anul 2070, 70 ani. (începând cu anul 2030 vârsta de pensionare va fi corelată direct cu speranța de viață)	
6	Danemarca	DK	65	65
			Între anii 2019-2012 vârsta de pensionare va crește treptat	

<sup>66</sup>Sursa informațiilor - „Raportul privind îmbătrânirea din 2018. Proiecțiile economice și bugetare pentru cele 28 de state membre ale UE (2016-2070)”, p.56 și <https://www.etk.fi/en/the-pension-system/international-comparison/retirement-ages>

<sup>67</sup> Vârstele de pensionare din tabel sunt vârstele la care o persoană poate obține o pensie legală, fără reduceri pentru pensionarea anticipată. În cele mai multe cazuri, oamenii se pot retrage și cu întârziere. În acest caz, în unele țări, aceștia au dreptul la o majorare.

Nr crt.	Țară	Simbol țară	Vârsta de pensionare	
			Femei	Bărbați
			și va ajunge la 67 ani, în anul 2030 va fi 68 ani, în anul 2050 va fi 71,5 ani și în anul 2070 va fi 74 ani (începând cu anul 2030 vârsta de pensionare va fi corelată direct cu speranța de viață)	
7	Estonia	EE	63,3	63,3
			În anul 2026 vârsta de pensionare va ajunge la 65 ani	
8	Finlanda	FI	66	66
			În anul 2030 vârsta de pensionare va ajunge la 67,1 ani, în anul 2050 va fi de 69,2 ani și în anul 2070 va fi de 71 ani (începând cu anul 2030 vârsta de pensionare va fi corelată direct cu speranța de viață)	
9	Franța	FR	66,2	66,2
			În anul 2023 vârsta de pensionare va ajunge la 67 ani	
10	Germania	DE	65,5	65,5
			În perioada 2019-2030 cei născuți după 1 ianuarie 1964 vor ieși la pensie la vârsta de 65-67 ani Din anul 2031 vârsta de pensionare va fi de 67 de ani	
11	Grecia	EL	67	67
			În anul 2030 vârsta de pensionare va fi 68,7 ani, în anul 2050 va fi 70,5 ani și în anul 2070 va fi de 72,6 ani (începând cu anul 2030 vârsta de pensionare va fi corelată direct cu speranța de viață)	
12	Irlanda	IE	66	66
			Va crește până la 67 ani în anul 2021 și până la 68 ani în anul 2028	
13	Italia	IT	66,7	66,7
			Va crește până la 67 ani în anul 2022, până la 67,9 ani în anul 2030, până la 69,6 ani în anul 2050, până la 71,1 ani în anul 2070 (începând cu anul 2030 vârsta de pensionare va fi corelată direct cu speranța de viață)	
14	Letonia	LV	63,3	63,3
			Va crește până la 65 ani în anul 2025	
15	Lituania	LT	62,7	63,8
			Până în anul 2026 se va egaliza vârsta de pensionare între bărbați și femei și se va ajunge la 65 ani.	
16	Luxemburg	LU	65	65
17	Malta	MT	63	63
			Va crește până la 65 ani în anul 2027	
18	Olanda	NL	66	66
			Va crește până la 65 ani în anul 2022, la 68 ani în anul 2030, la 70,5 ani în anul 2050 și la 72,5 ani în anul 2070 (începând cu anul 2030 vârsta de pensionare va fi corelată direct cu speranța de viață)	
19	Polonia	PL	60	65
20	Portugalia	PT	66,4	66,4
			Vârsta de pensionare este în creștere în funcție de creșterea speranței de viață, începând în anul 2015.Astfel	

Nr crt.	Țară	Simbol țară	Vârsta de pensionare	
			Femei	Bărbați
			În anul 2030 va fi 67,2 ani, în anul 2050, 68,3 ani și în anul 2070 ,69,3 ani	
21	Marea Britanie	UK	63,1	65,4
			Vârsta de pensionare este în creștere urmând să ajungă la 67 ani pentru persoanele născute după 6 aprilie 1978. Astfel în anul 2030 va fi 66 ani, în anul 2050 67,3 ani și 68 ani în anul 2070	
22	Republica Cehă	CZ	63,2	63,5
			Până în anul 2036 se va egaliza vârsta de pensionare între bărbați și femei și se va ajunge la 65 ani	
23	<b>România</b>	RO	<b>61,1<sup>68</sup></b>	<b>65</b>
			Vârsta de pensionare la femei va crește treptat până în anul 2030 și va ajunge la 63 de ani	
24	Slovacia	SK	60,2	62
			Până în anul 2024 se va egaliza vârsta de pensionare între bărbați și femei și se va ajunge la 63,2 ani, în anul 2030 la 64,2 ani, în anul 2050, la 66,8 ani și în anul 2070 la 69,1 ani (începând cu anul 2030 vârsta de pensionare va fi corelată direct cu speranța de viață)	
25	Slovenia	SI	65	65
			65,5	65,5
26	Spania	ES	În anul 2030 vârsta de pensionare va ajunge la 67 ani	
27	Suedia	SE	67	67
			63	63
28	Ungaria	HU	Până în anul 2022 va ajunge la 65 de ani	

#### 6.4. Veniturile persoanelor vârstnice din țările Uniunii Europene în anul 2017

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

În ceea ce privește veniturile medii lunare ale vârstnicilor europeni pe total și pe sexe, în anul 2017, cele mai mari s-au înregistrat în: Luxemburg (3.883€), Franța (2.361€), Danemarca (2.340€), Austria (2.238€), Suedia (2137€) și cele mai mici în: Croația și

<sup>68</sup> Vârsta valabilă în perioada iunie-iulie 2019, conform Anexei nr.5 din Legea 263/2010.

Lituania (489 €), Letonia (483€), Ungaria (458€), Bulgaria (290€) și România (243€) (Anexa nr.15).

Cele mai mari venituri lunare ale persoanelor de 65 ani și peste, pentru femei, în anul 2017, s-au înregistrat în: Luxemburg (3.731€), Franța (2.323€), Danemarca (2.266€), Austria (2.113€), Suedia (1.943€) și mai mici în: Letonia (457€), Lituania (452€), Ungaria (438€), Bulgaria (264€) și România (229€) (Anexa nr.15).

Cele mai mari venituri lunare ale persoanelor de 65 ani și peste, pentru bărbați, s-au înregistrat în: Luxemburg (4.047€), Danemarca (2.424€), Franța (2.410€), Austria (2.397€), Suedia (2.364€), și mai mici în: Croația (521€), Ungaria (491€), Bulgaria (328€), România (264€) (Anexa nr.15).

Veniturile sunt net favorabile sexului masculin, cele mai mari diferențe fiind în Suedia (422€), Luxembourg (316€), Austria (284€), Finlanda (270€), Cipru (210€) și cele mai mici în Croația și Grecia (54€), Ungaria (53€), Polonia (48€), Slovacia (40€) și România (36€) (Anexa nr.15).

Ca raport procentual, veniturile femeilor vârstnice față de bărbații vârstnici au avut cele mai mari valori în Franța (96,4%), Belgia și Marea Britanie (94,2%), Danemarca (93,5%), Slovacia (93,4%), iar cele mai mici valori în România (86,4%), Letonia (85,5%), Cipru (85,4%), Suedia (82,2%), Bulgaria (80,5%) și Lituania (80,2%) (Anexa nr.15).

## Capitolul VII: Fenomenul sărăciei și incidența sa în rândul populației vârstnice din statele membre ale Uniunii Europene

Sărăcia este unul din fenomenele economico-sociale care afectează cel mai grav 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 dintre cetățenii vârstnici ai Europei, deși riscul sărăciei în rândul acestei categorii variază considerabil de la o țară la alta. Acest flagel social afectează mai mult femeile decât 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 și servicii), și este puțin probabil să dețină bunuri acumulate sub forma unei case (proprietate personală), economii, surse private de venit sau o pensie privată. De asemenea, este puțin probabil să fie angajați într-o activitate plătită și au nivele reduse de resurse sociale.

Indicatorii de incluziune socială trebuie să identifice esența problemelor și să fie robuști și valizi din punct de vedere statistic, cu alte cuvinte să nu fluctueze din cauza unor fenomene irelevante în raport cu scopul pentru care au fost creați.

Unul dintre cei mai importanți indicatorii ai acestui sistem este *rata sărăciei*.

Biroul de statistică al UE, Eurostat, utilizează mai multe metode de măsurare a sărăciei, dintre care una este metoda monetară relativă.

Potrivit acestei metode de estimare, deși este evident faptul că *reflectă disparitatea veniturilor* și nu gradul de sărăcie, 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.

Pragul de sărăcie este stabilit ca o fracțiune (de obicei 60,0%) din nivelul median al venitului disponibil al gospodăriei, reprezentat de venitul ce rămâne la dispoziția gospodăriilor după ce s-au efectuat transferurile sociale. Sunt considerate *sărace* acele persoane care se situează sub acest prag.

Evoluția riscului de sărăcie în perioada 2007-2018, arată că acest fenomen este stabil în timp în majoritatea țărilor europene, la nivelul UE-28 oscilând în jurul valorii de 17,0% (Anexa nr.16). România (23,6%), Bulgaria (23,4%), Lituania (22,9%) și Letonia (22,1%) a avut una din cele mai ridicate rate de sărăcie relativă în anul 2017. Pentru femei, Bulgaria (24,9%), Letonia (24,6%), Lituania și România (24,2%) și Estonia (23,3%) a avut unele din cele mai ridicate rate de sărăcie monetară relativă în anul 2017. Pentru bărbați, România (22,9%), Bulgaria (21,8%), Lituania (21,4%) și Spania (21,0%) a avut unele din cele mai ridicate rate de sărăcie monetară relativă în anul 2017. Se observă că și la nivel de total, gradul de sărăcie al femeilor este mai mare decât al bărbaților (Anexa nr.17).

Diferențele de gen (feminin / masculin), la nivelul UE - 28, cât și la nivelul României sunt ne semnificative, variind între 1,0% și 2,0%, pe parcursul perioadei 2008 - 2018 (Anexa nr.16).

Datele Eurostat cu privire la gradul de sărăcie ale vârstnicilor din România (65 ani și peste), utilizând această metodă, indică, în anul 2017 o rată de sărăcie de 20,0%, valoare peste nivelul mediei UE - 28 (15,0%) (Anexa nr.18).

În ceea ce privește diferența de gen între ratele de sărăcie ale persoanelor vârstnice, în perioada 2007 – 2018 au variat în favoarea sexului feminin între 4,0% și 6,0% la nivelul UE - 28, iar la nivelul României între 9,0% și 12,0%, fapt care plasează femeia vârstnică din România într-un context net defavorabil comparativ cu femeile vârstnice din alte state ale Uniunii Europene (Anexa nr.16).

Referitor la situația din țările Uniunii Europene, cele mai mari rate de sărăcie<sup>69</sup> a persoanelor vârstnice (65 ani și peste)<sup>70</sup> în anul 2017 au fost în: Estonia (41,2%), Letonia

---

<sup>69</sup>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,

(39,9%), Lituania (33,4%), Bulgaria (32,0%), Croația (28,6%), iar cele mai mici în: Ungaria (9,1%), Danemarca (8,8%), Franța (7,8%) și Slovacia (6,9%) (Anexa nr.18).

În anul 2017, la nivelul UE-28, proporția femeilor vârstnice (65ani și peste) aflate în risc de sărăcie era de 17,0%, iar a bărbaților vârstnici de 12,5%.(la nivel total 15,0%) Aceste valori au variat semnificativ de la o țară la alta. Astfel, pentru femeile vârstnice<sup>71</sup>, ponderea a variat de la 47,8% - Estonia, 45,1% - Letonia, 39,5% - Lituania, 38,4% - Bulgaria, 31,7% - Croația, până la 10,2% - Olanda, 9,7% - Ungaria, 8,7% - Franța, 8,6% - Danemarca și 8,3% - Slovacia (Anexa nr.18).

Pentru bărbații vârstnici<sup>72</sup> (65 ani și peste), ponderea a variat de la 29,1% - Letonia, 28,4% - Estonia, 24,1% - Croația, 23,1% - Malta, 22,5% - Bulgaria, până la 7,9% - Finlanda și Ungaria, 6,5% - Franța, 4,9% - Slovacia și 4,8% - Republica Cehă (Anexa nr.18).

Cele mai mari diferențe între ratele de sărăcie ale femeilor vârstnice față de bărbații vârstnici s-au înregistrat în: Estonia (19,4%), Lituania (18,1%), Letonia (16,0%), Bulgaria (15,9%) și România (11,3%) și cele mai mici în Portugalia (3,1%), Belgia Grecia și Spania (2,4%), Franța (2,2%), Ungaria (1,8%) și Olanda (0,4%). A fost o țară, Danemarca unde rata de sărăcie a bărbaților vârstnici a depășit-o pe cea a femeilor vârstnice (8,9% față de 8,6%) (Anexa nr.18).

---

<sup>70</sup>România a ocupat poziția a 8-a (în ordine descrescătoare) cu 20,0%, din 26 state cu date disponibile.Sursa datelor: Bazele de date Eurostat.

<sup>71</sup>România a ocupat poziția a 7-a (în ordine descrescătoare) cu 24,5%, din 26 state cu date disponibile.Sursa datelor: Bazele de date Eurostat.

<sup>72</sup>România a ocupat poziția a 13-a (în ordine descrescătoare) cu 13,2% din 26 state cu date disponibile.Sursa datelor: Bazele de date Eurostat.

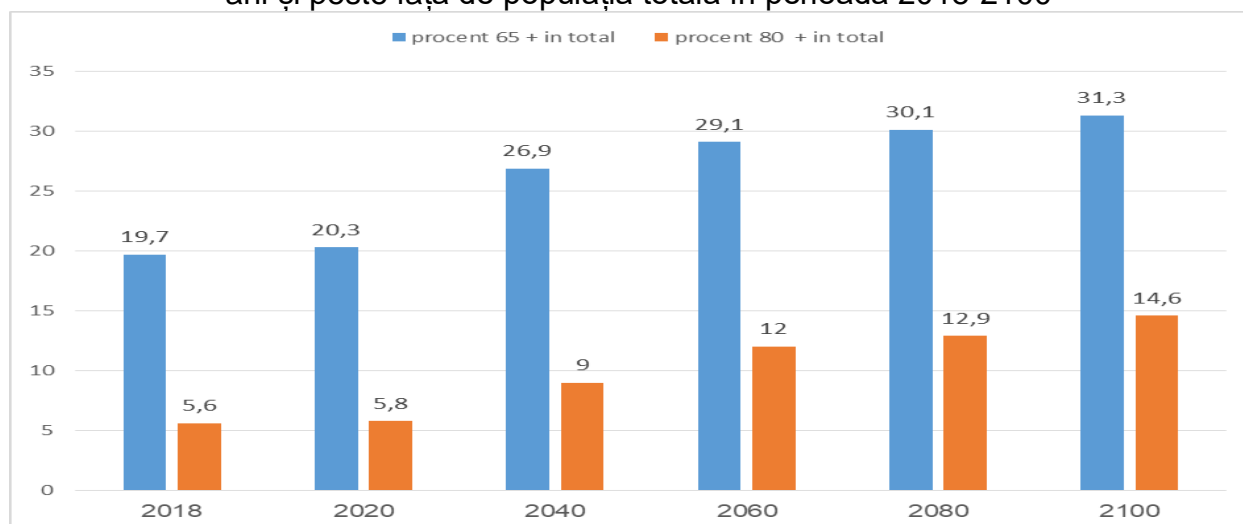


## Capitolul VIII: Abuzul și neglijența împotriva persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană

În Uniunea Europeană (UE-28), abuzul persoanelor în vârstă a devenit o preocupare din ce în ce mai mare în ultimii ani, deoarece țările europene se confruntă cu piramide de vârstă transformate în mod reversibil. În timp ce numărul persoanelor în vârstă de peste 65 de ani în 2018 a reprezentat peste 19,5% din totalul populației, potrivit ultimei previziuni, numărul persoanelor peste 65 de ani va crește cu aproximativ 30,0%, iar numărul persoanelor peste 80 de ani va depăși dublul în orizontul 2060 – 2100, atât numeric cât și procentual. (Anexa nr.2)

Procentual situația procentuală a vârstnicilor din UE-28 este prezentată în Graficul nr.6, pentru perioada 2018-2100

**Graficul nr.6:** Evoluția procentuală a populației de 65 ani și peste și a populației de 80 ani și peste față de populația totală în perioada 2018-2100



Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor Eurostat

Două din trei persoane în vârstă de peste 80 de ani în Europa sunt femei (2018). Mai mult de o treime dintre persoanele de 80 ani și peste suferă de boala Alzheimer sau de demență, făcându-i chiar mai vulnerabili la abuz. Ei sunt, de asemenea, mai expuși izolației sociale și sărăciei, ceea ce înseamnă că au mai puține șanse de acces la asistență medicală de calitate și la asistență socială, ambele elemente cheie în prevenirea abuzului în rândul persoanelor vârstnice.

### Definirea abuzului asupra persoanelor vârstnice

Până în prezent, nu există o definiție acceptată pe plan internațional (obligatorie din punct de vedere juridic) a abuzului în rândul persoanelor în vârstă, ceea ce poate duce la

deficiențe. Conform proiectului EuROPEAN<sup>73</sup>, care a adunat puncte de vedere ale diferitelor părți interesate cu privire la abuzurile în rândul vârstnicilor, profesioniștii, experții și organizațiile folosesc diverse definiții ale abuzului persoanelor în vârstă. Unii se referă la definiția mai largă a violenței domestice, alții menționează considerații mai largi privind drepturile omului și, în unele cazuri, oamenii nu utilizează noțiunea generică de abuz, ci abordează comportamente specifice cum ar fi maltratarea medicală. De exemplu, în Polonia, termenul de abuz în rândul vârstnicilor este folosit foarte rar, deoarece are o conotație puternică cu acte criminale deosebit de drastice. Astfel, termenii ingraturitate, lipsa de sensibilitate, agresiune, exploatare sunt preferate. În consecință, există o divergență în înțelegerea abuzului vârstnicilor între diferitele părți interesate.

Dacă luăm exemplul definiției cele mai utilizate, este cea adoptată în declarația de la Toronto și împărtășită și de Organizația Mondială a Sănătății și Rețeaua Internațională pentru Prevenirea Abuzului Vârstnicilor (RIPAV)<sup>74</sup>, care se referă la "abuzul de vârstă care apare în relațiile bazate pe o încredere / apropiere ", care - în funcție de interpretare - poate însemna lipsa de protecție efectivă în cazurile de abuz financiar și psihologic, ceea ce reprezintă un fenomen alarmant, în creștere.

De exemplu, un sondaj în Slovacia a arătat că doar 20,0% dintre respondenți se simt în siguranță acasă chiar dacă trăiesc singuri, în timp ce fraudă și practicile înșelătoare, cum ar fi presiunea excesivă de a cumpăra produse și de a oferi sprijin financiar, reprezintă cel mai frecvent tip de abuz în această țară.

Prin urmare, o definiție consacrată într-un instrument internațional privind drepturile omului ar oferi claritate, ar asigura acoperirea tuturor dimensiunilor diferite ale abuzurilor în rândul persoanelor în vârstă și ar contribui la combaterea tabuurilor privind abuzul asupra persoanelor în vârstă.

---

<sup>73</sup>Proiectul european de referință online pentru prevenirea abuzului și neglijenței vârstnicilor (EUROPEAN) se desfășoară în cadrul Apelului pentru un proiect-pilot privind prevenirea abuzului persoanelor vârstnice al Comisiei Europene și implică parteneri din, Austria, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Polonia, Republica Cehă, Slovacia și Slovenia. Obiectivul specific al proiectului este de a dezvolta un cadru de referință al bunelor practici pentru a preveni abuzurile în rândul persoanelor vârstnice. Acest cadru de referință ar trebui să poată fi utilizat de toate statele membre pentru a preveni apariția abuzurilor persoanelor în vârstă.

<sup>74</sup>Abuzul de persoana varstnica este "un act unic sau repetat sau lipsă de acțiune adecvată, care apare în orice relație în care există o așteptare de încredere și care dăunează unei persoane în vârstă".

## Formele de abuz

Abuzul și neglijarea persoanelor în vârstă au fost evidențiate de organismele pentru drepturile omului și de alți experți în domeniu ca fiind îngrijorătoare. Diferitele forme de abuz și neglijare includ:

- **abuz fizic:** provocarea durerii sau a vătămării, constrângerea fizică, administrarea supradozei de medicamente /sedative, etc;
- **abuz psihologic / emoțional sau abuz verbal:** provocarea de angoasă mintală (insulte, scăderea încrederii în sine și respectul de sine, accentuarea inutilității, etc);
- **abuz financiar / material: utilizarea fondurilor sau a resurselor în alt scop decât în interesul persoanei vârstnice** (deturnarea de fonduri, furtul sau folosirea abuziva);
- **abuz sexual:** contact non-consensual de orice tip cu o persoană în vârstă (atingerea corpului fără permisiune, act sexual, viol, intimidare sexuală, hărțuire sexuală, joc sexual, forțarea relațiilor homosexuale sau heterosexuale);
- **neglijare / abandonul:** neîndeplinirea unei obligații de întreținere în mod intenționat sau neintenționat (Îngrijirea necorespunzătoare, lipsa tratamentului, lipsa asistenței medicale, malnutriția - lipsa unei alimentații sănătoase sau lipsa acesteia).

precum și toate formele de tratament degradant și inuman și situațiile care compromit demnitatea persoanelor în vârstă.

Deși abuzul fizic poate fi mai ușor de urmărit, alte forme de abuz sunt, de asemenea, răspândite și la fel de periculoase, cum ar fi cele psihologice, sexuale și financiare. De exemplu, exploatarea financiară reprezintă o preocupare din ce în ce mai mare pentru persoanele în vârstă, mai ales în perioadele în care familiile și indivizii se confruntă cu dificultăți economice și poate lua multe forme, cum ar fi preluarea finanțelor sau a casei, utilizarea abuzivă sau ascunderea fondurilor unui bătrân, șantaj etc. În Italia și Grecia – abuzul psihologic este cel mai cunoscut tip de abuz în rândul persoanelor vârstnice. În Polonia abuzul fizic este cel mai des întâlnit.

## Abuzul intenționat și neintenționat

Există, de asemenea, necesitatea de a delimita un abuz intenționat și neintenționat, în cazul în care acesta survine atunci când livrarea de îngrijire este atât de rudimentară încât încalcă drepturile omului și poate fi cauzată de cazuri excesive, lipsa de timp pentru a interacționa și pentru a asigura toate nevoile individuale. Acest lucru este împărtășit și de Comisia Europeană, care a menționat într-o cerere de propuneri: "... doar într-o mică

parte a cazurilor, abuzul persoanelor în vârstă reprezintă o încercare deliberată de a afecta sau exploata victimele".

Aceasta este o problemă de mare îngrijorare, în special în cadrul formărilor de îngrijire informală. De fapt, se estimează că îngrijitorii informali din U.E. - majoritatea fiind femei peste vârsta de peste 55 de ani - oferă cea mai mare parte a îngrijirii persoanelor în vârstă care au nevoie de îngrijire și asistență, în proporție de 70,0-90,0% din nevoile de îngrijire, în funcție de țară în cauză. Persoanele care oferă îngrijire informală adesea aparțin așa-numitei "generații de sandwich-uri" care trebuie să aibă grijă în același timp de părinții lor în vârstă și de copiii lor sau se echilibreze munca salariată cu grija unei rude dependente. Astfel, dificultățile în reconcilierea responsabilităților concurente, lipsa timpului, lipsa recunoașterii muncii de îngrijire și lipsa soluțiilor alternative pentru îngrijitorii informali exercită presiune asupra acestora și implică un risc de abuz neintenționat.

Dar chiar și în îngrijirea profesională, abuzul de bătrâni (neintenționat) este legat de calitatea îngrijirii și de resursele adecvate. De exemplu, cercetarea austriacă a descoperit că stresul fizic și psihic al îngrijitorilor este unul dintre principalele motive pentru abuz. Un raport recent al Marii Britanii a dezvăluit exemple de persoane în vârstă care suferă de durere (non-necesara), indignare și primejdie în timpul îngrijirii Serviciului Național de Sănătate. Aspecte specifice raportate au inclus lipsa de respect în desfășurarea actului de îngrijire; infecțiile asociate asistenței medicale; nutriția proastă, planificarea defectuoasă a îngrijirii personale, atitudinea personalului și slaba comunicare (exemple abuz neintenționat)

În Suedia, abuzurile săvârșite în casele de îngrijire medicală este un caz emblematic al unei dezbateri publice legate de lipsa personalului de îngrijire, volumul de muncă crescut și lipsa cunoștințelor privind tratarea persoanelor cu demență. În concluzie, condiții precare de muncă pentru îngrijitori profesioniști pot exacerba, de asemenea, riscul de abuz (neintenționat).

### **Locul unde poate avea abuzul persoanelor vârstnice**

- Locuri **instituționale** pentru persoanele în vârstă, cum ar fi casele de îngrijire medicală, centrele de zi, centrele rezidențiale, instituțiile de asistență socială.
- **Instituțiile de sănătate**, cum ar fi spitalele, centrele medicale, centrele de asistență medicală primară, departamente de îngrijire în instituțiile sociale, spitale de psihiatrie și servicii de sănătate(ambulanță).

- La **domiciliu** (forme de asistență instituțională la domiciliu sau diverse servicii de îngrijire ce se pot acorda la domiciliu)
- **Asociațiile de pensionari și alte ONG-uri**
- În gestionarea problemelor personale cu instituțiile și serviciile din comunitatea locală (municipalitate, bănci, unitate administrativă, autorități fiscale, vânzători, șoferi de taxi, etc)
- În viața de zi cu zi (atacuri asupra persoanelor în vârstă, furtul, abuzuri de încredere)
- Chiar și în închisoare.

### **De ce abuzul împotriva persoanelor în vârstă este încă o problemă ascunsă?**

Se estimează că 80,0% din totalul abuzurilor sunt neraportări. Potențialul de vulnerabilitate fizică și / sau psihologică a persoanelor în vârstă care suferă abuz și, în special, a persoanelor în vârstă care trăiesc cu demență, explică într-o mare măsură un nivel atât de ridicat de subreprezentări. Victimele sunt foarte des izolate și dependente de persoanele care comit abuzuri - care sunt adesea rudele și îngrijitorii lor - și nu au autonomia necesară pentru a raporta și a căuta protecție.

Un studiu realizat în 6 țări europene a concluzionat că 56,2% dintre femeile în vârstă care au suferit abuzuri au decis să nu raporteze deoarece credeau că nimeni "nu ar putea să facă nimic". La această neîncredere se adaugă sentimente de resemnare și lipsă de putere a victimelor, a căror percepție asupra propriilor drepturi și demnități poate fi diminuată ca o consecință a societăților "împotriva-îmbătrânirii". Același studiu a constatat că 71,8% dintre femeile în vârstă care nu au raportat abuzuri au susținut că "au crezut că incidentul era prea banal"; 21,8% au menționat că au fost "rușinați sau au avut sentimente de vinovăție" pentru a-și explica decizia de a nu raporta și 20,5% au crezut că "nimeni nu le va crede".

Modul în care persoanele în vârstă sunt privite de către societate ar putea declanșa forme de abuz și de discriminare care nu sunt recunoscute ca abuz asupra persoanelor vârstnice.

În plus, lipsa de conștientizare a mecanismelor de protecție disponibile și / sau neîncrederea față de capacitatea lor de a oferi sprijin și protecție împiedică atât victimele, cât și cei care sunt martori sau suspectează abuzul de a accesa astfel de servicii.

Sub-raportarea de către victime se datorează, de asemenea, încrederii scăzute, lipsei confidențialității, problemelor financiare, fizice (imposibilitatea de a se deplasa) sau psihologice. Astfel campaniile de sensibilizare, precum și legislația și măsurile de politică

pot contribui la recunoașterea abuzului asupra persoanelor vârstnice și creșterea gradului de raportare.

### **Relația între victimă și infractor (făptaș)**

Este foarte clar că toți respondenții includ toate relațiile posibile. Potrivit unui lider al unui proiect al ONG-ului austriac: "Nu există relații în care să excludem violența".

Este caracteristic faptul că în aproape toate cazurile există o relație strânsă între făptuitor și victimă. Ei sunt adesea legați emoțional și familial, au un trecut comun și într-o oarecare măsură depind unul de celălalt.

Majoritatea respondenților menționează dependența victimei de infractor: cel mai adesea agresorul este îngrijitor, formal sau informal. Un lucrător social irlandez, menționează: "Cheia este" așteptarea încrederii "în relație." Sau, după cum spune un cercetător grec: "Persoanele care comit abuzuri în rândul vârstnicilor pot include pe cineva în poziție de încredere, control sau autoritate".

Multe relații dintre victimă și infractor sunt menționate în date. Distincția se poate face pe mai multe niveluri. În primul rând, există o distincție între relațiile de familie și relațiile profesionale. Infractor poate fi, de asemenea, un prieten sau un vecin. Este menționată o diviziune între cei care lucrează în instituții de domiciliu sau în instituții specializate.

Relațiile care au fost menționate în mod specific:

- **Familie:** partener, soț, soție, copiii (fiice, fii), nepoți, parteneri ai copiilor și nepoților, frați și surori (trăiesc împreună la bătrânețe);
- Persoanele din **cartier** care prezintă comportament **agresiv:** prieteni, vecini, îngrijitori voluntari care locuiesc cu vârstnicul, vânzători, șoferi etc. Victime frecvente - persoanele mai în vârstă, care suferă de demență sau au leziuni minore ale creierului;
- Profesioniști sau îngrijitori **formali:** asistent medical la domiciliu, asistent social, îngrijitor plătit care locuiește cu persoana în vârstă / îngrijitor sau asistent medical sau medic în spitale, centre medicale / angajați în îngrijirea rezidențială / în unități sau servicii pentru ambulanță;
- **Alte persoane:** avocați, contabili, reprezentanți ai instituțiilor de stat centrale sau locale, șoferi, etc.

## Prevalența abuzului persoanelor vârstnice în țările Uniunii Europene

Deși informațiile privind prevalența abuzului persoanelor vârstnice în toate cele 28 țări ale U.E. sunt incomplete, mai multe anchete au sporit cunoștințele despre dimensiunea fenomenului și tipurile de probleme întâlnite.

Mai mult, dovezile arată că 30,0% dintre persoanele în vârstă de 60 ani și peste care sunt ucise în fiecare an în regiunea europeană se datorează abuzului (viol, neglijență).

Este de asemenea recunoscut faptul că numărul de decese ale persoanelor în vârstă în îngrijirea pe termen lung care pot fi atribuite malnutriției sau deshidratării nu este suficient stabilit.

De asemenea, statisticile arată că aproximativ 70,0% dintre autorii abuzurilor sunt membri ai familiei sau ai mediului apropiat al persoanei în vârstă, cei mai mulți fiind partenerii lor sau copiii lor.

### 8.1. Anchete efectuate la nivelul Statelor Membre UE-28 privind abuzul împotriva persoanelor vârstnice

#### 8.1.1. Anchete obținute prin interviuarea persoanelor vârstnice, victime ale abuzului

Unul dintre puținele studii transnaționale ale țărilor europene este studiul **ABUEL** (Abuse and health among elderly în Europe)<sup>75</sup>, care a examinat populațiile urbane din șapte țări<sup>76</sup> ale UE-28. Rezultatele colectate au raportat o prevalență de 19,4% pentru abuzul psihic, 3,8% pentru abuzul financiar, 2,7% pentru abuz fizic, 0,7% pentru abuzul sexual și 0,7% pentru răniri (Anexa nr.19).

Informațiile despre victime sunt grupate după cum urmează (Tabelul nr.5):

- După sex - mai mulți bărbați decât femei au fost victime ale abuzului psihic (20,0% față de 18,9%); abuz fizic (2,8% față de 2,6%); și abuzul financiar (4,1% față de 3,7%). Mai multe femei decât bărbați au fost victime ale abuzului sexual (1,0% față de 0,3%) și au suferit leziuni (răniri) (0,9% față de 0,4%);
- După tranșa de vârstă - persoanele cu vârsta cuprinsă între 75-79 ani (14,6%) și 80-84 de ani (15,2%) au avut mai puține abuzuri psihice, în timp ce persoanele în vârstă de 80-84 de ani au avut o rată mai mare de abuz financiar (6,4%);
- După statutul marital: văduvii au raportat mai puțin abuz psihic (15,7%) decât

<sup>75</sup> „Abuzul și sănătatea în rândul persoanelor în vârstă din Europa”, Agenția executivă a Comisiei Europene pentru sănătate și consumatori, <https://www.hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/ABUEL.pdf>

<sup>76</sup> Germania, Grecia, Italia, Lituania, Portugalia, Spania și Suedia.

celelalte statute maritale. De asemenea persoanele divorțate / separate au raportat cel mai mare abuz financiar (6,4%), abuz fizic (4,1%), și răniri (1,9%);

- După aranjamentul de locuit: persoanele căsătorite (20,4%) și cele singure (20,2%) reclamă mai mult abuzul psihic, persoanele singure (5,5%) urmate de cei care locuiesc cu alții (4,4%) reclamă mai mult abuzul financiar. Persoanele singure sunt pe primul loc la abuzul financiar(5,5%), abuzul fizic (2,9%), abuzul sexual (1,3%) și răniri (1,1%);

- După tipul locuinței, cei care locuiesc în locuințe închiriate raportează în cea mai mare proporție abuzul: psihic (25,0%), fizic (3,3%), sexual (1,3%), financiar (5,3%), răniri (1,0%);

- După nivelul de educație, cei cu studii superioare au raportat un nivel mai ridicat de abuz psihologic (23,1%) față de cei cu instruire secundară (20,4%) sau cu instruire primară (17,0%);

- După categoria - dacă mai muncește (muncă plătită), cei care mai lucrau au reclamat în mai mare proporție abuzul psihic (23,8% față de 19,0%), fizic (3,2% față de 2,6%) sau sexual (1,1% față de 0,7%) , iar cei care nu mai lucrau pe cel financiar (3,8% față de 3,4%);

- După consumul de alcool, cei care consumau au raportat mai mult abuzul psihic (21,3% față de 15,9%) și pe cel sexual (0,8% față de 0,6%), iar cei care nu consumau pe cel financiar (4,6% față de 3,4%).

**Tabelul nr.5:** Categoriile de victime (variabile socio-economice, demografice și stil de viață) după tipul de abuz comis în ancheta ABUEL

-%-

Variabile	Tip de abuz				
	Psihic	Fizic	Sexual	Financiar	Răniri
<b>Sexul</b>					
Feminin	18,9	2,6	1,0	3,7	0,9
Masculin	20,0	2,8	0,3	4,1	0,4
<b>Vârsta</b>					
60-64 ani	22,1	3,3	0,7	2,9	0,9
65-69 ani	19,6	2,1	0,9	2,8	0,6
70-74 ani	21,8	2,6	0,7	4,5	0,6
75-79 ani	14,6	2,4	0,6	4,0	0,6
80-84 ani	15,2	3,2	0,5	6,4	0,6
<b>Statutul marital</b>					
Singur	21,1	2,8	1,4	2,7	0,0
Căsătorit/coabitează	19,7	2,7	0,6	3,0	0,6
Divorțat / separat	25,2	4,1	1,3	6,4	1,9



Variabile	Tip de abuz				
	Psihic	Fizic	Sexual	Financiar	Răniri
Văduv/ă	15,7	2,1	0,6	5,7	0,6
<b>Situația de locuit</b>					
Singur	20,2	2,9	1,3	5,5	1,1
Soț/soție/partener	20,4	2,5	0,5	3,2	0,5
Soț/soție/partener/alții(copii, alte rude)	17,8	2,8	0,8	3,0	0,8
Alții(copii, alte rude)	15,0	2,1	0,4	4,4	0,5
<b>Locuință</b>					
Proprie	18,2	2,4	0,6	3,5	0,6
Închiriată	25,0	3,3	1,3	5,3	1,0
Alte locuințe (ex-cămine)	12,6	4,4	0,7	2,8	0,0
<b>Educație</b>					
Mai puțin decât școala primară	14,5	3,8	1,0	5,8	0,7
Școala primară/ similar	17,0	2,1	1,0	3,3	0,7
Școala secundară/ similar	20,4	2,7	0,6	3,3	0,6
Universitate/ similar	23,1	3,0	0,6	4,0	0,8
Altele (ex-școlile de arte)	30,0	4,2	1,4	6,5	0,0
<b>Dacă mai muncește (muncă plătită)</b>					
Nu	19,0	2,6	0,7	3,8	0,7
Da	23,8	3,2	1,1	3,4	0,7
<b>Consumă alcool</b>					
Nu	15,9	2,7	0,6	4,6	0,8
Da	21,3	2,7	0,8	3,4	0,6

Sursa: "Abuzul și sănătatea în rândul persoanelor în vârstă din Europa", Agenția executivă a Comisiei Europene pentru sănătate și consumatori, pp.39-41, <https://www.hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/ABUEL.pdf>

Informațiile despre infractori sunt grupate după cum urmează (Tabelul nr.6):

- Soțul (soția) / partenerul sunt cei mai frecvenți agresori pentru cazurile de abuz psihic (34,8%), fizic (33,7%) sau răniri (44,8%);
- La abuzul psihic, soțul (soția) / partenerul (34,8%), este urmat de prieteni/ cunoștințe / vecini (27,7%) și alții (personalul de îngrijire) (21,0%);
- La abuzul fizic, soțul (soția) / partenerul (33,7%), este urmat îndeaproape de alții (personalul de îngrijire) (31,7%) și de prieteni / cunoștințe / vecini și copii / nepoți(13,5%);
- La răniri, soțul (soția) / partenerul (44,8%), este urmat alții (personalul de îngrijire) (27,6%) și prieteni/cunoștințe/vecini (13,8%);
- Pentru abuzul sexual pe primul loc sunt prieteni / cunoștințe / vecini (30,3%), urmate de alții (personalul de îngrijire) (27,3%) și de soț (soție) / partener (24,2%)

- Pentru abuzul financiar<sup>77</sup> pe primul loc sunt alții (personalul de îngrijire) (61,7%), urmați de copii / nepoți (11,4%) și de prieteni / cunoștințe / vecini (9,0%)

**Tabelul nr.6:** Categoriile de făptași (agresori) după tipul de abuz comis în ancheta ABUEL (%)

Categoriile de făptași	Tip de abuz				
	Psihic	Fizic	Sexual	Financiar	Răniri
Soț (soție)/partener	34,8	33,7	24,2	5,4	44,8
Copii/nepoți	18,1	13,5	3,0	11,4	6,9
Alte rude	16,0	6,7	3,0	8,4	6,9
Prieteni/cunoștințe/vecini	27,7	13,5	30,3	9,0	13,8
Alții (personalul de îngrijire)	21,0	31,7	27,3	61,7	27,6

Sursa: - „Abuzul și sănătatea în rândul persoanelor în vârstă din Europa”, Agenția executivă a Comisiei Europene pentru sănătate și consumatori, p.48.

#### Alte anchete

Într-o comunitate semirurală din Finlanda, prevalența abuzului persoanelor vârstnice în anul precedent a fost studiată după vârsta de pensionare. Aceasta a fost estimată la 6,7% și a fost de 3,3% în rândul bărbaților și de 8,8% în rândul femeilor (Anexa nr.19).

Un studiu efectuat de Germania asupra persoanelor cu vârsta cuprinsă între 40 și 85 de ani a arătat că aproximativ o pătrime din participanții la sondaj, în vârstă de peste 60 de ani, au raportat agresivități verbale de către membrii gospodăriei într-o perioadă de 12 luni, iar 1,3% din bărbați (60 ani și peste) și 1,6% dintre femei (60 ani și peste) au raportat violență fizică. Membrii gospodăriei au săvârșit cele mai multe infracțiuni violente, iar această proporție a crescut cu vârsta (Anexa nr.19).

Un studiu al persoanelor în vârstă de peste 65 de ani care trăiesc în gospodării particulare (inclusiv cazare la domiciliu și asistat) din Marea Britanie a raportat că 2,6% au experimentat abuzuri care au implicat un membru al familiei, un prieten apropiat sau un îngrijitor în cursul anului trecut. Prevalența a fost mai mare la femei decât la bărbați (3,8%, respective 1,1%). Pentru diferitele tipuri de abuz, prevalența a fost: neglijare - 1,1%, abuz financiar - 0,7% abuzul psihic - 0,4%, abuzul fizic - 0,4% și abuzul sexual - 0,2%.

Un studiu efectuat asupra persoanelor în vârstă de 64 de ani și peste care trăiesc în gospodării particulare din Spania a raportat o prevalență a abuzului de 0,8% la nivel total

<sup>77</sup> Plasarea pe primul loc a altora (personal de îngrijire) la abuzul financiar se explică prin procentul mare în rândul victimelor a persoanelor singure (văduvi / divorțați / necăsătoriți) care au mai degrabă relații cu alții decât membrii familiei.

și de 1,5% pentru cei cu dizabilități și dependență, confirmând constatările că nivelul de abuz crește cu gradul de dizabilitate și dependență. Prevalența a crescut cu vârsta: de la 0,6% în rândul persoanelor în vârstă de 65-74 ani până la 1,1% la cei cu vârsta peste 74 de ani. În funcție de tipul abuzului, prevalența a fost: 0,3% pentru abuzurile psihice; 0,3% pentru neglijare; 0,2% pentru abuzul fizic; 0,2% pentru abuzuri financiare și 0,1% pentru abuzuri sexuale

Spre deosebire de studiul din Marea Britanie, proporțiile victimelor de sex feminin și masculin erau foarte asemănătoare. Femeile aveau mai multe șanse să fie victime ale abuzului psihic, financiar și sexual, în timp ce mai mulți bărbați erau victime ale neglijării.

Un studiu efectuat în Olanda a evaluat prevalența pe un an într-un eșantion de persoane în vârstă de 69-89 ani care trăiesc în Amsterdam. A fost estimată o prevalență a abuzului total de 5,6%, 3,2% pentru abuzul verbal, 1,4% pentru abuz financiar, 1,2% pentru abuz fizic, și 0,2% pentru neglijență.

### **8.1.2. Anchete ce privesc femeile vârstnice, victime ale abuzului**

Studiile arată că violența din partea partenerului este răspândită în rândul persoanelor în vârstă. Violența și abuzul împotriva femeilor în vârstă este încă un tabu, deși este recunoscut la nivel internațional drept o problemă socială. Această problemă trebuie rezolvată rapid: îmbătrânirea rapidă a societății înseamnă că va exista o populație tot mai mare de femei în vârstă.

Femeile vârstnice care locuiesc acasă sunt în multe cazuri în poziție de vulnerabilitate și au în cea mai mare măsură nevoie de protecție față de violență și abuz. Cele mai vulnerabile dintre ele depind de îngrijire sau asistență. Pentru a face o schimbare, avem nevoie de informații pentru a identifica problema

Rezultatele studiului "Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women"<sup>78 79</sup> (PSAVOW) din cinci țări sunt redate, pentru victime (femei de 60 de ani și peste)<sup>80</sup> în tabelul nr.7:

---

<sup>78</sup> „Prevalența abuzului și violenței împotriva femeilor în vârstă”, Comisia Europeană și Programul Daphne III, Aprilie 2011 (<http://www.thl.fi/avow>).

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16541/1/avow%20study%20%20final%20report.pdf>

<sup>79</sup> Proiectul a implicat parteneri din cinci țări din UE-28: Austria, Belgia, Finlanda, Lituania și Portugalia. A fost coordonată de Institutul Național pentru Sănătate și Asistență Socială THL, Finlanda. Această acțiune a primit finanțare din programul Daphne III al Comisiei Europene.

<sup>80</sup> Aproximativ jumătate din respondente au avut între 60 și 69 ani (47,8%), o treime (32,5%) între 70 și 79 ani și aproape o cincime (19,7%) au avut 80 ani și peste.

**Tabelul nr.7:** Tipuri de abuz comise în ancheta PSAVOW, repartizate pe țările participante (%)

Tipuri de abuz	Țări participante					
	Austria	Belgia	Finlanda	Lituania	Portugalia	Total
Neglijență	6,1	5,6	2,6	2,5	9,9	5,4
Psihic	19,3	27,5	21,2	17,8	32,9	23,6
Financiar	4,7	5,8	6,6	9,5	16,5	8,8
Fizic	0,5	2,2	2,8	4,5	2,8	2,5
Sexual	2,1	2,4	4,7	2,3	3,6	3,1
Violare drepturi	3,5	4,3	5,6	4,7	12,8	6,4
Abuz general	23,8	32,0	25,1	21,8	39,4	28,1

Sursa: „Prevalența abuzului și violenței împotriva femeilor în vârstă”, Comisia Europeană și Programul Daphne III, Aprilie 2011 (<http://www.thl.fi/avow>), p..

### Concluzii

- 28,1% dintre femeile în vârstă din aceste țări au experimentat violența sau abuz în ultimele 12 luni; Portugalia 39.4% (anchetă prin poștă); Belgia 32,0% (anchetă prin poștă și interviuri față în față); Finlanda 25.1% (anchetă prin poștă); Austria 23,8% (ancheta telefonică prin tehnica CATI); Lituania 21,8% (interviuri față în față)

- Abuzul psihic a fost cea mai comună formă de violență (23,6%), urmată de abuzuri financiare (8,8%), încălcări ale drepturilor (6,4%), neglijare (5,4%). Abuzul sexual (3,1%) și abuzul fizic (2,5%) au fost cele mai puțin raportate forme.

Rezultatele anchetei pentru agresor (Tabelul nr.8) indică următoarele:

- În majoritatea cazurilor, actualul partener a fost făptuitor – violare drepturi (59,0%), abuz sexual (55,4%), fizic (50,7%), psihic (43,9%), financiar (33,7%); copiii (ginere, nora) erau cei mai frecvent menționați făptași în cazuri de neglijare (40,6%);

- cu procente mari s-au înregistrat copiii/(nora, ginere) și alte rude (nepoți, frați, surori, etc) la categoriile abuz psihic (24,4%, respectiv 15,2%) și abuz financiar (28,7%, respectiv 18,5%).

**Tabelul nr.8:** Categoriile de făptași (agresori) după tipul de abuz comis în ancheta PSAVOW (%)

Categoriile de făptași	Tip de abuz					
	Psihic	Fizic	Sexual	Financiar	Neglijență	Violare drepturi
Soț (soție)/partener	43,9	50,7	55,4	33,7	17,3	59,0
Copiii/(nora, ginere)	24,4	16,4	3,3	28,7	40,6	16,5
Alte rude (nepoți, frați, surori, etc)	15,2	8,2	3,3	18,5	15,5	6,0
Prieteni/cunoștințe/vecini	11,7	16,4	21,7	14,4	5,7	8,2
Vecini	15,0	6,8	5,4	5,1	9,7	3,3
Ajutor plătit în casă sau îngrijitor	0,8	2,7	0,0	9,0	15,8	1,1

Sursa: „Prevalența abuzului și violenței împotriva femeilor în vârstă”, Comisia Europeană și Programul Daphne III.

Aceste date oferă informații utile despre cât de răspândit este abuzul în rândul persoanelor în vârstă din Statele Membre ale UE, dar trebuie de asemenea remarcat faptul că subreprezentarea și refuzul societăților de a admite existența abuzului și neglijenței fac abuzul încă o problemă ascunsă.

Deci, pe de o parte, se știe că abuzul în rândul persoanelor în vârstă există atât în sfera publică, cât și privată și, pe de altă parte, este necesar să se stabilească suficiente date armonizate, de gen, utilizând o metodologie comună și o definiție comună care să permită statistici comparabile pentru a face vizibil acest fenomen. Datele suficiente ar putea ajuta la dezvoltarea și direcționarea strategiilor de prevenire și intervenție în situații de abuz a persoanelor vârstnice.

### **8.1.3.Factori de risc privind apariția abuzului asupra persoanelor vârstnice**

Cauzele abuzului în rândul vârstnicilor sunt diverse. AGE – Platform Europe a subliniat în mod constant prevalența atitudinilor legate de vârstă în întreaga Europă, fiind unul dintre factorii esențiali care explică prevalența abuzului vârstnicilor. Reprezentarea persoanelor în vârstă ca "povară" pentru societate subminează demnitatea persoanelor în vârstă și are un impact asupra modului în care sunt tratați, mai ales atunci când necesită asistență medicală și asistență socială pe termen lung.

Mulți dintre factorii de risc pentru violență și abuz sunt legați de determinanți structurali și de condițiile de viață cotidiană din societăți. Locațiile nesigure, șomajul ridicat, abuzul de alcool și droguri, diminuarea rețelelor sociale și accesul necorespunzător la servicii de sănătate și sociale predispun la îmbolnăviri în rândul persoanelor în vârstă

Înțelegerea factorilor care sunt legați de abuzul vârstnicilor este un pas esențial în abordarea sănătății publice ca factor de prevenire / protecție. Nici un singur factor nu explică de ce unele persoane se comportă violent față de ceilalți sau de ce abuzul vârstnicilor este mai răspândit în unele comunități decât în altele. (mai mulți factori trebuie luați în considerare) Abuzul vârstnicilor este rezultatul interacțiunii complexe a factorilor individuali, de relație, sociali, culturali și de mediu. În acest context, prevalența atitudinilor legate de vârstă în întreaga Europă este unul dintre elementele esențiale care explică prevalența abuzului vârstnicilor. Reprezentarea persoanelor în vârstă ca "povară" pentru societate subminează demnitatea persoanelor în vârstă și are un impact asupra modului în care sunt tratați, mai ales atunci când necesită asistență medicală și asistență socială pe termen lung.

Abuzul și maltratarea sunt expresiile finale și cele mai dăunătoare care încalcă drepturile omului și ale persoanelor în vârstă.

În plus, alte tipuri de discriminare interacționează cu vârsta și pun unele persoane în vârstă la un risc și mai mare: persoanele în vârstă care trăiesc cu demență, femeile în vârstă, migranții în vârstă, persoanele mai în vârstă ale LGBTI<sup>81</sup> și persoanele în vârstă cu dizabilități, printre altele, prezintă un risc mai mare de a fi victime ale abuzurilor.

Recunoașterea factorilor de risc relevanți în astfel de situații ar trebui să sporească gradul de conștientizare a posibilității ca situația să fie (sau să devină) abuzivă, astfel încât să se poată efectua investigații adecvate care să se ofere răspunsuri adecvate, după cum este necesar. În plus, abordarea și reducerea factorilor de risc pentru a preveni apariția abuzului persoanelor vârstnice sunt importante. Factorii de risc au, prin urmare, un rol esențial în prevenirea și intervenția în abuzul vârstnicilor.

În ciuda neclarității definițiilor privind abuzul asupra vârstnicilor, literatura de specialitate a constatat în mod constant câțiva factori de risc importanți, iar aceștia au fost grupați pe 5 niveluri: 1.victima, 2.infractorul, 3.factori relaționali (de familie), 4.factori comunitari și 5.factori sociali.

## **I. Factori de risc la nivel individual pentru victimă**

Factorii personali la nivel individual considerați a avea o mai mare influență asupra unei persoane care devine fie victimă sau făptuitor de violență împotriva persoanelor în vârstă sunt după cum urmează:

---

<sup>81</sup>LGBTI este un acronim care se referă la colectivitatea lesbiană, gay, bisexuală, transsexuală și intersexuală.

- **Sexul victimei**

Unele studii indică faptul că mai multe victime sunt femeii, spre deosebire de bărbați. Cercetările privind agresiunile împotriva persoanelor în vârstă din cadrul familiei efectuate în 10 țări au arătat că femeile cuprind 60,0-75,0% dintre victime. În Spania, 63,0% dintre victime au fost femeii, iar prevalența a fost mai mare la femeii (0,9%) decât la bărbați (0,7%). Un studiu de prevalență din Marea Britanie a arătat că femeile au mai multe șanse să raporteze abuzul decât bărbații (3,8% dintre femeile vârstnice față de 1,1% dintre bărbații vârstnici). Într-un studiu de prevalență efectuat în Irlanda, femeile (2,4%) erau mai predispuse decât bărbații (1,9%) să raporteze experiențele de abuz în ultimele 12 luni,

Studiul ABUEL (Abuzul și sănătatea în rândul persoanelor în vârstă din Europa) a arătat că mai mulți bărbați decât femeii au fost victime ale abuzului psihic, fizic și financiar. În acest studiu, mai multe femeii decât bărbații au fost raportate ca fiind victime ale abuzului sexual și ale rănilor fizice.

Femeile par să experimenteze majoritatea cazurilor mai grave de abuz fizic și psihic. În cazurile de omucidere de către membrii familiei, o femeie era mult mai probabil să fie ucisă de partenerul său de sex masculin sau de către copii. În casele de îngrijire, mai multe abuzuri au fost descrise în rândul femeilor decât în rândul bărbaților.

- **Vârsta victimei**

Riscul abuzului pare să crească odată cu vârsta. Într-un studiu efectuat în Spania, prevalența abuzului a crescut de la 0,6% în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 de ani, ajungând la 1,1% pentru persoanele mai de 74 de ani și peste. Se pare că crește continuu de la 75 de ani în sus. Prevalența abuzului în Irlanda în rândul persoanelor mai în vârstă de 70 de ani și peste a fost de două ori mai mare decât în rândul persoanelor în vârstă de 65-69 de ani. Acest lucru se aplică și în cazul diferitelor tipuri de abuz.

Pentru abuzul psihic, studiul ABUEL a constatat că persoanele cu vârsta cuprinsă între 75 și 84 de ani aveau un risc mai scăzut decât cei cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 de ani.

În Marea Britanie neglijarea a fost mai prevalentă la femeile cu vârsta peste 85 de ani. Riscul abuzului financiar pare, de asemenea, să crească odată cu vârsta, iar dovezile sugerează că aceasta este mai mare la bărbații cu vârsta peste 80 de ani.

- **Dependența sau dizabilitatea victimei (reducerea mobilității)**

Ratele abuzului cresc cu dependența și dizabilitatea. În Spania, rata de abuz a crescut de patru ori în rândul persoanelor în vârstă cu niveluri mai înalte de dependență (2,9%) comparativ cu persoanele în vârstă care nu erau atât de dependente (0,7%). Această asociere a fost de asemenea găsită pentru omucidere, în cazul în care victimele vârstnice ale omuciderilor comise de membrii familiei aveau o anumită formă de dizabilitate. În plus, asocierea dependenței crescute și a abuzului se aplică și în casele de îngrijire. Creșterea violenței a fost raportată ca fiind asociată cu scăderea sănătății în Irlanda și cu depresia în Marea Britanie.

Abuzul financiar și abuzul interpersonal au crescut atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor care au avut o boală pe termen lung.

Înrăutățirea sănătății și dependența de cineva care să efectueze activitățile curente au fost raportate ca factori de risc pentru abuzul suspectat.

În ceea ce privește dizabilitatea, au fost propuși factori precum creșterea așteptărilor din partea îngrijitorilor, scăderea treptată a capacității funcționale în timp și ignorarea efectelor unei boli, - care sporesc riscul anumitor tipuri de abuz. Multe dintre aceste studii nu au un grup de control, ceea ce sugerează că sunt necesare cercetări mai riguroase.

- **Starea cognitivă a victimelor – demența**

Persoanele în vârstă cu tulburări cognitive, cum ar fi boala Alzheimer și alte forme de demență, au fost descrise ca prezentând o prevalență mai mare a abuzului decât populația generală. În mod similar, îngrijitorii de familie ai persoanelor cu demență raportează niveluri mai ridicate a ratei (12,0%) decât îngrijitorii rudelor fără demență (4,0%). În plus, probabilitatea de a fi ucis de către un membru de familie a fost de trei ori mai mare, dacă persoana în vârstă a avut boala Alzheimer sau altă demență decât dacă nu a avut. Abuzul persoanelor în vârstă cu boala Alzheimer de către persoanele care le îngrijesc este considerată a fi legată de un comportament violent, perturbator și provocator al persoanei în vârstă, care ar putea precipita un răspuns de retorsiune. Un studiu al personalului de îngrijire medicală din Germania a constatat că abuzul raportat de către personalul medical a fost asociat cu un comportament agresiv din partea persoanelor în vârstă și cu un volum mare de muncă cu persoanele în vârstă cu demență.

- **Agresiunea în rândul victimelor**

Un studiu al factorilor de risc pentru abuzul vârstnicilor în cadrul comunității a arătat că cu cât frecvența comportamentului provocator și agresiv este mai mare la persoana în



vârstă, cu atât este mai mare riscul ca îngrijitorul să se angajeze în abuz. Personalul de îngrijire medicală a raportat nivelul ridicat de comportament agresiv al pacienților și atacurile frecvente ca posibile declanșatoare ale situațiilor abuzive. Astfel de factori precum stresul, calitatea relației dintre persoana în vârstă și îngrijitor și problemele existente cum ar fi abuzul de substanțe sau o tulburare psihică la îngrijitorul medical (în principal depresia) influențează probabilitatea abuzului ca răspuns la agresiunea din partea persoana în vârstă. Interacțiunea complexă a factorilor limitează dovezile disponibile privind acest factor de risc, ceea ce justifică studiul ulterior.

- **Sănătatea mintală și victimele**

Diferite studii au constatat că victimele vârstnice ale abuzului au frecvent simptome de anxietate, depresie, gânduri suicidale și sentimente de nefericire, rușine sau vinovăție și izolare socială. Acești factori pot varia în funcție de tipul de maltratare. De exemplu, simptomele depresive au fost asociate numai în caz de abuz psihic.

În studiul ABUEL, simptomele depresive au fost asociate cu abuzuri psihice și răniri. Aceste simptome, cum ar fi depresia, ideea suicidară și nefericirea, pot fi rezultate ca urmare a abuzului, mai degrabă decât predispoziția către acești factori de risc. O mai bună cercetare este necesară pentru a elucida acest aspect.

## **II. Factori de risc la nivel individual pentru agresori**

- **Sexul agresorului**

Agresorii au o probabilitate mai mare de a fi bărbați decât femeii, în special pentru abuzuri sexuale, abuz fizic sever și omucidere. Acest lucru s-a întâmplat în Spania în ceea ce privește îngrijitorii care se confruntă cu abuzul, care erau mai degrabă bărbați (6,0%) decât femeii (4,0%). Studiul prevalenței din Marea Britanie a indicat că 80,0% dintre autorii abuzului interpersonal (abuz fizic, psihic și sexual) au fost bărbați, iar 20,0% erau femeii. Divizarea pentru abuzuri financiare a fost aproximativ egală (56,0% bărbați, 44,0% femeii). Cu toate acestea, un studiu din Irlanda a arătat că bărbații au fost puțin mai susceptibili de a fi autori decât femeile. Cu toate acestea, femeile sunt mai susceptibile de a fi implicate în neglijare, iar bărbații sunt mai susceptibili de a fi responsabili pentru abuzuri fizice grave și abuzuri sexuale.

- **Vârsta agresorului**

În Marea Britanie, profilul de vârstă al autorilor a indicat că autorii abuzurilor financiare erau mai tineri decât cei implicați în alte tipuri de abuzuri.

## **III. Stresul printre făptuitori (probleme la locul de muncă, șomaj sau probleme financiare)**

Îngrijirea unei rude mai în vârstă poate fi o cauză importantă a stresului pentru familie, mai ales dacă nu există sprijin. Acest lucru este mai probabil dacă este necesară o mai mare asistență din cauza nivelului de insuficiență și de invaliditate și a dependenței fizice sau psihice a acesteia. Factorii care pot cauza acest lucru sunt informații limitate privind efectele îmbătrânirii și a bolilor la vârste avansate, lipsa abilităților de îngrijire sau formarea pentru a asista persoanele și resursele inadecvate pentru a sprijini persoanele care îngrijesc și primesc îngrijirea. Un factor important în abuzul persoanei vârstnice este gradul de încărcare al îngrijitorului și nivelurile mai ridicate ale stresului care rezultă din comportamentul problematic al persoanei în vârstă. Spre exemplu, în Spania, un studiu a arătat că 72,0% dintre îngrijitorii care au abuzat persoana în vârstă din sarcina lor s-au simțit suprasolicitați de situație.

#### **IV. Utilizarea abuzivă a substanțelor sau a alcoolului în rândul făptașilor**

Persoanele care îngrijesc persoanele vârstnice și sunt suspecte de abuzul acestora au mai multe șanse de a avea probleme psihice și de a consuma substanțe interzise decât persoanele care îi îngrijesc fără comportament abuziv. În Irlanda, persoanele în vârstă au raportat că 19,0% dintre autorii agresiunilor, au abuzat de alcool. Multe studii au constatat că agresorii folosesc abuziv substanțe psihoactive și sunt dependenți în special de alcool. Acest lucru a fost asociat cu situații de abuz continuu, sever și în special cu cazuri de abuz fizic. De asemenea, făptuitorii pot dezvolta dificultăți financiare care pot crește dependența lor financiară de rude (posibile victime)

#### **V. Probleme de sănătate mintală în rândul autorilor (agresorilor)**

Depresia este tulburarea psihică cea mai des întâlnită printre făptuitorii abuzului în rândul persoanelor în vârstă. În Irlanda, persoanele în vârstă au raportat că 4,0% dintre agresori au avut probleme de sănătate mintală și / sau dizabilități intelectuale. Un studiu al omuciderilor persoanelor vârstnice comise de membrii familiei a constatat că 54,0% dintre făptași aveau un tip de tulburare mintală, cele mai frecvente fiind tulburările afective, în special depresia și tulburările psihotice, în special schizofrenia. Factorii predictivi pentru comportamentul violent au inclus un antecedent al comportamentului agresiv, respingerea tratamentului, tulburările de gândire sau percepție și consumul de droguri și alcool.

#### **VI. Istoria anterioară a comportamentului violent**

Un precedent de comportament violent este un factor de risc. Legat de acest fapt sunt anumite caracteristici psihice, cum ar fi controlul impulsului scăzut, distorsiunile cognitive, deficitul de competențe sociale, cum ar fi comunicarea și lipsa competențelor

de rezolvare a conflictelor. De asemenea, agresorii pot avea probleme cu relațiile sociale și sunt mult mai probabil să fie izolați.

VII. **Alți factori** – lipsa suportului financiar sau emoțional; lipsa abilităților sau a ignoranței (o educație precară); excluderea socială

### VIII. **Factori de relație**

Este prezentat modul în care relațiile sociale proximale - cum ar fi relațiile cu colegii, partenerii și membrii familiei - sporesc riscul de victimizare violentă și săvârșirea violenței

### IX. **Dependența financiară a făptuitorului**

În multe cazuri, autorii sunt dependenți financiar de victimă pentru cazarea, întreținerea, transportul și alte costuri. Un studiu realizat în Spania a constatat că 47,0% dintre persoanele în vârstă care au fost abuzate aduceau principala sursă de venit a familiei. Dificultățile financiare ale făptuitorilor reprezintă un factor major de risc pentru abuzul vârstnicilor. Aceste dificultăți financiare pot apărea uneori din cauza utilizării abuzive a substanțelor în rândul copiilor (adulti) care obțin bani de la părinții lor pentru a-și plăti dependența. Abuzul financiar al persoanelor în vârstă poate fi declanșat și de resentimentul pe care membrii familiei îl pot simți în ceea ce privește costurile suportate pentru îngrijirea persoanei în vârstă. În Irlanda, mai mult de 50,0% dintre făptași nu au fost angajați în momentul în care a avut loc abuzul raportat.

### X. **Dependența făptuitorului**

În plus față de dependența în termeni financiari, așa cum se vede mai sus, autorii pot fi adesea foarte dependenți de victimele lor de sprijin emoțional și relațional. În plus, în unele cazuri, dependența reciprocă dintre victimă și făptuitor a fost evidentă și a condus la recunoașterea unei rețele de dependență reciprocă între cele două părți.

### XI. **Transmiterea violenței între generații**

În unele familii, violența este un model de comportament obișnuit și care se perpetuează. Membrii familiei învață să fie violenți fie prin asistarea la abuz, fie fiind chiar ei victime. Membrii familiei care au învățat să acționeze violent pentru a-și atinge obiectivele pot reproduce acest model de comportament în propriile lor case. Acest model de comportament este cunoscut ca ciclul de violență. Puține studii au examinat acest lucru pentru abuzul vârstnicilor, deoarece puține dovezi până acum indică transmiterea violenței între generații. În Germania, îngrijitorii de familie au raportat relațiile proaste cu persoana care îngrijea ca factor pentru creșterea riscului de abuz. Cele mai recente cercetări par să indice faptul că calitatea relației victimă-agresor în general este un factor important, tipul de relație înainte ca abuzul să apară, este un factor predictiv important.

## **XII. Spații de cazare comune**

Interacțiunea pe o bază aproape zilnică sau împărțirea locuinței cu agresorul poate crește oportunitatea întâlnirilor violente. Diferite studii arată că locuirea singură a victimei reduce riscul de abuz, în timp ce locuirea cu un membru al familiei este un factor de risc pentru a deveni victimă a abuzului. Riscul de a trăi abuzul a fost mai mare pentru persoanele cu boala Alzheimer care au locuit cu membri apropiați ai familiei. În timp ce riscul de abuz prin neglijare este redus la minim în cazul în care persoanele în vârstă trăiesc singure, riscul de alte agresiuni, cum ar fi abuzurile psihice și financiare, poate crește în cazul acestora.

Un studiu efectuat în Marea Britanie a constatat că persoanele care trăiesc singure au avut mai multe șanse să raporteze că au avut abuzuri financiare în ultimul an decât participanții care trăiau împreună cu alți oameni. Aproximativitatea făptuitorului afectează în mod negativ abuzul. Unele studii au constatat că gospodăriile cu mai multe generații au cel mai înalt nivel de abuz.

## **XIII. Rudenia făptuitorului cu victima**

Majoritatea făptașilor au fost fie descendent, fie un partener. Rezultatele anchetelor variază, inclusiv pe tipuri de agresiune.

În Spania, principalii făptași pentru persoanele în vârstă care sunt dependente sau cu dizabilități au fost descendenți adulți, în timp ce pentru persoanele în vârstă independente, făptașii par a fi partenerul lor. Studiul din Irlanda a identificat prevalența abuzului la 50,0% dintre copiii adulți, urmat de alte rude (24,0%) sau de soț sau partener (20,0%). Copiii adulți au fost, de asemenea, implicați în tipuri de abuzuri financiare și de altă natură, și au fost mai frecvent implicați în abuzuri fizice, sexuale și psihice.

În studiul ABUEL, partenerii au fost cel mai frecvent raportați agresori ai abuzului psihic (34,8%) și abuzului fizic (33,7%) și răniri (44,8%), în timp ce prietenii, vecinii și cunoștințele au fost cel mai frecvent raportate ca făptuitori ai abuzului sexual (30,3% din cazuri). O proporție mare de violență intimă din partea partenerului este probabil să continue și la vârste înaintate. Partenerii (46,0%) sau copiii (40,0%) comit marea majoritate a omuciderilor efectuate de membrii familiei. După cum s-a menționat anterior, calitatea relației înainte de abuz pare a fi un factor important.

## **XIV. Factori cheie de risc la nivel de relație**

Factorii de risc la nivel de relație care sunt susținuți de dovezi solide sunt dependența făptuitorului de victima (inclusiv dependența financiară) și cazarea partajată pentru anumite tipuri de abuz.

## **XV. Factori comunitari**

Se urmărește identificarea caracteristicilor acelor factori care pot fi asociați cu victima sau cu autorul violenței. Sunt disponibile puține informații despre majoritatea acestor factori de risc.

## **XVI. Izolarea socială**

Izolarea socială este un factor de risc caracteristic pentru violența domestică în familii, unde victimele abuzului au mai puține contacte sociale. Cel mai grav risc pentru persoanele în vârstă poate fi o situație abuzivă în cazuri de izolare socială față de alți membri ai familiei, față de prieteni și agenții de asistență socială sau față de forme suplimentare de sprijin comunitar. Această ipoteză trebuie investigată în continuare. Izolarea familiei sau a persoanelor este o modalitate de a se asigura că situația rămâne ascunsă de societatea mai largă. Abuzul se consideră a fi mai puțin probabil în familiile cu rețele sociale puternice și conexiuni cu societatea. Dovezile disponibile oferă un sprijin larg pentru această viziune. În casele de îngrijire, însă, lipsa membrilor familiei și vizitele puține sunt asociate cu mai multă violență.

## **XVII. Lipsa sprijinului social**

Persoanele mai în vârstă, cu niveluri scăzute de sprijin comunitar, au mai multe șanse de a raporta abuzul (fizic, sexual și psihic) în comparație cu persoanele cu niveluri moderate de sprijin comunitar. Femeile cu un sprijin social slab au fost deosebit de vulnerabile la abuzurile interpersonale și financiare. Persoanele în vârstă care au raportat niveluri scăzute de asistență socială pot prezenta riscuri mai mari atât pentru abuzurile psihice, cât și pentru cele financiare. Acest lucru sugerează că nivelurile ridicate de sprijin social pot acționa ca un factor de protecție și, de asemenea, ajută la atenuarea simptomelor depresive și de anxietate atunci când are loc un abuz. Femeile în vârstă care sunt divorțate, separate, izolate (singure) au fost expuse riscului de abuz financiar în comparație cu alte riscuri.

Multe studii arată că îngrijitorii abuzivi nu au sprijin social pentru a-i asista în sarcinile lor de îngrijire. Datele disponibile indică faptul că importanța lipsei suportului social ca factor de risc ar putea fi legată de supraaglomerarea îngrijitorilor, nivelurile extrem de ridicate de nevoie în rândul victimelor și izolarea socială a victimelor, printre alți factori

## **XVIII. Setări de îngrijire medicală**

Abuzul care apare în cadrul îngrijirilor medicale este uneori menționat drept abuz instituțional. Acest lucru se poate referi la politicile și practicile instituționale care

funcționează în cadrul acestor setări. Personalul și voluntarii pot săvârșească abuzuri în aceste locații, dar și vizitatori, fie că sunt prieteni sau rude.

Cu toate acestea, chiar și în cadrul instituțiilor, o mare parte a abuzului care are loc are loc în spatele ușilor închise și, prin urmare, nu este deschis examinării publice.

Cercetările au examinat natura factorilor de risc în raport cu setările instituționale, iar rezultatele se bazează pe dovezile colectate din investigații de politică și practică, cum ar fi anchetele incidentului. De exemplu, mediile stresante cresc riscul de supraaglomerare a personalului, care se manifestă ca oboseală și stres și poate declanșa acte violente sau neglijente față de rezidenții sau pacienții vârstnici.

Cu toate acestea, s-au efectuat cercetări comparative privind abuzul în instituții și sunt puține studii care examinează factorii de risc în îngrijirea instituțională. Casele de îngrijire și spitalele sunt importante pentru o proporție a persoanelor în vârstă, în special în etapele finale ale vieții, și este nevoie urgentă de o mai bună cercetare a factorilor de risc și de protecție.

## **XIX. Factori sociali**

- ***Ageism***<sup>82</sup>

Atitudinile și stereotipurile negative față de persoanele în vârstă

dezumanizează persoanele în diferite moduri. Studiile arată că atât generațiile mai tinere cât și generația mai în vârstă au idei negative despre ceea ce implică vârsta înaintată. O percepție este că persoanele în vârstă își pierd puterea și nu își mai pot controla viața cu vârsta și devin progresiv fragile, slabe și dependente de alte persoane. Acest lucru facilitează altor persoane să abuzeze de ele fără a simți vinovăție sau remușcări și să vadă persoana ca obiect de exploatare. În acest sens, ageism - ul poate servi ca fundal societal sau cultural în care abuzul vârstnicilor este acceptat și permis. Aceasta poate însemna, de asemenea, că încercările de a răspunde la abuz și la efectele sale sunt împiedicate și că sunt mult mai dificil de tratat; într-adevăr, atitudinile legate de vârstă pot exacerba efectele oricărui abuz pe care îl trăiește un individ.

- ***Normele culturale care susțin violența***

Normele culturale și sociale tolerante față de violență, cum ar fi atitudinile care scuza violența ca modalitate de rezolvare a conflictelor, pot avea un rol important în răspândirea comportamentului violent.

---

<sup>82</sup>Robert Butler a inventat termenul ageism în 1969 pentru a se referi la "un proces prin care oamenii sunt stereotipați sistematic pentru simplul fapt de a fi bătrâni, la fel cum rasismul și sexismul acționează ca reacție la culoarea pielii sau a genului unei persoane" .

Alte culturi acordă o valoare mai mare bărbaților față de femei sau chiar văd femeile ca posesiuni ale bărbaților, iar femeile în vârstă pot fi expuse unui risc mai mare de violență din partea partenerului. Mass-media poate reflecta toleranța la violență în societate, iar această normalizare a violenței poate contribui la manifestarea violenței.

Există îngrijorător că astfel de atitudini și convingeri pot influența manifestarea violenței față de persoanele în vârstă și pot avea ca rezultat abuzul acestora.

- ***Factori economici și sociali***

Politicile economice și sociale care influențează și mențin niveluri ridicate de inegalitate economică și socială în cadrul societăților se pot adăuga la tensiunile care apar între grupuri. Astfel de factori ar putea juca un rol în crearea unui climat în care prevalează abuzul vârstnicilor. Multe persoane în vârstă trăiesc cu venituri mici, crescând dependența lor de ceilalți. Puține studii au examinat determinanții socio-economici ca factori de risc pentru abuzul vârstnicilor. În Marea Britanie, prevalența abuzului vârstnicilor este raportat a fi mai mare în rândul persoanelor care se aflau în ocupații de rutină sau semi-rutină față de cei care erau mici angajatori sau care desfășoară o activitate independentă.

ABUEL - Un studiu efectuat în mai multe țări, care implică șapte țări europene, a constatat că trăirea în locuințele închiriate pare să fie asociată cu majoritatea tipurilor de abuz. Factorii de risc pentru abuzul vârstnicilor, cum ar fi dependența de alcool și droguri printre făptași, pot fi legați de privarea socio-economică. Sunt necesare studii mai bine concepute pentru a îmbunătăți baza de date pentru factorii determinanți ai riscului socio-economic.

Într-adevăr, principala limitare observată în cercetări a fost tendința de a combina toate formele de abuz, astfel încât determinarea factorilor de risc individual pentru diferitele tipuri de abuz rămâne în continuare dificilă. Dovezile sunt parțiale pentru factori precum sexul, rasa și relația victimei cu făptuitorul sau chiar contestate pentru alți factori, cum ar fi: afectarea fizică a victimei, dependența victimei, stresul îngrijitorului și transmisia intergenerațională a abuzului. Cu toate acestea, dovezile puternice implică următorii factori de risc: izolarea socială, aranjamentele de viață, demența, caracteristicile intraindividuale ale infractorilor, cum ar fi bolile mintale, nivelurile ridicate de ostilitate, abuzul de alcool și dependența făptuitorului de victima.

Propagarea atitudinilor persistente „ageism” și îmbătrânirea demografică pot crește în viitor prevalența abuzului persoanelor în vârstă, în special dacă există servicii

insuficiente sau inadecvate pentru a asigura nevoile de îngrijire ale celor care au nevoie de asistență și sprijin.

### **8.3. Consecințele abuzului - către un model de demnitate și bunăstare**

În realitate, impactul abuzului asupra victimelor este imens: sănătatea lor generală este deteriorată, există consecințe emoționale pe termen lung și pot suferi de asemenea de probleme de somn, stres și anxietate, sentimente de singurătate și izolare, încredere scăzută în sine. Poate exista și o amenințare la adresa vieții în cazurile în care nu se asigură nevoi de bază, cum ar fi medicamentele, alimentația și încălzirea.

Considerațiile de mai sus reflectă faptul că abuzul persoanelor în vârstă reprezintă o chestiune socială, de sănătate publică și a drepturilor omului. Statele membre U.E. împărtășesc preocuparea din ce în ce mai mare a autorităților publice de a îmbunătăți eficiența costurilor serviciilor publice, în special în serviciile de sănătate, sociale și de îngrijire pe termen lung.

Pentru a fi abordate eficient diferitele forme de abuz, societățile noastre trebuie să se îndrepte spre un model care respectă și promovează demnitatea și bunăstarea persoanelor în vârstă. Astfel, este nevoie de un răspuns pe mai multe niveluri, bazat pe drepturi, care să includă - măsurile de prevenire; monitorizarea eficientă și depistarea precoce a cazurilor de abuz; gestionarea adecvată a cazurilor în funcție de vârstă și campanii de sensibilizare a opiniei publice.

### **8.4. Proiecte/programe desfășurate la nivelul UE-28 având ca scop protecția persoanelor vârstnice împotriva abuzurilor**

Cu ocazia Zilei europene a victimelor criminalității din anul 2017, AGE – Platform Europe a folosit ocazia de a solicita o aplicare amplă și cuprinzătoare a drepturilor și garanțiilor introduse de Directiva Uniunii Europene privind Drepturile Victimelor din 2012. Acest instrument juridic asigură condiții de egalitate pentru protecția victimelor criminalității în țările Uniunii Europene și arată că acțiunile europene pot contribui la bunăstarea și protecția cetățenilor.

Directiva UE din 2012 privind drepturile victimelor criminalității reprezintă un pas important pentru a asigura că toate țările Uniunii Europene aplică în legislațiile lor naționale standarde esențiale privind drepturile, sprijinul și protecția victimelor. Termenul limită pentru transpunerea directivei în legislația națională în fiecare dintre cele 28 de țări



ale Uniunii Europene era 16 noiembrie 2015; totuși, există încă un drum lung de parcurs pentru a se asigura că dispozițiile sale sunt puse în aplicare în mod eficient. După punerea în aplicare deplină, directiva va garanta că, indiferent de țara Uniunii Europene în care are loc infracțiunea, victimele vor beneficia de aceleași drepturi minime. Dispozițiile directivei dezvoltă cinci nevoi esențiale ale tuturor victimelor: să fie recunoscute, tratate cu respect și demnitate, să beneficieze de sprijin și protecție, să aibă acces la justiție și să aibă dreptul la despăgubire și la refacere. Directiva definește mai multe drepturi, structurate în jurul a trei capitole principale: furnizarea de informații și sprijin, participarea la procedurile penale, protecția victimelor și recunoașterea victimelor cu nevoi specifice de protecție.

Punerea în aplicare a directivei din 2012 oferă o oportunitate excelentă în acest sens. Obligația de a oferi informații personalizate cu privire la mecanismele de protecție disponibile, luând în considerare vulnerabilitățile situaționale ale victimelor și nevoile lor specifice, implică asigurarea faptului că toți actorii relevanți sunt conștienți de particularitățile abuzului persoanelor în vârstă. Pentru a atinge acest obiectiv, AGE - Europe Platform se angajează să continue să sporească gradul de conștientizare a abuzului vârstnicilor la nivel european și să dezvolte noi forme de cooperare cu organizațiile victimelor.

Un cadru European voluntar de calitate pentru serviciile sociale a fost elaborat în 2010 de către Comitetul pentru protecție socială, care a acționat ca un prim pas spre combaterea abuzului în setările instituționale și pentru a se asigura că persoanele în vârstă primesc un standard minimal de îngrijire. Parteneriatul European Pentru Inovare privind Îmbătrânirea Activă și Sănătoasă se concentrează pe crearea de medii prietenoase pentru persoanele vârstnice, care să poată ajuta îngrijitorii și să reducă astfel riscul de abuz.

Pe de altă parte, în anul 2010, Parlamentul European a solicitat o Carte Verde<sup>83</sup> privind lupta împotriva abuzurilor asupra persoanelor în vârstă și necesitatea de a dezvolta un cod de conduită în casele de îngrijire, fără nici un rezultat până acum.

Programul DAPHNE<sup>84</sup> a finanțat o serie de proiecte și a contribuit la creșterea gradului de conștientizare a violenței împotriva femeilor în vârstă. Printre acestea, proiectul

---

<sup>83</sup>Cartea Verde: lansează o dezbatere la nivel european, urmată de o consultare privind un set de subiecte și idei și pot fi urmate de o Carte Alba, care este un set oficial de propuneri, care sunt folosite pentru dezvoltarea lor în sistemul de drept al Statelor Membre

<sup>84</sup>Programul de finanțare DAPHNE își propune să contribuie la protecția copiilor, tinerilor și a femeilor împotriva tuturor formelor de violență și de a atinge un nivel ridicat de protecție a sănătății, bunăstării și coeziune socială. În special, acesta are ca scop să lupte împotriva violenței în domeniul public și privat, inclusiv exploatarea sexuală și traficul de persoane

EUSTaCEA (2008-2010)<sup>85</sup>, condus de AGE - Platform Europe și E.D.E<sup>86</sup>, a elaborat “Carta Europeană a Drepturilor și Responsabilităților Persoanelor în Vârstă care au nevoie de Îngrijire și Asistență pe Termen Lung”.<sup>87</sup>

Bazat pe inițiative naționale existente, Carta europeană a devenit un document de referință la nivelul Uniunii Europene și a elaborat, de asemenea, un Ghid<sup>88</sup> explicativ pentru “Carta Europeană a Drepturilor și Responsabilităților Persoanelor în Vârstă care au nevoie de Îngrijire și Asistență pe Termen Lung” (Carta), cu recomandări și exemple concrete de intervenții care vizează autoritățile naționale și locale europene, furnizorii de servicii, organizațiile persoanelor în etate și potențialele victime. Ghidul a contribuit la construirea unui consens între mai multe părți interesate și este construit în jurul drepturilor și responsabilităților care promovează emanciparea și respectarea persoanelor în vârstă.

Bazându-se pe Carta, AGE - Platform Europe și E.D.E au condus un alt proiect, „Wellbeing and Dignity of Older people”(WEDO) (2008-2010)<sup>89</sup> care și-a propus ca scop crearea unei rețele durabile a organizațiilor care s-au angajat să lucreze împreună pentru a promova bunăstarea și demnitatea persoanelor în vârstă și pentru a preveni abuzul prin promovarea îngrijirii pe termen lung, de calitate. Acest proiect a dezvoltat un cadru voluntar european de calitate în îngrijirile pe termen lung din setările instituționale, comunitare și de îngrijire la domiciliu și un Ghid<sup>90</sup> cu recomandări privind dezvoltarea calității participative pentru a ajuta statele membre să adapteze cadrul în contextul lor național / regional, structural și juridic.

Ca urmare a Adunării Mondiale privind îmbătrânirea din Madrid, în aprilie 2002, a fost elaborat Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea (PIAÎ) de la Madrid (ONU, 2002). Documentul se bazează pe Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele în vârstă, astfel cum au fost adoptate în 1991. În cadrul PIAÎ, abuzul persoanelor în vârstă este abordat în mod specific ca o problemă care necesită atât atenție națională, cât și internațională. Documentul precizează că, pentru a trăi într-o societate durabilă pentru

<sup>85</sup><http://www.ede-eu.org/en/articles/daphne-eustacea-proiect>, <https://www.ageplatform.eu/project/daphne-eustacea-european-strategy-combat-elder-abuse>

<sup>86</sup> La 6 aprilie 1989, E.D.E. (Asociația Europeană Pentru Directori Și Furnizori de Servicii de Îngrijire Pe Termen Lung Pentru Vârstnici) a fost înființată în Luxemburg. E.D.E. este o organizație profesională a managerilor rezidențiali și de îngrijire medicală din toate țările europene. Membrii din EDE sunt organizații de directori provenind din 18 țări europene și în total există 23 de asociații naționale

<sup>87</sup> “European Charter of the Rights and Responsibilities of Older People in Need of Long-Term Care and Assistance”, [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter\\_EN.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_EN.pdf)

<sup>88</sup> [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/22495\\_guide\\_accompagnement\\_EN\\_low.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/22495_guide_accompagnement_EN_low.pdf)

<sup>89</sup> „Parteneriatul European Pentru Bunăstarea Și Demnitatea Persoanelor În Vârstă”, [http://www.eccertificate.eu/fileadmin/uploads/italy\\_files/Convegno/Sedmak.pdf](http://www.eccertificate.eu/fileadmin/uploads/italy_files/Convegno/Sedmak.pdf)

<sup>90</sup> [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/24171\\_WeDo\\_brochure\\_A4\\_48p\\_EN\\_IE\\_WEB.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_EN_IE_WEB.pdf)

toate vârstele, societatea ca întreg ar trebui să combată discriminarea pe motive de vârstă și violența legată de vârstă. Planul Internațional De Acțiune Privind Îmbătrânirea De La Madrid a încercat să abordeze problema excluziunii sociale și a solicitat inițiative care să răspundă inegalității, marginalizării, deprivării și violenței pe care o întâlnesc multe persoane în vârstă. Persoanele în vârstă care ar putea fi excluse din punct de vedere social pe baza vârstei, sexului, venitului, educației, rețelei de asistență socială, stării de sănătate și culturii merită o atenție deosebită, iar concentrarea asupra factorilor determinanți ai sănătății poate, de asemenea, să promoveze incluziunea socială a acestora.

Alte programe desfășurate în perioada 2007-2004:

### 1. La nivelul UE-28

- **ANCIEN** (Assessing Needs of Care în European Nations)<sup>91</sup> – studiu privind îngrijirea pe termen lung pentru persoanele vârstnice din Europa. Perioada de desfășurare 2009-2012. Au fost incluse 21 țări Uniunii Europene. A fost o cercetare pentru Comisia Europeană în cadrul celui de-al șaptelea program-cadru. Obiective:

1. descrie și caracterizează sistemele de ÎLD<sup>92</sup> în Europa (WP1)
2. analizează nevoia de îngrijire (în legătură cu demografia și stilul de viață)
3. analizează evoluției ofertei și cererii de îngrijire formală și informală
4. analizează rolul potențial al tehnologiei în rezolvarea problemelor ÎLD
5. eforturi de îmbunătățire a calității ÎLD
6. proiectarea utilizării ÎLD în funcție de evoluția nevoilor și ofertei
7. evaluarea performanței diferitelor tipuri de sisteme ÎLD lider.

- **ABUEL** (Abuz și sănătate în rândul vârstnicilor din Europa), care a examinat populațiile urbane din șapte țări<sup>93 94</sup> ale UE-28. A avut ca scop – cercetarea ratelor de prevalență a abuzului asupra a 4.467 femei și bărbați selectați aleatoriu din populația generală care trăiește în mediul urban, în vârstă de 60-84 de ani și a consecințelor abuzului asupra calității vieții și stării de sănătate a persoanelor vârstnice.

### 2. La nivelul E.D.E. (Asociația Europeană pentru directori și furnizori de servicii de îngrijire pe termen lung pentru vârstnici)

---

<sup>91</sup> „Evaluarea nevoilor de îngrijire în națiunile europene”

[http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/Overview\\_ANCIEN\\_Oct24\\_final.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/Overview_ANCIEN_Oct24_final.pdf)

<sup>92</sup> Îngrijiri de lungă durată

<sup>93</sup> Germania, Grecia, Italia, Lituania, Portugalia, Spania și Suedia

<sup>94</sup> Sursa: <https://www.hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/ABUEL.pdf>

- **E-QALIN**(2004-2008)<sup>95</sup> În contextul proiectului Leonardo da Vinci "E-Qalin" a fost elaborat un model practic și ușor de utilizat de gestionare a calității a fost elaborat în versiuni speciale specifice sectorului pentru locuințe de îngrijire rezidențială pe termen lung pentru vârstnici, caselor și serviciilor pentru persoanele cu deficiențe de vedere, precum și pentru serviciile de zi-pacient / mobil. E-Qalin examinează serviciile oferite de instituții și eficacitatea lor în ceea ce privește satisfacția tuturor celor implicați. E-qalin încurajează și pune accentul pe învățarea în cadrul organizațiilor prin autoevaluare, eliberând potențialul inovativ de îmbunătățire și dezvoltare. Ca partener de proiect, E.D.E. a desfășurat o activitate esențială în dezvoltarea unui sistem de management al calității compatibil cu resursele, specific pentru casele de îngrijire care este acceptat în întreaga Europă, în termenul abstract al managementului calității.

- **INTERLINKS** (2008-2011)<sup>96</sup> Obiectivul INTERLINKS a fost dezvoltarea unui sistem valid pentru analiza și dezvoltarea îngrijirii pe termen lung pentru persoanele în vârstă. E.D.E. a fost una dintre cele 20 de organizații ale U.E. în cadrul consiliului consultativ european al proiectului, oferind feedback și sugestii pentru îmbunătățire. Membrii E.D.E. au fost, de asemenea, implicați în panourile experților naționali, oferind feedback privind rapoartele naționale și furnizând exemple practice inovatoare, informații privind evoluția politicilor și documentele relevante.

- **CEN / TC 449** (2017- prezent). Domeniul de aplicare al CEN / TC 449 este de a dezvolta standarde de îngrijire și de sprijin care sunt oferite persoanelor în vârstă indiferent de locul în care trăiesc, pe baza nevoilor și alegerilor individuale ale persoanei în vârstă. Se urmărește promovarea îngrijirii și sprijinului în condiții de siguranță pentru persoanele vârstnice, cu autodeterminare și participare pentru persoanele în vârstă și pentru familia și prietenii apropiați. Se urmărește oferirea de sprijin personalului de îngrijire prin crearea unui mediu fizic și psihosocial accesibil și de susținere, care oferă oportunitatea menținerii funcțiilor și a activităților semnificative pentru persoanele în vârstă, precum și asigurarea unui mediu de lucru adecvat personalului. Grija și sprijinul pentru cei în vârstă este o activitate complexă care necesită o înțelegere și cooperare comună între toți actorii care contribuie la promovarea și dezvoltarea calității serviciilor.

---

<sup>95</sup> Sursa: <http://www.ede-eu.org/en/articles/e-qalin>.

<sup>96</sup> Sursa: <http://www.ede-eu.org/en/articles/interlinks>.

## **8.5. Protecția juridică a persoanelor vârstnice împotriva abuzurilor la nivel național**

La nivel național, cele mai multe cazuri de abuz asupra persoanelor în vârstă sunt tratate în conformitate cu legislația violenței în familie și în majoritatea țărilor nu există nici o referire specifică la persoanele în vârstă. Studiile au demonstrat că victimele vârstnice consideră că politicile privind violența în familie pun accent pe femei sau pe copiii și nu abordează eficient problema abuzurilor asupra persoanelor în vârstă.

În Slovenia, tema abuzurilor asupra persoanelor în vârstă a câștigat recunoașterea și atenția publicului numai atunci când Legea privind prevenirea violenței domestice a menționat în special persoanele în vârstă ca grup vulnerabil și a fost adoptată în 2008. În plus, actele naționale privind violența au un domeniu de aplicare limitat, astfel cum este cazul Legii cehe, care nu se referă la îngrijirea instituțională, excluzând astfel de la efectele ei relele tratamente din sferile instituționale. De asemenea, în Marea Britanie, serviciile medicale furnizate de sectorul privat nu intră sub incidența Legii privind Drepturile Omului, deși potrivit Comisiei pentru Egalitate și Drepturile Omului, cazurile de abuz sunt o abordare a drepturilor omului.

Referințe privind responsabili de abuz pot fi, de asemenea, găsite în codurile penale, însă procedurile penale, din cauza stigmatului lor, implicațiilor și complexității pot descuraja persoanele în vârstă să raporteze, mai ales că de multe ori agresorul lor este o persoană de mediul lor apropiat.

În concluzie, protecția juridică a abuzurilor asupra persoanelor în vârstă este foarte mult fragmentată în statele UE, aceasta vizează rar persoanele în vârstă și include lacune importante de protecție față de abuz.

## Capitolul IX: Concluzii

Populația Uniunii Europene se află într-un proces continuu de îmbătrânire demografică, astfel în perioada 2018 - 2100, populația de 60 ani și peste va crește cu peste 30,0% și va reprezenta în total 37,0% față de 26,0% (2018), iar populația de 80 ani și peste va crește de aproape 2,5 ori și va reprezenta în total 14,6% față de 5,6%. De remarcat procentul în creștere al celor mai în vârstă dintre vârstnici (80 ani și peste) în total populație vârstnică (60 ani și peste), de la 21,5% în 2018 la 39,5% în anul 2100 (aproape dublu). Acest fapt va duce la o presiune deosebită asupra sistemelor de pensii, de sănătate și de îngrijiri de lungă durată, precum și asupra familiilor persoanelor vârstnice.

În condițiile provocărilor în diverse domenii pe care le aduce fenomenul îmbătrânirii populației, o atenție deosebită trebuie acordată drepturilor persoanelor vârstnice în contextul drepturilor omului. "Drepturile omului sunt libertățile și drepturile universale ale persoanelor și grupurilor protejate de lege. Acestea includ drepturile civile și politice (dreptul la viață), drepturile sociale, economice și culturale, (drepturile la sănătate, securitate socială și locuința). Toate drepturile sunt interrelaționate, interdependente și inalienabile. Drepturile umane nu pot fi eliminate din cauza vârstei sau a stării de sănătate a unei persoane. Prin definiție, drepturile omului se aplică tuturor persoanelor, inclusiv persoanelor în vârstă, chiar și atunci când nu există nicio referire specifică în text la grupele de vârstă sau la îmbătrânire.

În ultimele două decenii, s-au făcut progrese majore în eforturile de promovare a drepturilor omului, inclusiv în cazul persoanelor în vârstă. Mai multe tratate și instrumente internaționale pentru drepturile omului se referă la îmbătrânire sau la persoanele în vârstă, (discriminarea femeilor în vârstă, a migranților mai în vârstă și a persoanelor în vârstă cu dizabilități), la menținerea dreptului de a fi liber de exploatare, violență și abuz și discută probleme legate de sănătate, securitate socială și obținerea unui nivel de viață adecvat."<sup>97</sup>

Concluziile rezultate din analiza drepturilor persoanelor vârstnice sunt structurate pe domenii: sănătate, îngrijiri de lungă durată, forța de muncă, pensii, sărăcie, violență.

- **Sănătate**

Dreptului la sănătate este stipulat și în Declarația Universală a Drepturilor Omului la art.25. Se precizează în textul menționat că orice persoană are dreptul la un nivel de trai care să asigure sănătatea și bunăstarea familiei sale, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea,

---

<sup>97</sup> Sursa:- „Raport mondial despre îmbătrânire și sănătate”, Organizația Mondială a Sănătății (2015), p. 5 .

locuința, îngrijirea medicală și serviciile sociale necesare. Dreptul la sănătate este parte integrantă a protecției sociale garantate tuturor persoanelor, în scopul asigurării bunăstării, respectiv a unei vieți de calitate.

Reiterând definiția dată sănătății de către Organizația Mondială a Sănătății<sup>98</sup>, putem afirma că sănătatea este multidimensională și nu poate fi realizată decât cu efortul plurisectorial al societății, statului, comunităților locale și al fiecărui individ în parte. Sănătatea nu este un scop în sine, ci o condiție a calității vieții și un mijloc prin care persoanele pot participa la dezvoltarea economică și socială – personală și colectivă. Dezvoltarea este dependentă de sănătatea celor care participă la procesul productiv și la viața social-culturală. În acest sens literatura de specialitate menționează tot mai frecvent sănătatea ca "revelator social".

O problemă prioritară de sănătate, pe plan național este ocrotirea medico-socială diferențiată a grupelor populaționale vulnerabile sau defavorizate social, din care fac parte și persoanele vârstnice. La această categorie de vârstă în prim plan ies consecințele medico-sociale ale îmbătrânirii, principalii indicatori ai stării de sănătate fiind: nivelul mortalității, nivelul morbidității (boli cronice) și starea de sănătate autodeclarată.

Un aspect important îl constituie și gradul de satisfacție al populației vârstnice față de serviciile medicale. Tot aici menționăm barierele pe care le întâmpină persoanele vârstnice în accesarea serviciilor de sănătate. „În țările slab dezvoltate și mediu dezvoltate în jur de 60,0% din respondenți (60 ani și peste) invocă «lipsa resurselor financiare» ca motiv pentru ne-accesarea serviciilor medicale; între 20,0 - 30,0% motivează acest lucru prin «lipsa transportului» sau «nu și-au permis transportul», iar în țările dezvoltate cei mai mulți, respectiv 23,8% spun că «au fost anterior tratați prost» și 21,5% spun că «nu au fost suficient de bolnavi»<sup>99</sup>

Sistemele de sănătate bine aliniate pot permite furnizarea de îngrijiri integrate și centrate pe persoane în vârstă. Organizația Mondială a Sănătății a identificat zone pe care trebuie pus accentul pentru construirea unor sisteme de sănătate puternice: 1) furnizarea de servicii (crearea unei infrastructuri favorabile vârstnicilor); 2) resurse umane (transformarea forței de muncă); 3) sisteme de informare în domeniul sănătății și sănătate

---

<sup>98</sup>“Sănătatea este starea de completă bunăstare fizică, mentală și socială, care nu se reduce la absența bolii sau infirmității. Deținerea celei mai bune stări de sănătate de care este capabilă persoana umană este unul din drepturile fundamentale ale omului ”(preambulul statului OMS, 1946).

<sup>99</sup>Sursa datelor:- „Raport mondial despre îmbătrânire și sănătate”, Organizația Mondială a Sănătății (2015), p 91,  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=393168BB63E7AD599BBBE530BF64BD7D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=393168BB63E7AD599BBBE530BF64BD7D?sequence=1)

electronică; 4) produse, vaccinuri și tehnologii adecvate; 5) conducere și guvernare (îmbătrânirea sănătoasă în centrul politicilor) și 6) finanțare.

### **1. Furnizarea de servicii (crearea unei infrastructuri favorabile vârstnicilor)**

Pe lângă crearea de sisteme care furnizează intervenții importante pentru persoanele în vârstă, serviciile de sănătate primară ar trebui să fie situate aproape de zonele unde locuiesc aceștia și ar trebui să fie prioritare serviciile acordate grupurilor vulnerabile și zonelor mai puțin deservite. Este posibil ca serviciile medicale de specialitate să fie localizate în mod centralizat și, astfel, pot atrage distanțe mai lungi de parcurs. În aceste cazuri, este esențial să fie disponibile opțiuni de transport adecvate vârstei și la prețuri accesibile.

În locurile unde sunt situate serviciile, infrastructura fizică a centrelor de sănătate și a spitalelor trebuie să fie proiectată într-un mod adecvat cerințelor persoanelor în vârstă. Infrastructura ar trebui să includă: ascensoare, scări rulante, rampe, uși și pasaje accesibile unui individ, cu pierderi semnificative de capacitate fizică sau care folosește un scaun cu roțile, scări adecvate (nu prea înalte sau abrupte) cu balustrade de mână, pardoseală care să nu alunecă, zone de odihnă cu scaune confortabile și semne mari, clare și bine luminate.

### **2. Resurse umane (transformarea forței de muncă);**

Transformarea forței de muncă pentru a răspunde priorităților secolului XXI necesită o coaliție între personalul de îngrijire a sănătății și de îngrijire de lungă durată pentru a colabora cu partenerii comunitari, persoanele în vârstă și familiile lor. Serviciile pe care le oferă ar trebui să răspundă nevoilor și așteptărilor viitoare ale persoanelor în vârstă.

Pentru a îndeplini rolurile necesare, lucrătorii din domeniul sănătății vor necesita mai multe competențe cheie. Aceștia trebuie să poată efectua screeningul de bază pentru a evalua vederea, auzul, cogniția, starea nutrițională și sănătatea orală și trebuie să poată gestiona afecțiunile de sănătate frecvente la persoanele în vârstă, cum ar fi fragilitatea, osteoporoza și artrita. Ei ar trebui să înțeleagă cum depresia, demența și consumul nociv de alcool se manifestă de obicei la persoanele în vârstă și ar trebui să știe să identifice neglijarea sau abuzul. Dincolo de aceste competențe specifice, lucrătorii din domeniul sănătății au nevoie de competențe generale în comunicare, lucru în echipă, tehnologie informatică și sănătate publică



### **3. Sisteme de informare în domeniul sănătății și sănătate electronică (E - sănătate)**

Utilizarea strategică a computerului va fi esențială pentru îmbunătățirea capacității funcționale a generațiilor viitoare, integrarea și gestionarea îngrijirii persoanelor în vârstă, evaluarea impactului intervențiilor și asigurarea răspunderii pentru serviciile furnizate.

Înregistrările electronice de sănătate și sistemele de informații referitoare la sănătate pot capta, organiza și partaja informații despre clienții individuali și populațiile clinice pentru a ajuta la identificarea nevoilor persoanelor în vârstă, pentru a planifica îngrijirile în timp, pentru a monitoriza răspunsurile la tratament și a evalua rezultatele sănătății. Activitatea computerizată poate facilita, de asemenea, colaborarea dintre lucrătorii din domeniul sănătății și între echipele de îngrijire a sănătății și clienții acestora, care pot fi localizați în diverse locații geografice. Serviciile de sănătate, cum ar fi telemedicina și consultarea la distanță, permit clienților să aibă acces la expertize diagnostice și terapeutice care altfel ar putea să nu fie disponibile la nivel local. În multe privințe, computerul a devenit fundamental pentru gestionarea eficientă a bolilor cronice și pentru implementarea îngrijirii de către echipele multidisciplinare.

### **4. Produse, vaccinuri și tehnologii adecvate- asigurarea accesului**

Produsele medicale, medicamentele esențiale pentru sănătate și tehnologiile sunt indispensabile pentru a ajuta la vârstnici să rămână sănătoși, activi și independenți cât mai mult posibil.

Medicamentele pentru persoanele în vârstă trebuie să fie sigure, prescrise, disponibile și accesibile; totuși atingerea acestor obiective este o provocare semnificativă pentru majoritatea sistemelor de sănătate. Persoanele în vârstă iau mai multe medicamente decât cei mai tineri și adesea iau mai multe medicamente în același timp (polifarmacie). În plus, pe măsură ce organismul îmbătrânește, efectele medicamentelor se schimbă, iar administrarea greșită a medicamentelor poate crește odată cu vârsta. Prin urmare, îmbunătățirea consumului de medicamente la vârstnici, inclusiv punerea în aplicare a prescrierii corespunzătoare, este un domeniu care necesită atenție urgentă

Asigurarea accesului la tehnologiile de sănătate asistativă este un alt domeniu important în care se pot lua măsuri. Aceste tehnologii pot ajuta persoanele în vârstă să-și mențină capacitatea în pofida scăderilor puterilor; ele pot îmbunătăți bunăstarea și calitatea vieții; pot reduce căderile și spitalizările. Integrarea produselor și serviciilor

tehnologice de sănătate în politicile naționale de sănătate și îmbătrânire ar contribui la asigurarea echității și la furnizarea de medii de politică și de reglementare necesare care să conducă la creșterea accesului la aceste tehnologii. De asemenea, ar trebui să fie luate în considerare schemele financiare pentru achiziționarea acestor tehnologii.

#### **5. Conducere și guvernare (îmbătrânirea sănătoasă în centrul politicilor);**

Reformele politice reprezintă elementul principal pentru dezvoltarea și punerea în aplicare a serviciilor integrate de sănătate pentru populațiile îmbătrânite. Fundamentele pentru succesul acestor inițiative sunt angajamentele guvernelor și politicile formale, legislația, reglementările și finanțarea care concretizează aceste angajamente.

Pentru îngrijirile integrate și centrate pe persoană pentru persoanele în vârstă, politicile și planurile de îngrijire a sănătății trebuie să ia în considerare mai întâi nevoile populațiilor îmbătrânite. De prea multe ori, persoanele în vârstă sunt invizibile în politici și planuri. Un prim pas ar fi revizuirea politicilor și a planurilor având în vedere această atenționare.

În plus, este necesară acordarea unei atenții sporite pentru a aborda inegalitățile din domeniul sănătății în rândul persoanelor în vârstă. Persoanele în vârstă sărace și marginalizate au, de obicei, expuneri mai mari la riscuri pentru sănătate, mai multe probleme de sănătate și mai multe dificultăți în accesarea serviciilor.

#### **6. Finanțarea sănătății: aliniere cu obiectivele îmbătrânirii sănătoase**

Politicile de finanțare a sănătății ar trebui să fie alinate obiectivelor pentru acoperirea nevoilor de sănătate universale a populațiilor îmbătrânite, respectiv să se asigure accesul tuturor oamenilor la serviciile de sănătate necesare - cum ar fi prevenirea, promovarea sănătății și tratamentul și reabilitarea - fără riscul dificultăților financiare asociate cu accesarea serviciilor. Alinierea politicilor de finanțare a sănătății la obiectivele de acoperire a sănătății universale ar proteja persoanele în vârstă împotriva riscului de a nu putea accesa asistența medicală esențială din cauza costurilor financiare sau de a face față unor greutăți financiare și chiar a sărăciei din cauza nevoilor lor de îngrijire.

De exemplu, furnizorii de sănătate ar trebui să aibă stimulente financiare pentru a efectua evaluări cuprinzătoare, pentru a oferi intervenții preventive pentru a întârzia scăderea capacităților persoanelor și pentru a sprijini îngrijirile pe termen lung (inclusiv reabilitarea, îngrijirea paliativă și îngrijirea în azil). Îngrijirile la domiciliu ar trebui, de asemenea, să fie incluse în pachetul de servicii acoperite

În concluzie, pentru a răspunde nevoilor populațiilor îmbătrânite, sunt necesare schimbări semnificative în modul în care sistemele de sănătate sunt structurate și în asistența medicală. În multe locuri, în special în țările cu venituri mici și medii, accesul și accesibilitatea sunt barierele cheie pentru îngrijire. În aceste locuri vor trebui să se dezvolte noi servicii și abordări. La nivel global, serviciile disponibile sunt adesea adaptate slab la nevoile de sănătate ale persoanelor în vârstă. Acestea vor trebui să fie reproiectate, iar punctul de pornire va trebui să fie poziționarea persoanelor în vârstă în centrul asistenței medicale. Acest lucru va necesita concentrarea pe nevoile și preferințele lor unice, inclusiv pe aceștia ca participanți activi la planificarea asistenței și la gestionarea stării lor de sănătate.

Sunt necesare schimbări și la sistemele de sănătate. Serviciile de sănătate trebuie să fie mai bine integrate între niveluri și între grupuri de specialiști. Este necesară o mai bună coordonare cu sistemele de îngrijire pe termen lung și, de asemenea, integrarea formală.

Aceste schimbări par a fi atât accesibile cât și durabile. Abordările integrate și centrate pe persoană, s-au dovedit a fi mai eficiente pentru persoanele în vârstă, și de asemenea mai ieftine decât serviciile tradiționale.

Deși transformarea sistemelor de sănătate necesită acțiune pe mai multe fronturi, trei priorități apar ca priorități:

- mutarea focalizării clinice de la boală la capacitatea intrinsecă;
- reconstruirea sistemelor de sănătate pentru a oferi mai multă îngrijire integrată și centrată pe persoană;
- transformarea forței de muncă în domeniul sănătății, astfel încât să se poată adapta la cerințele necesitate de aceste noi sisteme.

- **Îngrijiri de lungă durată**

Proclamarea solemnă a Pilonului European al Drepturilor Sociale<sup>100</sup> <sup>101</sup> (denumit în continuare "Pilonul") propune stabilirea unor principii pentru îmbunătățirea mecanismelor de protecție socială și a piețelor forței de muncă și prezintă în detaliu modalități posibile de operare a acestora. În domeniul protecției sociale adecvate și durabile, Comisia

---

<sup>100</sup>[https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles\\_ro](https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_ro)

<sup>101</sup> În data de 23 octombrie 2017, la Luxemburg a avut loc Consiliul pentru Ocuparea Forței de Muncă, Politică Socială, Sănătate și Consumatori. În cadrul Consiliului, miniștrii pentru ocuparea forței de muncă și afaceri sociale din țările Uniunii Europene și-au dat aprobarea unanimă pentru Pilonul European al Drepturilor Sociale al Comisiei. Pilonul a fost lansat oficial de Parlament, Consiliu și de Comisie la Summitul social pentru creștere și locuri de muncă echitabile, care a avut loc la 17 noiembrie 2017 la Göteborg.

Europeană își propune să asigure dreptul la acces la servicii de îngrijire pe termen lung, de calitate și accesibile, inclusiv îngrijire la domiciliu, asigurată de profesioniști calificați corespunzător. De asemenea, aceasta subliniază faptul că finanțarea serviciilor de îngrijire pe termen lung va fi consolidată.

Pilonul acordă prioritate îngrijirilor la domiciliu (furnizate la domiciliul unei persoane care are nevoie de îngrijire) și serviciilor comunitare (gama de servicii non-instituționale de îngrijire), inclusiv pentru persoanele cu dizabilități. În același timp, un sector de îngrijire rezidențială bine dezvoltat și calitativ (inclusiv îngrijire semi-rezidențială) este important pentru a oferi sprijin în toate cazurile în care îngrijirea la domiciliu nu este viabilă. Deși Pilonul nu are nici o putere juridică, se propune ca acesta să devină un cadru de referință pentru a examina performanța socială și ocuparea forței de muncă a statelor membre participante, pentru a stimula reformele la nivel național și, mai precis, pentru a servi drept busolă pentru convergența reînnoită în zona euro.

Îngrijirile de Lungă Durată presupun o muncă intensivă, bazându-se foarte mult pe îngrijirea informală. Cu toate acestea, în viitor, cererea de îngrijire formală este probabil să crească în continuare ca urmare a: a) disponibilității reduse a îngrijitorilor informali care rezultă din modificarea tiparelor familiale (în special creșterea numărului de gospodării unice); b) creșterea participării femeilor pe piața muncii; c) creșterea mobilității forței de muncă și d) creșterea preconizată a vârstei de pensionare. În același timp, setul de aptitudini pe care trebuie să îl aibă forța de muncă pentru îngrijire este din ce în ce mai diversificat: de la competențele "tradiționale" legate de îngrijire și de la abilitățile soft până la expertiza tehnologică legată de progresele tehnologiilor în domeniul sănătății. În paralel, atractivitatea sectorului de îngrijire formală pentru lucrătorii potențiali este subminată de percepții negative legate de condițiile de muncă proaste, mediile de lucru stresante, lipsa unor căi de carieră bine definite și lipsa oportunităților de dezvoltare.

Prestațiile ÎLD în Europa se caracterizează prin diferențe semnificative între țări (și în interiorul acestora), în principal în modul în care acestea sunt organizate (de către furnizorii publici, cu scop lucrativ sau neguvernamental), livrate (îngrijire la domiciliu versus îngrijire instituțională), beneficii și modul în care sunt generate resursele (prin impozitare generală, asigurări sociale obligatorii și asigurări private voluntare). Mai mult, o parte substanțială a ÎLD este asigurată de îngrijitorii informali ai familiei, însă măsura în care această îngrijire informală este completată de o îngrijire formală, furnizată public, variază de asemenea. În mod surprinzător, există mari variații între țări în ceea ce privește accesul / eligibilitatea pentru ÎLD. Mai mult, o mare parte a sarcinilor externalizate sunt oferite în

cadrul economiei ascunse: sectorul serviciilor personale și de uz casnic are unul dintre cele mai înalte niveluri de munca nedeclarată.

Pe lângă situațiile diverse din statele membre, unii factori suplimentari fac din coordonarea politicilor Uniunii Europene o provocare:

- complexitatea ÎLD: combinația de asistență medicală și socială, complicată și mai mult de lipsa unei coordonări suficiente între cele două; amestecul de îngrijire formală și îngrijire informală;
- dificultăți de monitorizare, datorită caracterului informal al majorității serviciilor ÎLD, absența unor indicatori de rezultat conveniți la nivelul Uniunii Europene și date (rezonabil) comparabile.

Cu toate acestea, în timp ce nu există o soluție politică unică, statele membre se confruntă cu provocări similare:

- o provocare privind accesul și adecvarea cauzată de subdezvoltarea serviciilor formale susținute public și de lipsa de complementaritate între ÎLD furnizate oficial și informal;
- o provocare de calitate, deoarece schimbările demografice vor spori tensiunile dintre volumul de îngrijire și calitatea sa;
- o provocare pentru ocuparea forței de muncă, în special pentru femeile care sunt adesea îngrijitori informali;
- o provocare privind sustenabilitatea financiară, legată de îmbătrânirea populației;
- creșterea cheltuielilor publice pentru îngrijirea pe termen lung, analizată

îndeaproape de Direcția Generală Afaceri Economice și Financiare a Comisiei Europene.

Deși responsabilitatea pentru politica de îngrijire pe termen lung și furnizarea de asistență revine mai degrabă Statelor Membre ale Uniunii Europene decât Uniunii Europene însăși, toate Statele Membre ale U.E. au convenit ca, în temeiul "legislației soft" (Metoda deschisă de coordonare), să garanteze accesul la îngrijire la prețuri accesibile, durabile și de calitate. Comisia Europeană a încurajat, de asemenea, toate țările să planifice îmbătrânirea populației prin schimbul de bune practici, prin reformarea politicilor ÎLD și prin încurajarea membrilor săi să abordeze cerințele de bază ale drepturilor omului prin asigurarea unui acces adecvat la îngrijirea de lungă durată – calitativă și la prețuri accesibile.

Rapoartele ÎLD naționale pentru persoanele în vârstă (65 ani și peste) variază substanțial între cele 28 de state ale U.E. care fac obiectul studiului<sup>102</sup> în ceea ce privește organizarea, finanțarea și tipurile de îngrijiri oferite. Cu toate acestea, există trei tendințe și provocări comune multora dintre ele. În primul rând, majoritatea țărilor europene se confruntă cu probleme legate de accesul la sistemele ÎLD și de finanțarea acestora, datorită fragmentării instituționale și geografice a furnizării ÎLD. Acest lucru este problematic și în ceea ce privește calitatea ÎLD, care rămâne un factor esențial în menținerea și îmbunătățirea calității vieții persoanelor în vârstă cu dizabilități atât în mediul rezidențial, cât și în cel de îngrijire la domiciliu.

În al doilea rând, a existat o tendință clară de a acorda prioritate îngrijirii la domiciliu. Cu toate acestea, serviciile de îngrijire la domiciliu și îngrijirea comunitară sunt cele mai dificil de accesat în multe țări, deoarece acestea sunt subdezvoltate. Una dintre consecințele importanței acordate îngrijirii la domiciliu și furnizării în comunitate a fost faptul că disponibilitatea serviciilor de îngrijire rezidențială a scăzut în mai multe țări în ultimii 25 de ani. Într-adevăr, în țările cu o lungă tradiție de îngrijire rezidențială, în special țările nordice, procesul de dezinstituționalizare este foarte vizibil. Cu toate acestea, țările din Europa de Sud și Est au creat noi centre rezidențiale, dar chiar și așa cererea de îngrijire depășește oferta. În acest context, câțiva experți REPS<sup>103</sup> au evidențiat o puternică tendință pe termen lung față de privatizarea și comercializarea ÎLD și creșterea rapidă a unui sector comercial (de ex. Belgia, Finlanda, Germania, Lituania, Marea Britanie, România). Îngrijirea la domiciliu merge, de asemenea, mână în mână cu strategiile de prevenire și reabilitare, pentru a permite persoanelor în vârstă să trăiască independent și să se mențină fizic, mental și social activ pentru mai mult timp. Cu toate acestea, doar câteva țări au implementat cu succes astfel de strategii (de prevenire) (de exemplu, Danemarca, Germania, Luxemburg, Portugalia, precum și mai recent Franța și Marea Britanie).

În al treilea rând, în toate cele 28 de țări ale U.E., se înregistrează o incidență și o extindere a îngrijirii informale, în principal din cauza lipsei de facilități formale ÎLD accesibile, a calității slabe și a costului ridicat al ÎLD, precum și a modelului tradițional de relații inter-generaționale și familiale. În ciuda schimbărilor culturale, a atitudinilor noi și a progresului relativ în distribuirea sarcinilor de îngrijire, femeile continuă să-și asume

---

<sup>102</sup>Studiul realizat de Rețeaua Europeană de Politică Socială (REPS), prezentat anterior [https://www.researchgate.net/publication/327573767\\_Challenges\\_in\\_long\\_term\\_care\\_in\\_Europe\\_A\\_study\\_o\\_f\\_national\\_policies](https://www.researchgate.net/publication/327573767_Challenges_in_long_term_care_in_Europe_A_study_of_national_policies).

<sup>103</sup> Rețeaua Europeană de Politică Socială.

responsabilitatea și să efectueze cea mai mare parte a îngrijirilor medicale. Acest lucru are un impact negativ asupra participării femeilor pe piața forței de muncă. În ciuda acestor provocări, doar un număr limitat de țări au servicii bine dezvoltate (de exemplu, formare, consiliere, servicii de repaus) adaptate îngrijitorilor informali. Nu în ultimul rând, lucrătorii casnici, adesea migranți, joacă un rol din ce în ce mai important în îngrijirea informală în multe țări: problemele calificărilor și condițiilor de muncă au nevoie de răspunsuri politice în multe țări.

Profilul înalt acordat dreptului la ÎLD în cadrul Pilonului European al Drepturilor Sociale deschide oportunități pentru a dezvolta un plan de acțiune mai ambițios pentru U.E., care să poată răspunde provocărilor din următorii câțiva ani.

- **Forța de muncă**

Una dintre principalele provocări ale societăților europene moderne este integrarea persoanelor în vârstă pe piața muncii, pentru a susține sistemul de pensii și securitatea socială și într-o perspectivă mai largă de a susține coeziunea socială. Mai mult decât atât, creșterea speranței de viață, progresele tehnologice și problema demografică fac ca oamenii de peste 55 de ani să devină o parte activă și esențială a economiei și a societății.

Rata de ocupare a forței de muncă de peste 55 de ani a crescut în toată Europa și există tendința ca lucrătorii să fie menținuți cât mai mult timp în muncă (recentele reforme în domeniul pensiilor).

În ultimii ani, vârsta de pensionare a crescut în toată Europa, pensiile au fost reformate și au fost reglementate modalități de lucru mai flexibile. Ratele de activitate ale lucrătorilor vârstnici au crescut pentru grupul de vârstă de peste 55 de ani și continuă să crească. Mai exact, la nivelul U.E., rata de activitate a grupului de vârstă 55 - 64 a fost în 2008 de 45,5%, în 2016 era de 55,3%, iar în anul 2018 era de 58,7%. Cu toate acestea, ratele de activitate a lucrătorilor vârstnici au cele mai mari valori în Suedia (75,8%), Estonia (71,5%), Germania și Lituania (66,9%) și Finlanda (66,5%), la polul opus se situându-se **România (35,7%)**, Croația și Luxemburg (35,2%), Malta (32,1%) și Grecia (30,0%). Diferența de gen este semnificativă, de asemenea, femeile participând pe piața forței de muncă în medie cu 4,9 ani mai puțin decât bărbații (33,4 ani feminin față de 38,3 ani masculin în 2017<sup>104</sup>).

---

<sup>104</sup> Sursa: Bazele de date Eurostat

În general, muncitorii în vârstă au suferit mai puțin de pe urma crizei economice decât grupurile de vârstă mai tinere, conform statisticilor privind ocuparea forței de muncă. Cu toate acestea, viitorul angajabilității cu toate aceste reforme necesită acțiuni și măsuri specifice legate de vârstă, progresele tehnologice și alți factori socio-politici. Provocarea pentru Uniunea Europeană este de a oferi tuturor cetățenilor, indiferent de vârstă, oportunitatea de a lucra, de a fi productiv și de a se bucura de cel mai bun echilibru între viața profesională și familie.

- **Pensii**

Pensiile adecvate sunt esențiale pentru a se asigura că persoanele vârstnice se vor putea bucura de viață după ieșirea la pensie. Cu toate acestea, pe măsură ce ponderea persoanelor în vârstă de pensionare crește datorită schimbărilor demografice, multe țări se confruntă cu probleme de adecvare. În același timp, anumite grupuri de persoane, cum ar fi femeile în vârstă, se confruntă cu condiții economice și mai extreme, întrucât, de obicei, au colectat mai puține contribuții datorită duratei vieții active mai scurte în general decât a bărbaților

Astfel, la nivelul UE - 28, în anul 2017, veniturile femeilor vârstnice (65 ani și peste) au reprezentat 88,9% din veniturile bărbaților vârstnici. Pe țări, ca raport procentual, veniturile femeilor vârstnice față de bărbații vârstnici au avut cele mai mari valori în Franța - 96,4%, Belgia și Marea Britanie - 94,2%, Danemarca - 93,5%, Slovacia - 93,4%, iar cele mai mici valori în România (86,4%), Letonia (85,5%), Cipru (85,4%), Suedia (82,2%), Bulgaria (80,5%) și Lituania (80,2%) (Anexa nr.15)

Un element important este faptul că adecvarea pensiilor nu este evaluată pentru persoanele foarte în vârstă; astfel, sub-indexarea pensiilor duce la o devalorizare reală a pensiilor în special pentru cei mai în vârstă dintre vârstnici, conducând la un risc de sărăcie monetară.

Asigurarea, în prezent și în viitor, a unei pensii adecvate și viabile pentru cetățenii din cele 28 State Membre ale UE reprezintă o prioritate pentru Uniunea Europeană. Atingerea acestor obiective într-o Europă care îmbătrânește constituie o provocare majoră. Majoritatea Statelor Membre au încercat să se pregătească pentru aceasta prin reforme ale sistemelor de pensii. Aceste reforme s-au bazat în principal pe creșterea vârstei de pensionare (cu creșterea corespunzătoare a perioadei de contribuție), înăsprirea condițiilor de eligibilitate pentru a obține o pensie, reducerea posibilităților de



pensionare anticipată și introducerea de reguli de pensionare flexibile pentru a facilita prelungirea vieții active (în acest fel ușurând tranziția de la viața activă la pensionare)

Chiar dacă multe țări membre au luat deja măsuri pentru a reforma sistemele publice de pensii, acestea sunt insuficiente pentru a face față cerințelor din viitor. Conturile publice de pensii din majoritatea țărilor membre vor începe să meargă în deficit susținut în următoarele decenii.

Cum ar trebui să se schimbe structura veniturilor la pensie? Furnizarea de venituri la pensie ar trebui să ia în considerare toate resursele disponibile pentru persoanele în vârstă, inclusiv pensiile publice și private, câștigurile și activele. Existența sistemelor publice de pensii care să permită persoanelor în vârstă să mențină standarde adecvate de trai sunt susceptibile de a rămâne principala sursă de venit pentru mulți pensionari în viitor.

Veniturile la pensie ar trebui să fie furnizate de un sistem mixt - o combinație de sisteme de impozitare și de transfer, sisteme de finanțare avansate, economiile private și investițiile. Obiectivul este diversificarea riscurilor, o repartizare echilibrată a sarcinilor între generații pentru a oferi persoanelor fizice o flexibilitate mai mare asupra deciziei de pensionare.

Prin aceste reforme, persoanele cu venituri medii și mari vor dori să completeze pensiile lor publice Prin urmare, va fi important să se stabilească un cadru solid de reglementare pentru fondurile de pensii private, inclusiv sistemele de pensii ocupaționale. Reformele de-a lungul acestor linii vor schimba "contractul implicit" între multe guverne și pensionari viitori și prin urmare, trebuie să fie implementate cu suficientă informare pentru a da timp oamenilor să se adapteze la noul "contract", adică anticiparea. Încă de acum, a problemelor de natură să apară peste decenii, la momentul pensionării.

- **Sărăcie**

Sărăcia reprezintă o amenințare majoră pentru bunăstarea persoanelor în vârstă Îmbătrânirea prezintă un risc semnificativ suplimentar de a deveni sau de a rămâne sărac. La vârste avansate, oamenii își reduc orele de lucru sau încetează să lucreze din cauza opțiunilor de pensionare sau a problemelor de sănătate, iar atunci când au nevoie sau preferă să continue să lucreze, mulți câștigă salarii mai mici. În multe țări, activele și economiile persoanelor vârstnice, atunci când există economii, nu sunt de obicei suficiente pentru a garanta o securitate adecvată a veniturilor până la sfârșitul vieții, în absența

sistemelor de protecție socială cu acoperire ridicată și a beneficiilor adecvate. Acest lucru face ca persoanele în vârstă să fie deosebit de vulnerabile la insecuritatea economică, precum și la sărăcie, cu opțiuni limitate de a găsi soluții,

Conform ultimelor cifre disponibile, incidența sărăciei în rândul persoanelor în vârstă de 65 de ani<sup>105</sup> și peste a variat în anul 2017 de la Estonia (41,2%), Letonia (39,9%), Lituania (33,4%), Bulgaria (32,0%), Croația (28,6%), până la Ungaria (9,1%), Danemarca (8,8%), Franța (7,8%) și Slovacia (6,9%).

În majoritatea țărilor, riscul sărăciei crește odată cu vârsta. Astfel, nivelul sărăciei pentru persoanele cu vârste de peste 75 de ani, era la nivelul UE-28, de 16,7% total, 19,2% feminin și 13,0% masculin, iar pentru persoanele cu vârste de peste 65 de ani era de 15,0% total, 17,0% feminin și 12,5% masculin. Se observă rata de sărăcie mai mare a femeilor vârstnice (la 75 ani și peste față de 65 ani și peste), deci pe măsură ce avansează în vârstă femeile vârstnice resimt mai puternic riscul sărăciei decât bărbații vârstnici.

Femeile în vârstă prezintă un risc de sărăcie mult mai mare decât bărbații în vârstă. Accesul la securitatea socială la bătrânețe este strâns asociat cu inegalitățile de gen existente. Deși acest lucru poate fi parțial datorat proiectării schemelor de pensii diferențiat funcție de sex, dar în cea mai mare parte se datorează participării scăzute pe piața forței de muncă a femeilor, a numărului mare de femei care lucrează independent și a faptului că femeile au adesea o carieră mai scurtă și întreruptă datorită sarcinilor și creșterii copiilor și/sau îngrijirii persoanelor vârstnice din familie. Femeile care trăiesc singure (divorțate, văduve, necăsătorite) sunt în risc de sărăcie mai mare decât bărbații care trăiesc singuri, atât în țările dezvoltate cât și în cele mai sărace. În multe țări femeile văduve în vârstă au ca unică sursă de venit pensia de urmaș după soțul lor. Astfel, în anul 2017, la nivelul UE-28, rata de sărăcie a femeilor vârstnice (65 ani și peste) era de 17,0%, față de rata de sărăcie a bărbaților vârstnici (65 ani și peste) 12,5% masculin.

Riscul sărăciei la bătrânețe este, în general, mai accentuat în țările mai puțin dezvoltate, unde acoperirea prin protecție socială este inadecvată sau absentă și unde multe persoane în vârstă se bazează doar pe sprijinul familiei. Cu toate acestea, în mijlocul presiunilor socioeconomice și a longevității crescute, un sprijin obișnuit bazat pe familie este foarte adesea departe de a fi suficient și de încredere, astfel un număr tot mai mare de persoane în vârstă sunt în

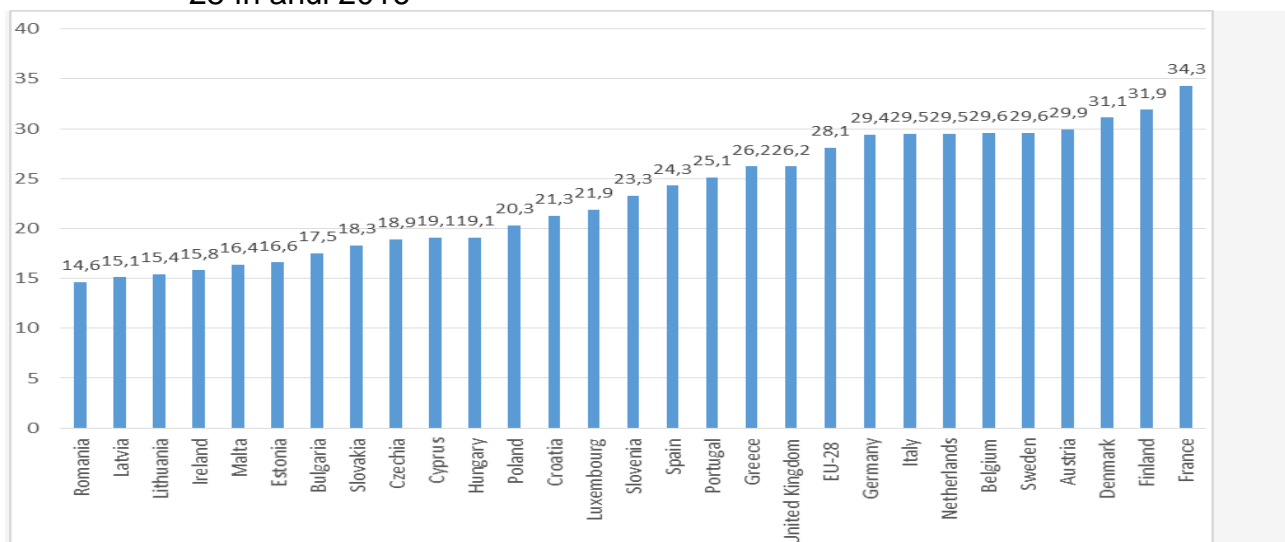
---

<sup>105</sup> România ocupă poziția a 8-a (în ordine descrescătoare) cu 20,0% din 26 state disponibile Sursa datelor: Bazele de date Eurostat.

risc mai mare de a cădea în sărăcie sau de a rămâne sub pragul sărăciei. Aceasta implică necesitatea intervențiilor politice; în primul rând prin protecția socială.

Conform datelor publicate pe site-ul Eurostat sumele alocate și cheltuielile pentru protecția socială variază și ne relevă gradul de interes acordat de țările Uniunii Europene în susținerea populației aflată în risc de sărăcie (Grafic nr.7)

**Grafic nr.7.** Procentul cheltuielilor cu protecția socială ca procent în PIB (%) în țările UE-28 în anul 2016



Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor Eurostat

Astfel , în anul 2016, procentul cheltuielilor cu protecția socială în PIB a variat de la 14,6% - România, 15,1% - Letonia, 15,4% - Lituania, 15,8% - Irlanda, 16,4% - Malta, 16,6% - Estonia și 17,5% - Bulgaria (față de 28,1% la nivelul UE-28), până la 29,6% - Belgia și Suedia, 29,9% - Austria, 31,1% - Danemarca, 31,9% - Finlanda și 34,3% - Franța.

Securitatea veniturilor la bătrânețe depinde, de asemenea, de disponibilitatea și accesul la servicii sigure și accesibile, servicii sociale furnizate public, inclusiv asistență medicală și îngrijire de lungă durată. Pe lângă asigurarea unei stări de sănătate bune, acces echitabil și utilizarea asistenței medicale, serviciile de sănătate oferă o siguranță completă pentru persoanele în vârstă și îi protejează pe ei și familiile lor de căderea în sărăcie după pensionare ca urmare a cheltuielilor de îngrijire medicală care să le depășească posibilitățile.

Nevoile de îngrijire pe termen lung ale persoanelor în vârstă cresc pe măsură ce ajung la vârste mai mari, iar acolo unde îngrijirea formală este singura opțiune, costurile pot fi copleșitoare. În multe țări cu venituri mici, în care guvernele nu finanțează îngrijirea de lungă durată, întreaga povară financiară revine direct persoanelor în vârstă sau

famiiliilor lor. Astfel, persoanele în vârstă care nu au reușit să acumuleze venituri sau averi suficiente prin pensii contributive, economii, transferuri inter-generaționale sau alte surse, nu pot avea acces la sănătate sau îngrijire de lungă durată

Sărăcia ridicată și nivelurile de excludere sociale ridicate sunt în principal rezultatul lipsei de politici care să asigure egalitatea de gen în timpul vieții active, a suportului direct pentru găsirea de locuri de muncă pentru lucrătorii vârstnici și a sistemelor de pensii adecvate pentru persoanele cu sănătate precară care nu mai pot munci. Doar modificările efectuate simultan în aceste domenii diferite vor putea produce rezultate semnificative în calitatea vieții persoanelor în vârstă

- **Violență**

Abuzul în rândul vârstnicilor rămâne o realitate ascunsă, în ciuda nivelurilor îngrijorătoare de prevalență din Europa. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, aproximativ 3,0% dintre persoanele în vârstă din Europa suferă de abuz în comunitate, ceea ce poate afecta până la 25,0% dintre persoanele în vârstă cu nevoi mari de îngrijire. Un studiu privind situația din șapte țări europene<sup>106</sup> a constatat o prevalență de 19,4% pentru abuzul psihic, 3,8% pentru abuzul financiar, 2,7% pentru abuzuri fizice, 0,7% pentru abuz sexual, și 0,7% pentru răniri (leziuni). La nivel mondial, estimările indică faptul că 1 din 10 persoane în vârstă suferă abuz în fiecare lună.

Atitudinile negative față de persoanele în vârstă și stereotipurile pot devaloriza și marginaliza persoanele în vârstă. Acest lucru poate duce la o stimă de sine mai mică și la creșterea probabilității de excludere socială și amenință capacitatea oamenilor de a avea o viață împlinită. Abuzul agravează izolarea socială, perpetuând astfel un ciclu vicios în care persoanele mai în vârstă izolate sunt mai susceptibile de a fi abuzate. Mai mult, abuzarea este asociată cu stres extrem, conferă un risc suplimentar de deces și reduce pe viitor supraviețuirea.

Astfel atitudinile negative, factorii socio-economici, o stare de sănătate precară a persoanei vârstnice combinate cu un sprijin slab pentru îngrijitori declanșează abuzul asupra persoanelor în vârstă. În primul rând, combaterea discriminării pe criterii de gen și vârstă ar trebui să fie un element - cheie al oricărei politici care vizează abuzul asupra persoanelor în vârstă. Apoi, este necesară o analiză și o viziune comună privind îngrijirea, precum și pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la necesitatea de a identifica și preveni abuzul asupra persoanelor în vârstă.

---

<sup>106</sup> Germania, Grecia, Italia, Lituania, Portugalia, Spania și Suedia

○ Concluziile la nivel european privitor la amploarea fenomenului abuzului asupra persoanelor vârstnice:

- La nivel politic, organizațiile membre ale AGE - Platform Europe au raportat o lipsă totală de acțiune în țările europene pentru a aborda abuzurile și a proteja victimele. Referințele la abuzurile în rândul vârstnicilor apar, uneori, în programele guvernamentale pentru a aborda schimbările demografice și pentru a promova îmbătrânirea activă și sănătoasă și au avut loc o serie de campanii media cu scopuri publice de sensibilizare. Alte inițiative includ crearea unor alianțe largi ale părților interesate, cum ar fi cea lansată de guvernul olandez în 2015. Cu toate acestea, în întreaga Europă există o lipsă serioasă de politici și acțiuni specifice și cuprinzătoare pentru prevenirea și combaterea abuzului persoanelor în vârstă și pentru a proteja victimele;

- Există o lipsă de date precise privind formele și prevalența abuzurilor în rândul persoanelor în vârstă, în special în instituțiile de îngrijire rezidențială, fapt considerat unul dintre principalele obstacole în a face vizibilă această problemă în agendele guvernelor și partidelor politice. Datele disponibile privind violența și abuzul - de exemplu violența împotriva femeilor - includ adesea limite de vârstă sau exclud persoanele vârstnice care trăiesc în centre de îngrijire, oferind, prin urmare, o imagine neclară;

Există nevoia de a îmbunătăți colectarea de date și de a menține un echilibru între eficiență, reducerea costurilor și îmbunătățirea calității sistemelor de îngrijire. De asemenea este necesară o abordare intersectorială, care variază de la măsuri de prevenire - cum ar fi formarea, servicii de îngrijire temporară și condiții bune de muncă pentru îngrijitori și profesioniști - la structuri specifice pentru persoanele cu demență și la evaluarea intervențiilor concepute special pentru a reduce abuzul persoanelor în vârstă. Ar trebui să se promoveze o mai bună coordonare și schimbul de informații între părțile interesate pentru a garanta protecția și un răspuns prompt la abuzul asupra persoanelor în vârstă;

Mai multe organizații guvernamentale și neguvernamentale din întreaga Europă au creat servicii de asistență telefonică - cum ar fi "Telefonul Vârstnicului Abuzat" sau "Fir de argint", în Italia; "Respectați Seniori" în Belgia; "Linia vieții" în Grecia; sau asistența telefonică oferită de "Forumul de asistență al seniorilor" în Slovacia. Astfel de servicii pot oferi ajutor și sprijin valoros, cum ar fi consilierea cu privire la serviciile de sprijinire a victimelor și drepturile legale, și uneori pot organiza, de asemenea, vizite la locul de trai al victimei sau pot oferi mediere între victimă și infractor. O astfel de mediere, în special

atunci când abuzul are loc în contextul familiei, poate aduce rezultate pozitive. Acest lucru oferă ambelor părți posibilitatea de a se exprima: persoanele în vârstă nu găsesc adesea spațiul pentru a-și exprima opiniile și sentimentele, iar agresorii nu sunt întotdeauna conștienți de faptul că comportamentul lor se califică drept abuz (îngrijirea într-un mod agresiv sau utilizarea abuzivă a resursele financiare ale persoanei în vârstă, de exemplu);

- Indiferent de frecvența, intensitatea și tipul de abuz, victimele vârstnice ale abuzului trebuie să poată exercita dreptul de a căuta protecție, inclusiv dreptul de a fi recunoscute ca victime, de a primi sprijin de la serviciile relevante - inclusiv serviciile pentru victime - și de a face o plângere oficială. Caracteristicile specifice ale situațiilor de abuz în rândul vârstnicilor trebuie luate pe deplin în considerare pentru a facilita accesul la protecția și la drepturile legale pe care le au persoanele în vârstă. Aceste caracteristici includ factori cum ar fi potențialele relații de dependență de infractor, reticența ulterioară și teama de a raporta, starea fizică și psihologică a victimei, lipsa de cunoaștere a procedurilor și a drepturilor legale etc;

- Serviciile de sprijinire a victimelor în țările Uniunii Europene trebuie să joace un rol esențial în eliminarea decalajului existent între țări, prin contactarea victimelor și prin asigurarea că acestea sunt conștiente de posibilitățile disponibile de protecție prin intermediul mecanismelor de mediere, al serviciilor de susținere și al urmăririi penale. Având în vedere invizibilitatea continuă a victimelor abuzului în rândul persoanelor vârstnice, aceste servicii de protecție ale victimelor, fie servicii publice oficiale, fie cele oferite de asociații, nu sunt adesea conștiente de prevalența și caracteristicile diferitelor forme de abuz și de nevoile speciale ale victimelor.

- Abordarea aspectelor legate de abuz prin intermediul obiectivelor drepturilor omului va contribui la crearea unui mediu favorabil în care persoanele în vârstă vor putea să se bucure de drepturi și să și le revendice. Un instrument internațional privind drepturile omului poate construi o definiție acceptată în mod unanim, poate aborda vulnerabilitatea și aspectele specifice ale acestui grup (persoanele vârstnice) și poate avea un efect preventiv puternic.

- Concluziile la nivel național privitor la amploarea fenomenului abuzului asupra persoanelor vârstnice:

- Niciuna dintre țările participante<sup>107</sup> nu are o legislație specifică privind abuzul

---

<sup>107</sup> Se referă la diversele anchete prezentate la în subcapitolul 8.2..

și neglijarea vârstnicilor, însă în toate țările există o legislație privind violența în familie. Mai mulți experți consideră că mai multă legislație specifică privind abuzul persoanelor vârstnice va contribui la prevenirea acestuia.

- În unele țări există o definiție acceptată la nivel național privind abuzul în rândul persoanelor în vârstă, după modelul definiției Organizației Mondiale a Sănătății; în alte țări nu există o definiție acceptată la nivel național. Cercetările indică faptul că o definiție acceptată la nivel național va contribui la o recunoaștere generală a abuzului și neglijării vârstnicilor. Acest lucru contează, de asemenea, pentru etichetarea și clasificarea diferitelor forme de abuz în rândul vârstnicilor. O categorizare uniformă și acceptată pe plan internațional poate constitui un început pentru rezolvarea problemei.

- Constatările arată că actele intenționate de abuz asupra persoanelor vârstnice sunt mai ușor de recunoscut și sunt mai evidente atunci când sunt legate de abuzuri fizice sau financiare. Este mai greu să recunoști abuzul sau neglijarea atunci când este neintenționată. Mai mulți experți afirmă că se poate realiza diminuarea abuzului și neglijării persoanelor în vârstă prin măsuri de prevenire în legătură cu abuzuri neintenționate, cum ar fi formarea îngrijitorilor, servicii de îngrijire temporară sau consilierea.

- Termenii pe care oamenii îi folosesc sunt, de asemenea, importanți în ceea ce privește recunoașterea abuzului persoanelor în vârstă: unele descrieri sunt mai ușor de acceptat, permițând oamenilor să înțeleagă mai bine ce se înțelege prin "abuz". Cu toate acestea, toți experții sunt de acord că abuzul este inacceptabil, indiferent de motiv, sau de ce termen este folosit. Se consideră că utilizarea unor nume / termeni diferiți ar putea fi o modalitate strategică de a sparge tabu-ul și tăcerea care înconjoară problema.

- Efectuarea de studii asupra fenomenului au contribuit, la recunoașterea abuzului persoanelor vârstnice.

- Campaniile media (televiziune, radio) au contribuit, de asemenea, la o mai mare recunoaștere a abuzului în rândul persoanelor vârstnice.

- Sprijinirea îngrijitorilor informali prin facilități de repaus, instruirii și aranjamente flexibile de lucru, inclusiv prevederi pentru concediul de îngrijitor, dar și prin investiții în servicii de îngrijire de calitate și accesibile pentru îmbunătățirea accesibilității sunt soluții-cheie. Nu în ultimul rând, creșterea gradului de conștientizare în rândul publicului larg și a profesioniștilor în domeniul formării profesionale reprezintă, de asemenea, acțiuni importante pentru a preveni abuzurile în rândul persoanelor vârstnice.

## Capitolul X: Propuneri

Principalele măsuri ce ar trebui întreprinse de decidenții politici, în urma celor prezentate sunt grupate pe următoarele domenii: sănătate, îngrijiri de lungă durată, forța de muncă, pensii, sărăcie, violență.

### I. SĂNĂTATE

#### Propuneri la nivel de Stat Membru :

- Creșterea gradului de conștientizare cu privire la drepturile persoanelor în vârstă și crearea unor mecanisme de combatere a încălcărilor drepturilor lor, inclusiv în îngrijirea de lungă durată și în situații de urgență;
- Dezvoltarea, în colaborare cu toate părțile interesate de planuri naționale și regionale de încurajare a îmbătrânirii sănătoase, stabilind linii clare de responsabilitate și mecanisme de coordonare, responsabilitate, monitorizare și raportare în toate sectoarele relevante;
- Sprijinirea colectării și diseminării informațiilor dezagregate în funcție de vârstă și sex, legate de îmbătrânire și sănătate;
- Crearea de centre socio-medicale în întâmpinarea persoanelor aflate în situație de risc;
- Dezvoltarea și diversificarea îngrijirii socio-medicale destinate persoanelor vârstnice la domiciliu;
- Asigurarea medicamentelor în regim gratuit și compensat pentru persoanele vârstnice și susținerea dezvoltării culturii sanitare;
- Înlocuirea aparaturii medicale uzată moral și fizic;
- Îmbunătățirea îngrijirii acordate bolnavilor, a condițiilor de spitalizare și a calității profesionalismului medicilor specialiști;
- Facilitarea accesului permanent al persoanelor vârstnice la serviciile sociale și de sănătate;
- Dezvoltarea îngrijirilor socio-medicale la domiciliu ca alternativă a instituționalizării persoanelor vârstnice, precum și a îngrijirilor în propria familie prin acordarea de facilități îngrijitorilor informali;
- Instituirea aplicării unui pachet gratuit de servicii stomatologice pentru persoanele vârstnice;
- Acordarea mai multor compensări și gratuități vârstnicilor care se confruntă cu mai multe boli cronice și care au venituri reduse, pentru acoperirea în totalitate a cheltuielilor necesare pentru obținerea tratamentului recomandat;



- Oferirea de mecanisme de planificare avansată a îngrijirii (inclusiv furnizarea de îngrijiri pe termen lung), tehnologii de asistență adecvate și sprijinirea luării deciziilor care să le permită persoanelor în vârstă să mențină nivelul maxim de control asupra vieții lor, în ciuda pierderilor semnificative de capacitate;
- Extinderea opțiunilor pentru locuințe și ajutorarea la modificări ale locuinței care să permită vârstnicilor să îmbătrânească într-un loc potrivit pentru ei, fără sarcini financiare (prin subvenții);
- Dezvoltarea și asigurarea respectării standardelor de accesibilitate în clădiri, tehnologii de transport, informații și comunicații și alte tehnologii de asistență în conformitate cu necesitățile persoanelor vârstnice;
- Asigurarea disponibilității produselor medicale, a vaccinurilor și a tehnologiilor necesare pentru a optimiza capacitățile funcționale ale persoanelor în vârstă;
- Asigurarea colaborării între sectoare, în special între serviciile de sănătate și cele sociale, pentru a răspunde nevoilor persoanelor în vârstă, inclusiv situațiilor care apar în tulburări mentale, demență, scăderi cognitive și sindroame geriatrice, cum ar fi: fragilitatea, incontinența urinară, delirul și căderile.

## II. ÎNGRIJIRE DE LUNGĂ DURATĂ

Propunerile Comisiei Europene adresate Statelor Membre sunt de a **reduce** cererea de Îngrijiri de Lungă Durată prin inițiative de prevenire, reabilitare și utilizare a tehnologiei; de a **crea** stimulente pentru îngrijitorii informali pentru a reduce presiunea asupra serviciilor de îngrijire formală, în paralel cu stimularea furnizării eficiente de îngrijire la domiciliu și de îngrijire rezidențială.

### ○ Propuneri la nivelul U.E.

În implementarea Principiului 18<sup>108</sup> al Pilonului European al Drepturilor Sociale asupra ÎLD, U.E. ar trebui să acorde atenție tuturor aspectelor ÎLD și să asigure o abordare echilibrată între diferitele componente care reflectă nevoile diferite ale persoanelor vârstnice dependente. În timp ce serviciile de îngrijire la domiciliu și serviciile comunitare devin o componentă cheie a furnizării de îngrijire medicală, îngrijirea rezidențială joacă încă un rol important în ÎLD și va continua să o facă în viitor. Prin urmare, este important să se monitorizeze îndeaproape accesibilitatea și calitatea îngrijirilor rezidențiale. Îngrijirea semi-rezidențială ar trebui, de asemenea, să reprezinte o prioritate pentru investiții,

---

<sup>108</sup> Îngrijire pe termen lung - Orice persoană are dreptul la servicii de îngrijire pe termen lung de bună calitate și accesibile din punct de vedere financiar, în special la servicii medicale la domiciliu și la servicii comunitare.

deoarece poate juca un rol semnificativ undeva între îngrijirea la domiciliu și îngrijirea rezidențială.

1. Monitorizarea și raportarea privind adecvarea și calitatea ÎLD ar trebui să fie încorporate în procesul Semestrului European, prin utilizarea Rapoartelor de Țară și a Recomandărilor Specifice de Țară pentru țările care rămân în urmă;
2. U.E. ar trebui să continue să promoveze schimbul de bune practici în ceea ce privește dezvoltarea furnizării ÎLD prin intermediul evaluărilor inter-pares, colectarea de studii de caz și sprijinirea rețelelor de practicieni și furnizori;
3. UE-28 ar trebui să acorde mai multă atenție potențialului de creare de locuri de muncă în sectorul ÎLD;
4. Utilizarea fondurilor U.E. (în special Fondul Social European - FSE) ar trebui promovată pentru a dezvolta îngrijirea la domiciliu, pentru a contribui la îmbunătățirea abilităților și sprijinului acordat îngrijitorilor informali (de exemplu, formare, consiliere, îngrijire) în țările cu cele mai puțin dezvoltate sisteme de ÎLD;
5. Este nevoie de schimburi de informații între UE-28 și alți producători de date, în special OCDE<sup>109</sup> și Organizația Mondială a Sănătății, pentru îmbunătățirea cunoștințelor și monitorizarea nevoilor și furnizării de ÎLD. Comitetul de protecție socială al U.E. și subgrupul său de indicatori pot juca un rol important în acest sens, acolo unde datele permit (disponibilitate și robustețe);
6. U.E. ar trebui să ia în considerare dezagregarea indicatorilor ÎLD pe grupe de vârstă;
7. Statele membre ar trebui să convină asupra unui set comun de indicatori care să evalueze calitatea ÎLD. Pentru a face acest lucru, un important pas înainte ar fi ajungerea la un acord privind o definiție comună a UE-28 privind calitatea asistenței medicale.

- **Propuneri la nivel de Stat Membru**

- **Dezvoltarea îngrijirii formale la domiciliu și a îngrijirii în comunitate**

1. Dezvoltarea serviciilor de îngrijire la domiciliu și a serviciilor semi-rezidențiale ar trebui să fie o prioritate în toate țările. Acest lucru ar trebui să fie susținut de o finanțare adecvată pentru aceste tipuri de prestări pentru a asigura accesibilitatea acestora. Dezvoltarea unor noi cadre legislative care să încurajeze îngrijirea la domiciliu și

---

<sup>109</sup> Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) este o organizație internațională a acelor națiuni dezvoltate care acceptă principiile democrației reprezentative și a economiei de piață libere. Are 36 membri cu puteri depline.

reglementarea controlului admiterilor la îngrijirea instituțională sau stabilirea de plăți suplimentare, prestații în numerar sau stimulente financiare pentru a încuraja îngrijirea la domiciliu;

2. Dezvoltarea serviciilor la domiciliu ar trebui să fie mână în mână cu politici puternice de prevenire și reabilitare, pentru a se asigura că oamenii pot continua să trăiască cât mai mult timp în propria casă, dacă doresc acest lucru. Îngrijirea la domiciliu ar trebui să fie disponibilă tuturor persoanelor care au nevoie de îngrijire medicală și nu numai celor mai în vârstă dependenți de îngrijire;
3. Eforturile pentru o mai bună integrare a serviciilor medicale și sociale sunt esențiale pentru asigurarea unei îngrijiri adecvate la domiciliu. Dezvoltarea planurilor de îngrijire multidisciplinară între diferitele părți implicate constituie un instrument important.
4. Țările ar trebui să ia în considerare investiția mai mare în formarea persoanelor care oferă îngrijire la domiciliu și asistență comunitară pentru a îmbunătăți calitatea acestui tip de îngrijire.
5. Țările ar trebui să ia în considerare consolidarea procesului de monitorizare a standardelor de calitate ale îngrijirii la domiciliu și în comunitate.
6. Cu prioritate în ceea ce privește îngrijirea la domiciliu și îngrijirea rezidențială, țările ar trebui să evite politicile care reduc oferta de instituții rezidențiale fără a oferi suficiente servicii la domiciliu. Ar trebui găsită o combinație adecvată de politici naționale, care să ofere facilități rezidențiale suficiente. Planificarea numărului de locuri de îngrijire ar trebui să se bazeze pe o evaluare obiectivă a nevoilor populației, adaptate la situația regională.
7. Asigurarea disponibilității îngrijitorilor formali: determinarea nevoilor actuale și viitoare de resurse umane calificate și facilități pentru îngrijirea pe termen lung.
8. Un sprijin mai puternic pentru îngrijitorii informali ar trebui să includă:
  - informații, instruire și consiliere (serviciile de tele - asistență ar putea fi un instrument eficient);
  - îngrijire „tip respiro”, pentru a permite îngrijitorilor informali să ia o pauză de la sarcinile de îngrijire;
  - verificarea periodică a abilității și dorinței îngrijitorilor informali de a suporta povara îngrijirii și în același timp de a -și satisface nevoile proprii;
  - îmbunătățirea modalităților de împărțire a sarcinilor de îngrijire în rândul mai multor îngrijitori informali;

- îmbunătățirea drepturilor sociale (de securitate) pentru îngrijitorii informali, îmbunătățirea posibilităților de a rămâne pe piața forței de muncă (de exemplu, indemnizațiile pentru îngrijitorii cu fracțiune de normă) și pentru a reveni pe piața forței de muncă;
  - elaborarea unor acorduri ÎLD adecvate pentru a sprijini participarea pe piața muncii a îngrijitorilor informali (mai ales a femeilor);
9. O atenție deosebită ar trebui acordată rolului și situației lucrătorilor casnici migranți, în special statutul acestora, calificărilor și condițiilor de muncă;
  10. Țările ar trebui să urmărească colectarea și actualizarea dovezilor și datelor privind sustenabilitatea pentru a planifica finanțarea mixului de politici pe termen lung (avantaje și servicii);
  11. Măsurile mai eficiente din punct de vedere al costurilor ar trebui să includă un accent mai puternic pe reabilitare și investiții sociale (de exemplu în strategii de prevenire, tehnologii inovatoare și servicii sociale).
  12. Țările ar trebui să aplice standarde mai stricte diferiților furnizori și, mai ales, ar trebui să-și extindă domeniul de aplicare pentru a acoperi îngrijirea la domiciliu. Eficacitatea controalelor și supravegherea calității îngrijirii ar trebui consolidată.
  13. Promovarea îmbătrânirii sănătoase și prevenirea deteriorării fizice și mentale a persoanelor cu boli cronice; să se folosească politici de prevenire și promovare a sănătății și să se identifice grupurile de risc și să se detecteze mai devreme modelele de morbiditate.

### **III. Forța de muncă**

#### **o Propuneri la nivel de Stat Membru**

În sensul folosirii potențialului persoanelor vârstnice, se recomandă:

1. reformarea programului de lucru pentru a fi mai eficient pentru lucrătorii vârstnici care au în îngrijire persoane vârstnice dependente;
2. încadrarea lucrătorilor vârstnici în diverse programe de calificare / recalificare, în special în vederea dobândirii cunoștințelor digitale;
3. instituirea consilierii ca un proces standard care reunește generații diferite, motivează lucrătorii în vârstă să-și împărtășească cunoștințele și să economisească resurse pentru firma la care lucrează (mentoratul);
4. Crearea de noi locuri de muncă pentru lucrătorii vârstnici aflați în șomaj și eliminarea discriminărilor existente pe piața muncii privitoare la angajarea lucrătorilor vârstnici;

5. Amenajarea locurilor de muncă pentru a veni în întâmpinarea nevoilor lucrătorilor vârstnici, în special a celor cu o stare de sănătate precară sau handicap. La nivel european, această dimensiune este abordată prin cea mai mare parte a legislației de securitate și sănătate, prin proiecte de cercetare și prin conștientizarea opiniei publice.

#### **IV. Pensii**

##### **o Propuneri la nivel de Stat Membru**

În viitor, o atenție deosebită ar trebui acordată următoarele aspecte:

1. viitoarele măsuri de politici ar trebui să se concentreze pe corelarea dintre creșterea duratei de viață a persoanelor asigurate și realizarea unor vârste efective mărite de pensionare (cu stagii de cotizare mărite). Provocarea este de a găsi un nou echilibru între muncă și pensionare care să țină cont de mărirea duratei vieții și de condiția femeii care naște și crește copii și care oferă în principal sprijin în îngrijirea persoanelor vârstnice;
2. Este necesară o coordonare eficientă și o acțiune concertată între politica de pensii și politica de angajare pentru a crea piețe ale forței de muncă și sisteme de pensii, care să încurajeze oamenii să rămână activi o perioadă mai lungă și pentru a permite o tranziție flexibilă de la viața profesională la pensionare;
3. Finanțarea pensiilor va fi limitată de viitorul proces de îmbătrânire demografică. În această situație, pensiile publice ar trebui să continue să activeze ca o coloană vertebrală de protecție a veniturilor pentru persoanele cu dizabilități, persoanele în vârstă, și persoanele cu nevoi de supraviețuire. Având în vedere acest lucru, principalele părți interesate ar trebui să convină cu privire la viitoarele niveluri de beneficii și la mecanismele de protejare a acestora (cum ar fi pensiile minime garantate și normele de indexare care, să mențină valoarea pensiilor);
4. Se preconizează că pensiile ocupaționale vor juca un rol pozitiv în completarea pensiilor publice și în satisfacerea nevoilor variate ale persoanelor în vârstă, care anterior au fost angajate în diferite ocupații. Autoritățile ar trebui să elaboreze stimulente care să încurajeze în mod eficient persoanele să facă mai multe economii și să implementeze măsuri de promovare a dezvoltării corespunzătoare a pensiilor ocupaționale și a celor private. Este important să fie îmbunătățită educația financiară a publicului larg, în special în ceea ce privește planificarea pensionării, prin educație eficientă și campanii de informare.

5. procesul de elaborare a politicilor este un aspect important al reformelor sistemelor de pensii. Un dialog bine informat și participativ, poate pune bazele unui proces democratic în elaborarea politicilor. Pentru a obține un consens la nivel național, principalele părți interesate ar trebui să aibă o viziune pe termen lung de dezvoltare a unui sistem de pensii și să dea dovadă de dorința de a face compromisuri pragmatice.
6. În vederea realizării unei conduceri și a unei gestionări efective a procesului de reformă, statele și instituțiile lor de pensii trebuie să consolideze capacitatea de elaborare a politicilor. De asemenea și partenerii sociali ar trebui să-și consolideze capacitățile lor tehnice pentru a juca un rol mai activ în administrarea pensiilor și în dezbaterile cu privire la reformele de pensii.

## **V. Sărăcie**

### **o Propuneri la nivel de Stat Membru**

Problemele de politică privind problematica sărăcirii persoanelor vârstnice pot include:

1. Cercetarea și analizarea specificul sărăciei la bătrânețe, inclusiv cauzele sale distincte și asigurarea colectării și analizei datelor privind sărăcia dezagregată pe grupe de vârstă.
2. Integrarea problemelor legate de îmbătrânire și a preocupărilor de gen în planificarea dezvoltării naționale și punerea în aplicare a obiectivelor naționale de dezvoltare durabilă.
3. Explorarea opțiunilor de politică pentru a obține o acoperire completă de securitate socială și beneficii suficiente pentru a garanta securitatea venitului după ieșirea la pensie.
4. Acces egal pentru toate persoanele în vârstă la servicii sociale de bună calitate și la prețuri accesibile, inclusiv la asistență medicală și la îngrijirea de lungă durată.

## **VI. Violență**

Cu toate că abuzul asupra persoanelor în vârstă există în agenda U.E. de ceva timp, nu există nici un răspuns la nivelul U.E. cuprinzător cu privire la această problemă, mai ales una cu caracter obligatoriu. Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene declară că demnitatea umană trebuie să fie protejată (articolul 1); tratamentele sau pedepsele inumane sau degradante trebuie să fie interzise (articolul 4) și drepturile persoanelor în vârstă de a duce o viață demnă și independentă și de a participa la viața socială și culturală ar trebui să fie protejate (articolul 25).

Factorii de decizie politică la nivelul U.E. și instituțiile U.E. pot avea un rol esențial în ceea ce privește protecția persoanelor în vârstă, prin inițierea, înființarea și sprijinirea diferitelor tipuri de planuri de acțiune care abordează abuzul persoanelor în vârstă și problemele conexe.

○ **Propuneri la nivel UE – 28**

- Integrarea unei abordări bazate pe drepturi asupra îmbătrânirii în toate procesele de politici, propuneri legislative și evaluări de impact;
- Colaborarea cu Statele Membre pentru îmbunătățirea monitorizării incidenței abuzului persoanelor în vârstă și a disponibilității datelor;
- Ar trebui dezvoltat și finanțat un centru multinațional de cercetare care să vizeze investigarea diferitelor aspecte ale abuzului în rândul persoanelor vârstnice, uniformizarea definițiilor și metodelor de culegere a datelor;
- Legislația cu privire la protecția vârstnicilor împotriva abuzului trebuie să fie îmbunătățită, actualizată, dezvoltată și ulterior implementată;
- Adoptarea unei directive europene privind concediul de îngrijitor care să promoveze echilibrul între viața profesională și viața personală a lucrătorilor, ar putea contribui la ameliorarea unei părți din (supra) sarcina a îngrijitorilor informali și, prin urmare, la reducerea riscului de abuz asupra persoanelor vârstnice;
- Implicarea într-o discuție constructivă în jurul unei noi convenții a ONU privind drepturile persoanelor în vârstă și a rolului acesteia în abordarea vârstei structurale, inclusiv a combaterii abuzului persoanelor în vârstă;
- Planurile de acțiune multinaționale privind diversele aspecte ale abuzului persoanelor vârstnice (ex prevenție) trebuie îmbunătățite, actualizate, dezvoltate și implementate ulterior;

○ **Propuneri la nivel național**

- **Elaborarea și implementarea politicilor naționale și a planurilor de prevenire a abuzului persoanelor vârstnice.** Ministerele Sănătății trebuie să își asume un rol de lider în asigurarea dezvoltării politicilor naționale și a planurilor de prevenire a abuzului persoanelor vârstnice. Acestea ar trebui să implice și alte ministere, cum ar fi justiția, educația, bunăstarea socială, munca, mediul și planificarea locală. Eforturile ar trebui să fie multidisciplinare, cu o largă reprezentare din partea altor sectoare de guvernare și ar trebui să implice organizațiile neguvernamentale și persoanele în vârstă;

- **Să se ia măsuri pentru îmbunătățirea datelor și supravegherea abuzului persoanelor vârstnice.** Toate nivelurile de colectare a datelor trebuie îmbunătățite, iar țările trebuie să găsească o definiție comună pentru a construi mai bine imaginile naționale și locale ale amplorii problemei. Aceste informații sunt esențiale pentru dezvoltarea cadrelor de evaluare pentru implementarea și pentru susținerea planurilor la nivel național;
- **Trebuie să fie consolidate acțiunile pentru a se obține rezultate pentru victime**  
Trebuie furnizate servicii de înaltă calitate pentru victimele abuzului atât în ceea ce privește rezultatele fizice, cât și cele privind sănătatea mintală. Sistemele de sănătate trebuie consolidate pentru a oferi servicii de îngrijire primară de înaltă calitate pentru detectarea, gestionarea și sesizarea cazurilor. Este necesară o abordare holistică a serviciilor de protecție a adulților cu un cadru clar de evaluare;
- **Să fie abordată inechitatea în abuzul persoanelor în vârstă** Trebuie ca echitatea să fie încorporată în toate nivelurile politicii guvernamentale pentru a aborda această cauză a nedreptății sociale;
- Trebuie organizate **campaniile periodice de conștientizare** periodică privind abuzul persoanelor vârstnice, adresate publicului și grupurilor specifice. Este nevoie de susținere pentru a **preveni** abuzul persoanelor în vârstă în toate Statele Membre ale Uniunii Europene Marketingul social, mass-media și programele educaționale ar trebui utilizate pentru a sensibiliza opinia publică cu privire la efectele abuzului și pentru a promova o abordare a îmbătrânirii sănătoase și pentru a depăși stereotipurile negative legate de vârstă. Angajarea persoanelor în vârstă în aceste procese este importantă.
- **Factori de protecție și o coeziune între generații** Revoluția demografică din Uniunea Europeană este însoțită de schimbări profunde și prezintă provocări fundamentale pentru integrarea socială, protecția socială și politicile sociale. Prin urmare, este nevoie de un contract între generații și răspunsuri inovatoare la nivel politic, la nivel individual, familial, comunitar și social, cu un accent deosebit pe prevenirea abuzului.
- **Etica și calitatea serviciilor în comunitate și în instituții** Sectoarele de sănătate și sociale se ocupă de îngrijirea persoanelor în vârstă și de supravegherea standardelor etice și a calității îngrijirii pentru persoanele în vârstă.



Sunt necesare "Carte de drepturi" care să ofere standarde obligatorii pentru organizarea și furnizarea unei îngrijiri de înaltă calitate.

- **Îmbunătățirea accesului la servicii** Îmbunătățirea accesului la servicii care să sprijine victimele, cum ar fi linii telefonice de asistență pentru victime, asistență medicală de urgență, case de siguranță, acțiuni de sănătate și acțiuni juridice și consiliere;
- Legislația cu privire la protecția vârstnicilor împotriva abuzului trebuie să fie îmbunătățită, actualizată, dezvoltată și ulterior implementată;
- **Explorarea cooperării ulterioare cu** Rețeaua Europeană a Instituțiilor Naționale pentru Drepturile Omului (**REINDO**)<sup>110</sup> Să se exploreze cooperarea ulterioară cu REINDO pentru a asigura continuarea proiectului lor privind Drepturile Persoanelor în Vârstă în Îngrijirea pe Termen Lung<sup>111</sup>.

---

<sup>110</sup> European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI), <http://www.ennhri.org/>

<sup>111</sup> Proiect desfășurat în perioada 2015-2017 cu finanțare din partea Uniunii Europene, <http://www.ennhri.org/-Rights-for-Elders->

## BIBLIOGRAFIE

- Agenția executivă a Comisiei Europene pentru sănătate și consumatori (2010) - „Abuzul și sănătatea în rândul persoanelor în vârstă din Europa”;
- AGE Platform Europe, Grupul de lucru ONU privind îmbătrânirea , 21-24 august 2012 - „Abuzul și neglijarea vârstnicilor în Uniunea Europeană”;
- AGE Platform Europe(2019) - „Age Barometer 2019”;
- AGE Platform Europe, Brussels, 22 Februarie 2017 - „Puncte de vedere privind protecția persoanelor vârstnice victime ale abuzurilor”;
- Cadrul european de referință online pentru prevenirea abuzului și neglijării vârstnicilor (EUROPEAN) (2010) - „Abuzul vârstnicilor în Europa – Cartea fundamentală și de poziție”;
- Comisia Europeană (2019) - „Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală – Documente de țară, actualizate 2019”;
- Comisia Europeană (Mai 2018) - „Raportul privind îmbătrânirea din 2018. Proiecțiile economice și bugetare pentru cele 28 de state membre ale UE (2016-2070)”;
- Comisia Europeană (2018) - „Provocările privind îngrijirea pe termen lung în Europa - Un studiu al politicilor naționale”;
- Comisia Europeană și Programul Daphne III, Aprilie 2011 (<http://www.thl.fi/avow>) - „Prevalența abuzului și violenței împotriva femeilor în vârstă”;
- Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice (2018) - „Îngrijirea de lungă durată”;
- Departamentului Afaceri Economice și Sociale al Organizației Națiunilor Unite - „Sărăcia vârstnicilor: o prioritate de dezvoltare emergentă”;
- Health Consumer Powerhouse - „Indexul consumatorului de servicii medicale – Raport 2018”;
- Jurnalul Oficial al Uniunii Europene C 83/389 din 30/3/2010 - „Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene”;
- Monitorul Oficial nr. 852 din 20 decembrie 2010 - „Legea nr.263/2010 (Anexa nr.5)”;
- Organizația Mondială a Sănătății – Oficiul Regional pentru Europa (2010) - „Raportul european privind prevenirea maltratării vârstnicilor”;
- Organizația Mondială a Sănătății (2015) - „Raport mondial despre îmbătrânire și sănătate”;
- Comisia Europeană (2017) – „Pilonului European al Drepturilor Sociale” [https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles\\_ro](https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_ro).
- Rețeaua Europeană a Instituțiilor Naționale pentru Drepturile Omului (Iunie 2017) - „Avem aceleași drepturi - Drepturile Persoanelor în Vârstă în Îngrijirea pe Termen Lung în Europa”;
- Rețeaua Europeană de Politică Socială (2018) - „Provocări în îngrijirea pe termen lung în Europa - Un studiu al politicilor naționale”;

- Rezoluția 46/91 a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite din 16 decembrie 1991 - „Principiile Națiunilor Unite pentru persoanele în vârstă”;
- Simpozion organizat de Oficiul Regional pentru Europa al Oficiului Înaltului Comisar al Organizației Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului și al Comisiei Europene, Brussels, 17–18 Iunie 2013 - „Prevenirea abuzului și neglijarea persoanelor vârstnice din Europa”;
- <https://www.age-platform.eu>;
- <https://www.age-platform.eu/policy-work/news/pension-adequacy-2018%C2%A0many-challenges-still-come>;
- <http://www.ede-eu.org>;
- [https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles\\_ro](https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_ro);
- <https://www.etk.fi/en/the-pension-system/international-comparison/retirement-ages/>;
- <http://www.ennhri.org/>;
- <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>;
- [www.insse.ro/cms/files/Web\\_IDD\\_BD.../01\\_10-Rata\\_totala\\_de\\_fertilitate.doc](http://www.insse.ro/cms/files/Web_IDD_BD.../01_10-Rata_totala_de_fertilitate.doc).

## ANEXE

### 1.Situatia populației, pe grupe de varsta, în Statele Membre ale Uniunii Europene, la 1 ianuarie 2018

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	-mii persoane-				%		
			Total	0-14	15-64 ani	65 ani si peste	0-14	15-64 ani	65 ani si peste
-	<b>Europa de Est</b>	-	<b>90.389</b>	<b>13.786</b>	<b>64.227</b>	<b>12.376</b>	<b>15,3</b>	<b>71,1</b>	<b>13,7</b>
1	Bulgaria	BG	7.050	1.004	4.902	1.144	14,2	69,5	16,3
2	Republica Ceha	CZ	10.610	1.671	7.326	1.613	15,7	69,1	15,2
3	Ungaria	HU	9.778	1.422	6.932	1.424	14,5	70,9	14,6
4	Polonia	PL	37.977	5.787	27.330	4.860	15,2	72,0	12,8
5	<b>România</b>	RO	19.531	3.053	13.812	2.666	15,6	70,7	13,7
6	Slovacia	SK	5.443	849	3.925	669	15,6	72,1	12,3
-	<b>Europa de Nord</b>	-	<b>98.580</b>	<b>17.466</b>	<b>67.671</b>	<b>13.443</b>	<b>17,7</b>	<b>68,6</b>	<b>13,6</b>
7	Danemarca	DK	5.781	961	3.961	859	16,6	68,5	14,9
8	Estonia	EE	1.319	215	918	186	16,3	69,6	14,1
9	Finlanda	FI	5.513	890	3.738	885	16,2	67,8	16,0
10	Irlanda	IE	4.830	1.006	3.313	511	20,8	68,6	10,6
11	Letonia	LV	1.934	305	1.344	285	15,8	69,5	14,7
12	Lituania	LT	2.809	422	1.994	393	15,0	71,0	14,0
13	Suedia	SE	10.120	1.795	6.832	1.493	17,7	67,5	14,8
14	Marea Britanie	UK	66.274	11.872	45.571	8.831	17,9	68,8	13,3
-	<b>Europa de Sud</b>	-	<b>135.686</b>	<b>19.141</b>	<b>96.789</b>	<b>19.756</b>	<b>14,1</b>	<b>71,3</b>	<b>14,6</b>
15	Grecia	EL	10.741	1.547	7.595	1.599	14,4	70,7	14,9
16	Italia	IT	60.484	8.080	42.966	9.438	13,4	71,0	15,6
17	Malta	MT	476	66	340	70	13,9	71,5	14,6
18	Portugalia	PT	10.291	1.424	7.301	1.566	13,8	71,0	15,2
19	Slovenia	SI	2.067	311	1.463	293	15,0	70,8	14,2
20	Spania	ES	46.658	6.979	33.608	6.071	15,0	72,0	13,0
21	Cipru	CY	864	140	617	107	16,2	71,4	12,4
22	Croatia	HR	4.105	594	2.899	612	14,5	70,6	14,9
-	<b>Europa de Vest</b>	-	<b>187.724</b>	<b>29.360</b>	<b>131.430</b>	<b>26.934</b>	<b>15,6</b>	<b>70,0</b>	<b>14,3</b>
23	Austria	AT	8.822	1.273	6.338	1.211	14,5	71,8	13,7
24	Belgia	BE	11.399	1.934	7.971	1.494	17,0	69,9	13,1
25	Franța	FR	66.926	12.120	45.660	9.146	18,1	68,2	13,7
26	Germania	DE	82.792	11.172	59.061	12.559	13,5	71,3	15,2
27	Luxemburg	LU	603	98	442	63	16,1	73,5	10,4
28	Olanda	NL	17.182	2.763	11.958	2.461	16,1	69,6	14,3
-	<b>EU-28</b>	-	<b>512.379</b>	<b>79.753</b>	<b>360.117</b>	<b>72.509</b>	<b>15,5</b>	<b>70,3</b>	<b>14,2</b>

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

## 2. Evoluția numărului persoanelor vârstnice, pe sexe și tranșe de vârstă în perioada 2018-2100(1 ianuarie), la nivelul Uniunii Europene

	-mii persoane-					
	2018	2020	2040	2060	2080	2100
<b>Total</b>	<b>512.379</b>	<b>514.293</b>	<b>524.655</b>	<b>517.098</b>	<b>504.019</b>	<b>492.946</b>
60-64	32.034	32.837	33.223	29.719	29.580	28.325
65-69	29.261	29.430	33.115	30.028	29.979	27.808
70-74	23.714	25.550	32.389	29.818	29.508	27.366
75-79	19.532	19.609	28.683	28.357	27.008	26.937
80-84	14.786	15.444	22.530	25.307	24.417	25.598
85-89	9.037	9.345	14.962	19.931	20.353	22.353
90-94	3.767	4.000	7.380	11.930	13.362	15.584
95-99	900	1.006	1.950	4.205	5.529	6.780
100+	106	113	355	831	1.401	1.869
<b>60 plus</b>	<b>133.137</b>	<b>137.334</b>	<b>174.587</b>	<b>180.126</b>	<b>181.137</b>	<b>182.620</b>
<b>procent 60 plus</b>	<b>26,0</b>	<b>26,7</b>	<b>33,3</b>	<b>34,8</b>	<b>35,9</b>	<b>37,0</b>
<b>65 plus</b>	<b>101.103</b>	<b>104.497</b>	<b>141.364</b>	<b>150.407</b>	<b>151.557</b>	<b>154.295</b>
<b>procent 65 plus</b>	<b>19,7</b>	<b>20,3</b>	<b>26,9</b>	<b>29,1</b>	<b>30,1</b>	<b>31,3</b>
<b>80 plus</b>	<b>28.596</b>	<b>29.908</b>	<b>47.177</b>	<b>62.204</b>	<b>65.062</b>	<b>72.184</b>
<b>procent 80 plus</b>	<b>5,6</b>	<b>5,8</b>	<b>9,0</b>	<b>12,0</b>	<b>12,9</b>	<b>14,6</b>
<b>procent 80 plus în 60 plus</b>	<b>21,5</b>	<b>21,8</b>	<b>27,0</b>	<b>34,5</b>	<b>35,9</b>	<b>39,5</b>
<b>Total feminin</b>	<b>261.832</b>	<b>262.646</b>	<b>266.990</b>	<b>261.596</b>	<b>252.722</b>	<b>246.046</b>
60-64	16.624	16.999	16.971	14.806	14.713	14.004
65-69	15.477	15.575	17.131	15.205	15.007	13.812
70-74	12.831	13.808	17.069	15.475	14.916	13.693
75-79	11.034	11.008	15.599	15.121	13.881	13.648
80-84	8.863	9.188	12.864	13.956	12.876	13.284
85-89	5.856	5.992	9.088	11.586	11.350	12.095
90-94	2.685	2.809	4.809	7.482	8.106	9.055
95-99	694	772	1.380	2.887	3.699	4.355
100+	84	91	271	624	1.037	1.356
<b>60 plus</b>	<b>74.148</b>	<b>76.242</b>	<b>95.182</b>	<b>97.142</b>	<b>95.585</b>	<b>95.302</b>
<b>procent 60 plus</b>	<b>28,3</b>	<b>29,0</b>	<b>35,7</b>	<b>37,1</b>	<b>37,8</b>	<b>38,7</b>
<b>65 plus</b>	<b>57.524</b>	<b>59.243</b>	<b>78.211</b>	<b>82.336</b>	<b>80.872</b>	<b>81.298</b>
<b>procent 65 plus</b>	<b>22,0</b>	<b>22,6</b>	<b>29,3</b>	<b>31,5</b>	<b>32,0</b>	<b>33,0</b>
<b>80 plus</b>	<b>18.182</b>	<b>18.852</b>	<b>28.412</b>	<b>36.535</b>	<b>37.068</b>	<b>40.145</b>
<b>procent 80 plus</b>	<b>6,9</b>	<b>7,2</b>	<b>10,6</b>	<b>14,0</b>	<b>14,7</b>	<b>16,3</b>
<b>Total masculin</b>	<b>250.547</b>	<b>251.647</b>	<b>257.665</b>	<b>255.503</b>	<b>251.297</b>	<b>246.899</b>
60-64	15.410	15.838	16.252	14.913	14.867	14.321
65-69	13.784	13.855	15.984	14.823	14.972	13.996
70-74	10.883	11.742	15.320	14.343	14.592	13.673
75-79	8.498	8.601	13.084	13.236	13.127	13.289
80-84	5.923	6.256	9.666	11.351	11.541	12.314
85-89	3.181	3.353	5.874	8.345	9.003	10.258
90-94	1.082	1.191	2.571	4.448	5.256	6.529
95-99	206	234	570	1.318	1.830	2.425
100+	22	22	84	207	364	513
<b>60 plus</b>	<b>58.989</b>	<b>61.092</b>	<b>79.405</b>	<b>82.984</b>	<b>85.552</b>	<b>87.318</b>
<b>procent 60 plus</b>	<b>23,5</b>	<b>24,3</b>	<b>30,8</b>	<b>32,5</b>	<b>34,0</b>	<b>35,4</b>
<b>65 plus</b>	<b>43.579</b>	<b>45.254</b>	<b>63.153</b>	<b>68.071</b>	<b>70.685</b>	<b>72.997</b>
<b>procent 65 plus</b>	<b>17,4</b>	<b>18,0</b>	<b>24,5</b>	<b>26,6</b>	<b>28,1</b>	<b>29,6</b>
<b>80 plus</b>	<b>10.414</b>	<b>11.056</b>	<b>18.765</b>	<b>25.669</b>	<b>27.994</b>	<b>32.039</b>
<b>procent 80 plus</b>	<b>4,2</b>	<b>4,4</b>	<b>7,3</b>	<b>10,0</b>	<b>11,1</b>	<b>13,0</b>

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

### 3. Sperața de viață la naștere cu și fără incapacitate, în țările Uniunii Europene, în anul 2017

- ani -

Nr.crt	Țara	Simbol țara	Femei			Bărbați		
			Total	Fără incapacitate	Cu incapacitate	Total	Fără incapacitate	Cu incapacitate
<b>UE-28</b>			<b>83,5</b>	<b>64,0</b>	<b>19,5</b>	<b>78,3</b>	<b>63,5</b>	<b>14,8</b>
<b>Europa de Est</b>								
1	Bulgaria	BG	78,4	66,2	12,2	71,4	62,9	8,5
2	Republica Cehă	CZ	82,0	62,4	19,6	76,1	60,6	15,5
3	Ungaria	HU	79,3	60,8	18,5	72,5	59,6	12,9
4	Polonia	PL	81,8	63,5	18,3	73,9	60,6	13,3
5	<b>România</b>	<b>RO</b>	79,1	58,3	20,8	71,7	59,2	12,5
6	Slovacia	SK	80,7	55,6	25,1	73,8	55,6	18,2
<b>Europa de Nord</b>								
7	Danemarca	DK	83,1	59,7	23,4	79,2	59,8	19,4
8	Estonia	EE	82,6	57,2	25,4	73,8	54,7	19,1
9	Finlanda	FI	84,5	56,4	28,1	78,9	58,3	20,6
10	Irlanda	IE	84,0	69,3	14,7	80,4	67,9	12,5
11	Letonia	LV	79,7	52,2	27,5	69,8	50,6	19,2
12	Lituania	LT	80,5	59,8	20,7	70,7	56,4	14,3
13	Suedia	SE	84,1	71,9	12,2	80,8	73,2	7,6
14	Marea Britanie	UK	83,1	62	21,1	79,5	63,3	16,2
<b>Europa de Sud</b>								
15	Grecia	EL	83,9	65,1	18,8	78,8	64,4	14,4
16	Italia	IT	85,2	66,4	18,8	80,8	66,2	14,6
17	Malta	MT	84,6	73,6	11,0	80,2	71,9	8,3
18	Portugalia	PT	84,6	57,0	27,6	78,4	60,1	18,3
19	Slovenia	SI	84,0	54,6	29,4	78,2	55,3	22,9
20	Spania	ES	86,1	69,9	16,2	80,6	69,0	11,6
21	Cipru	CY	84,2	65,8	18,4	80,2	64,7	15,5
22	Croația	HR	81,0	58,0	23,0	74,9	57,3	17,6
<b>Europa de Vest</b>								
23	Austria	AT	84,0	56,8	27,2	79,4	57,4	22,0
24	Belgia	BE	83,9	64,1	19,8	79,2	63,5	15,7
25	Franța	FR	85,6	64,9	20,7	79,6	62,5	17,1
26	Germania	DE	83,4	66,7	16,7	78,7	65,1	13,6
27	Luxemburg	LU	84,4	58,1	26,3	79,9	60,1	19,8
28	Olanda	NL	83,4	57,5	25,9	80,2	62,3	17,9

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

#### 4. Speranța de viață la vârsta de 65 ani, cu și fără incapacitate, în țările Uniunii Europene, în anul 2017

- ani -

Nr.crt.	Țara	Simbol țara	Femei			Bărbați		
			Total	Fără incapacitate	Cu incapacitate	Total	Fără incapacitate	Cu incapacitate
<b>UE-28</b>			21,4	10,2	11,2	18,1	9,8	8,3
<b>Europa de Est</b>								
1	Bulgaria	BG	17,8	9,2	8,6	14,1	8,4	5,7
2	Republica Ceha	CZ	19,8	8,5	11,3	16,2	7,6	8,6
3	Ungaria	HU	18,4	6,7	11,7	14,5	6,7	7,8
4	Polonia	PL	20,2	8,6	11,6	15,9	8,3	7,6
5	<b>România</b>	<b>RO</b>	18,3	5,1	13,2	14,7	5,9	8,8
6	Slovacia	SK	19,1	4,1	15,0	15,3	3,8	11,5
<b>Europa de Nord</b>								
7	Danemarca	DK	20,8	12,0	8,8	18,2	11,1	7,1
8	Estonia	EE	20,8	6,1	14,7	15,6	5,7	9,9
9	Finlanda	FI	22,1	9,4	12,7	18,4	8,9	9,5
10	Irlanda	IE	21,4	13,4	8,0	19,0	12,5	6,5
11	Letonia	LV	19	4,2	14,8	14,1	4,1	10,0
12	Lituania	LT	19,4	5,6	13,8	14,4	5,7	8,7
13	Suedia	SE	21,5	15,8	5,7	19,2	15,4	3,8
14	Marea Britanie	UK	21,1	11,1	10,0	18,8	10,5	8,3
<b>Europa de Sud</b>								
15	Grecia	EL	21,4	7,8	13,6	18,6	8,1	10,5
16	Italia	IT	22,4	9,8	12,6	19,2	9,4	9,8
17	Malta	MT	22,2	14,2	8,0	19,0	13,5	5,5
18	Portugalia	PT	22,1	6,7	15,4	18,3	7,9	10,4
19	Slovenia	SI	21,7	7,2	14,5	17,6	7,2	10,4
20	Spania	ES	23,4	12,4	11,0	19,3	12,3	7,0
21	Cipru	CY	21,2	8,5	12,7	18,6	9,5	9,1
22	Croația	HR	18,9	4,8	14,1	15,5	5,0	10,5
<b>Europa de Vest</b>								
23	Austria	AT	21,5	7,5	14,0	18,5	7,6	10,9
24	Belgia	BE	21,9	11,7	10,2	18,5	10,4	8,1
25	Franța	FR	23,6	10,8	12,8	19,6	9,3	10,3
26	Germania	DE	21,2	12,4	8,8	18,1	11,4	6,7
27	Luxemburg	LU	21,7	8,5	13,2	18,6	9,0	9,6
28	Olanda	NL	21,2	9,6	11,6	18,7	10,1	8,6

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

**5. Procentul persoanelor de 65 ani si peste, după starea de sănătate autodeclarată, în categorie, în țările Uniunii Europene, în anul 2017**

-procent în total-

Nr.crt.	Țara	Simbol țară	Total			Femei			Bărbați		
			Bună Foarte bună	Satis	Foarte rea Rea	Bună Foarte bună	Satis	Foarte rea Rea	Bună Foarte bună	Satis	Foarte rea Rea
<b>UE-28</b>			<b>41,4</b>	<b>40,1</b>	<b>18,5</b>	<b>38,7</b>	<b>41,3</b>	<b>20,0</b>	<b>44,9</b>	<b>38,6</b>	<b>16,5</b>
<b>Europa de Est</b>											
1	Bulgaria	BG	24,0	47,8	28,2	21,2	48,9	29,9	28,0	46,1	25,9
2	Republica Ceha	CZ	25,1	52,1	22,8	24,6	51,9	23,5	25,8	52,4	21,8
3	Ungaria	HU	17,8	49,8	32,4	16,2	49,2	34,6	20,4	50,8	28,8
4	Polonia	PL	19,4	46,3	34,3	17,5	45,7	36,8	22,3	47,3	30,4
5	<b>România</b>	<b>RO</b>	23,4	<b>54,8</b>	21,8	19,3	<b>55,6</b>	25,1	29,4	53,6	17,0
6	Slovacia	SK	20,6	44,1	35,3	19,0	44,2	36,8	23,2	44,0	32,8
<b>Europa de Nord</b>											
7	Danemarca	DK	57,4	31,5	11,1	56,4	32,7	10,9	58,6	30,1	11,3
8	Estonia	EE	17,6	48,6	33,8	15,9	48,7	35,4	21,3	48,5	30,2
9	Finlanda	FI	48,6	40,5	10,9	46,7	41,8	11,5	51,1	38,8	10,0
10	Irlanda	IE	<b>67,1</b>	<b>26,0</b>	<b>6,9</b>	<b>69,3</b>	<b>23,3</b>	<b>7,4</b>	<b>64,5</b>	<b>29,1</b>	<b>6,4</b>
11	Letonia	LV	9,3	48,9	41,8	7,8	48,2	44,0	12,3	50,3	37,4
12	Lituania	LT	<b>7,0</b>	50,7	42,3	<b>5,0</b>	48,9	46,1	<b>11,9</b>	<b>54,9</b>	<b>33,2</b>
13	Suedia	SE	60,9	29,0	10,1	58,7	29,9	11,4	63,6	<b>28,0</b>	8,4
14	Marea Britanie	UK	58,4	29,6	12,0	58,3	30,0	11,7	58,6	29,0	12,4
<b>Europa de Sud</b>											
15	Grecia	EL	34,2	38,1	27,7	30,4	39,8	29,8	38,9	36,2	24,9
16	Italia	IT	41,9	41,7	16,4	38,4	42,8	18,8	46,6	40,2	13,2
17	Malta	MT	38,8	49,7	11,5	34,6	52,7	12,7	43,8	46,3	9,9
18	Portugalia	PT	14,3	48,6	37,1	11,9	46,2	41,9	17,7	51,8	30,5
19	Slovenia	SI	34,7	42,3	23,0	31,8	43,2	25,0	38,6	41,2	20,2
20	Spania	ES	43,2	39,0	17,8	38,9	41,7	19,4	48,8	35,5	15,7
21	Cipru	CY	40,6	44,1	15,3	36,0	47,0	17,0	45,9	40,7	13,4
22	Croatia	HR	19,2	34,7	<b>46,1</b>	17,0	35,2	<b>47,8</b>	22,3	34,1	<b>43,6</b>
<b>Europa de Vest</b>											
23	Austria	AT	43,4	38,7	17,9	40,2	40,3	19,5	47,5	36,6	15,9
24	Belgia	BE	41,4	40,1	18,5	38,7	41,3	20,0	44,9	38,6	16,5
25	Franta	FR	40,6	41,8	17,6	38,9	43,9	17,2	42,7	39,2	18,1
26	Germania	DE	41,8	42,9	15,3	40,2	44,0	15,8	43,6	41,7	14,7
27	Luxemburg	LU	47,0	34,8	18,2	45,5	35,8	18,7	48,6	33,7	17,7
28	Olanda	NL	60,2	32,0	7,8	57,8	33,3	8,9	63,0	30,5	6,5

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat



**6. Procentul persoanelor de 65 ani și peste, pe sexe, care declară boli cronice, în țările Uniunii Europene, în anul 2017**

-% în populația

totală-					
Nr.crt.	Țara	Simbol țara	Total	Feminin	Masculin
<b>UE-28</b>			<b>61,9</b>	<b>63,2</b>	<b>60,3</b>
<b>Europa de Est</b>					
1	Bulgaria	BG	55,5	57,5	52,4
2	Republica Ceha	CZ	64,6	64,9	64,2
3	Ungaria	HU	79,4	81,3	76,3
4	Polonia	PL	73,2	75,4	69,7
5	<b>România</b>	<b>RO</b>	57,0	63,4	47,6
6	Slovacia	SK	69,7	70,9	67,7
<b>Europa de Nord</b>					
7	Danemarca	DK	41,1	41,9	40,1
8	Estonia	EE	82,9	84,6	79,5
9	Finlanda	FI	72,1	74,2	69,6
10	Irlanda	IE	50,5	50,3	50,8
11	Letonia	LV	79,4	81,9	74,5
12	Lituania	LT	75,0	78,7	67,7
13	Suedia	SE	55,3	58,0	52,2
14	Marea Britanie	UK	65,4	66,4	64,2
<b>Europa de Sud</b>					
15	Grecia	EL	55,9	58,1	53,2
16	Italia	IT	33,6	35,3	31,4
17	Malta	MT	64,0	65,4	62,3
18	Portugalia	PT	72,5	74,1	70,4
19	Slovenia	SI	68,0	70,0	65,3
20	Spania	ES	55,1	57,4	52,3
21	Cipru	CY	81,4	82,8	79,7
22	Croația	HR	75,5	77,6	72,3
<b>Europa de Vest</b>					
23	Austria	AT	62,4	65,2	58,9
24	Belgia	BE	39,2	39,5	38,9
25	Franța	FR	68,1	67,4	69,0
26	Germania	DE	64,1	64,3	63,9
27	Luxemburg	LU	47,0	49,2	44,6
28	Olanda	NL	50,9	52,7	48,9

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

## 7.Procentul persoanelor de 65 ani si peste care declara ca folosesc servicii de îngrijire la domiciliu pe sexe si grad de urbanizare în anul 2014

-% în populatia totală-

Nr.crt.	Țara	Simbol țară	Total				Femei				Bărbați			
			Total	Metropole	Oras si suburbii	Rural	Total	Metropole	Oras si suburbii	Rural	Total	Metropole	Oras si suburbii	Rural
<b>UE-28</b>			<b>10,6</b>	<b>10,0</b>	<b>10,3</b>	<b>11,7</b>	<b>12,5</b>	<b>11,9</b>	<b>11,9</b>	<b>13,9</b>	<b>8,1</b>	<b>7,3</b>	<b>8,2</b>	<b>8,9</b>
<b>Europa de Est</b>														
1	Bulgaria	BG	7,4	6,3	10,5	6,7	7,8	5,3	9,0	9,5	6,7	7,9	12,8	2,8
2	Republica Ceha	CZ	8,2	8,6	8,7	7,5	9,1	8,7	11,2	7,7	7,1	8,5	5,5	7,1
3	Ungaria	HU	10,0	6,8	9,0	14,4	12,6	10,3	9,6	18,0	5,9	0,9	8,1	8,5
4	Polonia	PL	7,4	6,7	7,7	8,0	8,5	6,7	9,4	9,6	5,8	6,8	4,8	5,6
5	<b>România</b>	<b>RO</b>	<b>4,7</b>	<b>3,7</b>	<b>4,0</b>	<b>5,6</b>	<b>5,7</b>	<b>5,4</b>	<b>5,2</b>	<b>6,1</b>	<b>3,3</b>	<b>1,0</b>	<b>2,3</b>	<b>5,0</b>
6	Slovacia	SK	6,9	4,1	8,3	7,6	7,9	4,4	10,4	7,9	5,3	3,7	4,9	7,2
<b>Europa de Nord</b>														
7	Danemarca	DK	14,2	14,8	15,2	13,4	17,4	19,0	22,7	14,1	10,4	8,8	7,1	12,6
8	Estonia	EE	4,5	3,8	4,6	5,1	4,6	3,7	5,0	5,2	4,2	4,1	3,4	4,8
9	Finlanda	FI	12,8	11,3	12,9	14,1	16,1	13,3	15,9	19,5	8,8	8,6	9,2	8,5
10	Irlanda	IE	10,8	10,1	9,1	11,8	12,1	12,2	9,6	13,0	9,3	7,4	8,5	10,6
11	Letonia	LV	5,7	7,2	4,0	4,8	6,9	8,7	4,9	5,8	3,2	3,9	2,2	3,0
12	Lituania	LT	5,2	6,2	3,7	4,7	6,3	7,8	4,3	5,4	3,1	2,8	2,5	3,4
13	Suedia	SE	5,4	4,1	6,1	6,0	6,2	4,7	7,0	6,6	4,6	3,5	5,1	5,3
14	Marea Britanie	UK	7,5	7,6	8,0	6,1	8,3	8,4	8,2	8,3	6,4	6,7	7,9	3,4
<b>Europa de Sud</b>														
15	Grecia	EL	8,3	7,2	8,5	9,4	9,3	9,1	7,5	10,6	7,1	4,7	9,6	7,8
16	Italia	IT	10,6	10,1	9,7	12,7	13,1	12,1	12,4	15,6	7,4	7,4	6,3	9,1
17	Malta	MT	23,6	26,3	19,1	29,5	29,8	33,0	24,1	37,8	15,5	17,4	12,9	17,2
18	Portugalia	PT	6,5	5,3	6,2	8,5	7,3	6,3	7,0	9,0	5,4	3,8	4,9	7,9
19	Slovenia	SI	8,3	6,7	7,6	9,3	10,4	9,6	10,5	10,7	5,3	2,0	3,2	7,4
20	Spania	ES	12,4	12,9	10,5	13,1	15,4	16,2	11,7	16,6	8,6	8,2	8,9	9,1
21	Cipru	CY	9,1	9,6	7,4	9,4	12,2	12,6	9,2	13,6	5,5	5,9	5,2	4,8
22	Croația	HR	5,9	6,6	3,8	6,7	7,3	8,7	5,1	7,7	3,7	3,4	1,9	5,1
<b>Europa de Vest</b>														
23	Austria	AT	5,6	5,8	3,6	6,9	6,6	7,1	3,8	8,4	4,3	4,0	3,3	5,2
24	Belgia	BE	24,7	24,3	23,1	27,0	28,5	28,5	24,9	32,5	19,4	18,8	20,6	19,2
25	Franta	FR	21,4	17,5	20,8	24,7	24,2	21,2	21,5	28,8	17,9	12,6	19,9	20,0
26	Germania	DE	6,3	6,9	6,5	5,0	7,9	8,5	8,3	6,5	4,2	4,8	4,3	3,4
27	Luxemburg	LU	9,3	9,3	11,4	7,7	9,1	7,1	11,3	7,8	9,6	11,7	11,6	7,6
28	Olanda	NL	21,3	22,9	20,0	20,7	28,0	29,3	26,9	27,6	13,4	15,2	12,3	12,2

**8. Procentul în totalul populației a persoanelor cu boli cronice, a persoanelor care au auto-perceput o limitare severă în activitățile zilnice și a persoanelor care primesc ÎLD formale<sup>112</sup> în anul 2015**

Țara	Simbol țara	-% în populația totală-		
		Persoane cu boli cronice	Persoanele care au auto-perceput o limitare severă în activitățile zilnice	Persoane care primesc ÎLD (formale)
<b>Europa de Est</b>	-	-	-	-
Bulgaria	BG	21,6	4,6	1,7
Republica Ceha	CZ	34,2	6,5	4,3
Ungaria	HU	39,4	8,1	1,6
Polonia	PL	35,8	7,4	0,6
<b>România</b>	<b>RO</b>	20,6	8,5	2,0
Slovacia	SK	30,4	9,3	2,0
<b>Europa de Nord</b>	-	-	-	-
Danemarca	DK	29,4	6,6	2,6
Estonia	EE	46,2	10,4	1,7
Finlanda	FI	46,6	7,6	4,0
Irlanda	IE	26,8	5,4	2,0
Letonia	LV	41,2	10,1	1,0
Lituania	LT	34,7	7,0	4,5
Suedia	SE	35,9	3,7	3,1
Marea Britanie	UK	35,3	10,6	2,0
<b>Europa de Sud</b>	-	-	-	-
Grecia	EL	23,6	10,8	0,1
Italia	IT	24,8	9,4	1,8
Malta	MT	29,2	2,5	2,3
Portugalia	PT	42,7	9,5	0,4
Slovenia	SI	33,1	9,8	3,1
Spania	ES	32,9	5,2	2,3
Cipru	CY	32,7	7,9	0,8
Croatia	HR	34,2	11,0	0,8
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-
Austria	AT	34,8	9,2	2,9
Belgia	BE	24,6	8,6	7,9
Franța	FR	37,5	8,8	3,0
Germania	DE	42,5	7,1	1,4
Luxemburg	LU	23,3	9,0	2,5
Olanda	NL	35,3	7,3	5,7
<b>UE- 28</b>	-	<b>34,2</b>	<b>8,1</b>	<b>2,2</b>

**Sursa:** Prelucrare CNPV pe baza datelor din "Raport comun privind asistența medicală, sistemele de îngrijire pe termen lung și durabilitatea fiscală – Documente de țară, actualizate 2019", Comisia Europeană, pp289-494, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf)

<sup>112</sup> Se refera la îngrijirile de lungă durată prestate de îngrijitori plătiți, la domiciliu sau în centre rezidențiale

**9. Populația totală, populația dependentă<sup>113</sup> și rata de dependență, în Statele Membre ale UE – 28, în perioada 2016-2070**

Țara	Simbol țara	Indicator	2016	2020	2040	2060	2070
<b>Europa de Est</b>	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	BG	Populația (mil)	7,1	6,9	5,9	5,2	4,9
		Populație dependentă(mil)	0,28	0,28	0,29	0,29	0,27
		rata dependentă (%)	<b>3,9</b>	<b>4,1</b>	<b>4,9</b>	<b>5,6</b>	<b>5,5</b>
Republica Ceha	CZ	Populația (mil)	10,6	10,7	10,5	10,3	10
		Populație dependentă(mil)	0,63	0,66	0,81	0,87	0,87
		rata dependentă (%)	<b>5,9</b>	<b>6,2</b>	<b>7,7</b>	<b>8,4</b>	<b>8,7</b>
Ungaria	HU	Populația (mil)	9,8	9,8	9,5	9,1	8,9
		Populație dependentă(mil)	0,89	0,91	1,01	1,05	1,02
		rata dependentă (%)	<b>9,1</b>	<b>9,3</b>	<b>10,6</b>	<b>11,5</b>	<b>11,5</b>
Polonia	PL	Populația (mil)	38,0	37,9	35,8	32,8	30,9
		Populație dependentă(mil)	2,55	2,65	3,23	3,32	3,3
		rata dependentă (%)	<b>6,7</b>	<b>7,0</b>	<b>9,0</b>	<b>10,1</b>	<b>10,7</b>
<b>România</b>	<b>RO</b>	Populația (mil)	19,7	19,2	17	15,7	15
		Populație dependentă(mil)	1,53	1,54	1,71	1,77	1,67
		rata dependentă (%)	<b>7,8</b>	<b>8,0</b>	<b>10,1</b>	<b>11,3</b>	<b>11,1</b>
Slovacia	SK	Populația (mil)	5,4	5,5	5,4	5,1	4,9
		Populație dependentă(mil)	0,51	0,53	0,69	0,76	0,77
		rata dependentă (%)	<b>9,4</b>	<b>9,6</b>	<b>12,8</b>	<b>14,9</b>	<b>15,7</b>
<b>Europa de Nord</b>	-	-	-	-	-	-	
Danemarca	DK	Populația (mil)	5,7	5,9	6,6	6,8	6,8
		Populație dependentă(mil)	0,39	0,41	0,5	0,54	0,54
		rata dependentă (%)	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>7,6</b>	<b>7,9</b>	<b>7,9</b>
Estonia	EE	Populația (mil)	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
		Populație dependentă(mil)	0,13	0,13	0,14	0,15	0,15
		rata dependentă (%)	<b>10,0</b>	<b>10,0</b>	<b>10,8</b>	<b>12,5</b>	<b>12,5</b>
Finlanda	FI	Populația (mil)	5,5	5,6	5,7	5,7	5,6
		Populație dependentă(mil)	0,4	0,41	0,49	0,49	0,51
		rata dependentă (%)	<b>7,3</b>	<b>7,3</b>	<b>8,6</b>	<b>8,6</b>	<b>9,1</b>
Irlanda	IE	Populația (mil)	4,7	4,9	5,4	5,9	6
		Populație dependentă(mil)	0,25	0,26	0,36	0,44	0,46
		rata dependentă (%)	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>6,7</b>	<b>7,5</b>	<b>7,7</b>
Letonia	LV	Populația (mil)	2	1,9	1,6	1,4	1,3
		Populație dependentă(mil)	0,17	0,17	0,17	0,16	0,15
		rata dependentă (%)	<b>8,5</b>	<b>8,9</b>	<b>10,6</b>	<b>11,4</b>	<b>11,5</b>
Lituania	LT	Populația (mil)	2,9	2,7	2,1	1,8	1,7
		Populație dependentă(mil)	0,27	0,27	0,26	0,23	0,21
		rata dependentă (%)	<b>9,3</b>	<b>10,0</b>	<b>12,4</b>	<b>12,8</b>	<b>12,4</b>
Suedia	SE	Populația (mil)	9,9	10,3	12	13,3	13,9
		Populație dependentă(mil)	0,51	0,54	0,69	0,79	0,84
		rata dependentă (%)	<b>5,2</b>	<b>5,2</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>6,0</b>

<sup>113</sup> Populație care trăiește cu limitări puternice din cauza problemelor de sănătate

Țara	Simbol țara	Indicator	2016	2020	2040	2060	2070
Marea Britanie	UK	Populația (mil)	65,6	67,5	75,2	79,4	81
		Populație dependentă(mil)	6,67	6,97	8,49	9,45	9,84
		rata dependentă (%)	<b>10,2</b>	<b>10,3</b>	<b>11,3</b>	<b>11,9</b>	<b>12,1</b>
<b>Europa de Sud</b>	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	EL	Populația (mil)	...	...	...	...	...
		Populație dependentă(mil)	...	...	...	...	...
		rata dependentă (%)	...	...	...	...	...
Italia	IT	Populația (mil)	60,8	60,7	60	56,8	54,9
		Populație dependentă(mil)	5,48	5,68	6,68	7,02	6,53
		rata dependentă (%)	<b>9,0</b>	<b>9,4</b>	<b>11,1</b>	<b>12,4</b>	<b>11,9</b>
Malta	MT	Populația (mil)	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
		Populație dependentă(mil)	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03
		rata dependentă (%)	<b>5,0</b>	<b>4,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>
Portugalia	PT	Populația (mil)	<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>9,5</b>	<b>8,5</b>	<b>8</b>
		Populație dependentă(mil)	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9
		rata dependentă (%)	<b>8,3</b>	<b>8,7</b>	<b>10,6</b>	<b>11,8</b>	<b>11,5</b>
Slovenia	SI	Populația (mil)	2,1	2,1	2,1	2	2
		Populație dependentă(mil)	0,22	0,23	0,27	0,26	0,26
		rata dependentă (%)	<b>10,5</b>	<b>11,0</b>	<b>12,9</b>	<b>13,0</b>	<b>13,0</b>
Spania	ES	Populația (mil)	46,4	46,6	48,3	49,6	49,9
		Populație dependentă(mil)	2,45	2,58	3,28	3,81	3,58
		rata dependentă (%)	<b>5,3</b>	<b>5,5</b>	<b>6,8</b>	<b>7,7</b>	<b>7,2</b>
Cipru	CY	Populația (mil)	0,9	0,9	1	1	1
		Populație dependentă(mil)	0,07	0,07	0,1	0,12	0,14
		rata dependentă (%)	<b>7,8</b>	<b>7,8</b>	<b>10,0</b>	<b>12,0</b>	<b>14,0</b>
Croatia	HR	Populația (mil)	4,2	4,1	3,8	3,5	3,4
		Populație dependentă(mil)	0,31	0,31	0,35	0,35	0,34
		rata dependentă (%)	<b>7,4</b>	<b>7,6</b>	<b>9,2</b>	<b>10,0</b>	<b>10,0</b>
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-	-	-	-
Austria	AT	Populația (mil)	8,7	9	10,1	10,2	10,2
		Populație dependentă(mil)	0,81	0,85	1,07	1,19	1,22
		rata dependentă (%)	<b>9,3</b>	<b>9,4</b>	<b>10,6</b>	<b>11,7</b>	<b>12,0</b>
Belgia	BE	Populația (mil)	11,3	11,6	12,9	13,6	13,9
		Populație dependentă(mil)	0,94	0,97	1,17	1,28	1,33
		rata dependentă (%)	<b>8,3</b>	<b>8,4</b>	<b>9,1</b>	<b>9,4</b>	<b>9,6</b>
Franța	FR	Populația (mil)	66,8	68	73	75,6	77
		Populație dependentă(mil)	6,04	6,28	7,65	8,12	8,18
		rata dependentă (%)	<b>9,0</b>	<b>9,2</b>	<b>10,5</b>	<b>10,7</b>	<b>10,6</b>
Germania	DE	Populația (mil)	82,1	83,8	84,1	80,8	79,3
		Populație dependentă(mil)	7,04	7,31	7,76	7,72	7,61
		rata dependentă (%)	<b>8,6</b>	<b>8,7</b>	<b>9,2</b>	<b>9,6</b>	<b>9,6</b>
Luxemburg	LU	Populația (mil)	0,6	0,6	0,9	1,0	1,0
		Populație dependentă(mil)	0,04	0,05	0,07	0,09	0,1
		rata dependentă (%)	<b>6,7</b>	<b>8,3</b>	<b>7,8</b>	<b>9,0</b>	<b>10,0</b>
Olanda	NL	Populația (mil)	17	17,5	19,1	19,3	19,6
		Populație dependentă(mil)	1,16	1,21	1,53	1,63	1,64
		rata dependentă (%)	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>8,0</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>

## 10. Procentul persoanelor dependente care primesc ÎLD formale<sup>114</sup> în perioada 2016-2070

-%-

Țara	Simbol țara	2.016	2.020	2.040	2.060	2.070
<b>Europa de Est</b>	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	BG	48,6	48,9	49,0	49,7	50,4
Republica Ceha	CZ	90,4	92,8	100,0	100,0	100,0
Ungaria	HU	35,5	35,7	36,6	37,3	37,6
Polonia	PL	73,5	74,9	83,1	90,2	97,4
<b>România</b>	<b>RO</b>	28,0	28,5	30,5	33,2	34,3
Slovacia	SK	56,3	56,1	53,7	52,4	51,8
<b>Europa de Nord</b>	-					
Danemarca	DK	41,2	42,7	53,1	59,7	61,9
Estonia	EE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finlanda	FI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Irlanda	IE	42,3	43,0	51,4	61,1	63,6
Letonia	LV	26,0	26,3	26,6	27,8	28,5
Lituania	LT	75,8	77,5	83,9	93,8	94,4
Suedia	SE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Marea Britanie	UK	52,3	53,2	61,5	68,3	69,9
<b>Europa de Sud</b>	-					
Grecia	EL	...	...	...	...	...
Italia	IT	59,2	60,2	64,7	74,2	73,6
Malta	MT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Portugalia	PT	38,6	39,4	44,2	52,1	54,0
Slovenia	SI	51,1	53,0	64,2	75,1	78,6
Spania	ES	63,2	66,7	76,6	100,0	100,0
Cipru	CY	59,3	59,4	61,9	64,3	67,2
Croatia	HR	50,2	50,7	50,8	49,6	50,0
<b>Europa de Vest</b>	-					
Austria	AT	89,8	91,2	100,0	100,0	100,0
Belgia	BE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Franța	FR	50,0	49,6	51,9	54,0	53,8
Germania	DE	39,0	40,2	46,8	53,8	54,7
Luxemburg	LU	36,4	37,2	42,6	52,5	56,1
Olanda	NL	71,2	72,8	86,0	90,8	91,3

Sursa: loc cit.

<sup>114</sup> Se refera la îngrijirile de lungă durată prestate de îngrijitori plătiți, la domiciliu sau în centre rezidențiale

**11.Procentul cheltuielilor pentru Îngrijirile de Lungă Durată în Produsul Intern Brut (PIB), scenariul 1<sup>115</sup> și scenariul 2<sup>116</sup> în perioada 2016-2070**

-%-

Țara	Simbol țara	% ÎLD în PIB	2016	2020	2040	2060	2070
<b>Europa de Est</b>	-		-	-	-	-	-
Bulgaria	BG	1	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5
		2	0,4	0,4	0,7	1,1	1,4
Republica Ceha	CZ	1	1,3	1,4	2,1	2,8	2,9
		2	1,3	1,4	2,3	3,3	3,7
Ungaria	HU	1	0,7	0,7	0,9	1,1	1,1
		2	0,7	0,8	1,6	3,4	4,8
Polonia	PL	1	0,5	0,5	0,9	1,2	1,3
		2	0,5	0,5	1,0	1,6	2,1
<b>România</b>	<b>RO</b>	1	0,3	0,3	0,5	0,6	0,6
		2	0,3	0,3	0,8	2,5	4,6
Slovacia	SK	1	0,9	0,9	1,2	1,5	1,5
		2	0,9	1,0	1,5	2,4	2,9
<b>Europa de Nord</b>	-		-	-	-	-	-
Danemarca	DK	1	2,5	2,6	3,8	4,4	4,7
		2	2,5	2,7	4,6	6,3	7,3
Estonia	EE	1	0,9	0,9	1,1	1,3	1,4
		2	0,9	1,0	1,7	2,9	3,8
Finlanda	FI	1	2,2	2,3	3,6	3,9	4,2
		2	2,2	2,4	3,9	4,5	5,1
Irlanda	IE	1	1,3	1,4	2,1	3,1	3,3
		2	1,3	1,4	2,6	4,3	4,8
Letonia	LV	1	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6
		2	0,4	0,5	0,9	2,1	3,0
Lituania	LT	1	1,0	1,0	1,7	2,2	2,0
		2	1,0	1,1	2,3	4,1	4,6
Suedia	SE	1	3,2	3,3	4,1	4,7	4,9
		2	3,2	3,3	4,3	5,2	5,7
Marea Britanie	UK	1	1,5	1,6	2,1	2,6	2,8
		2	1,5	1,6	2,2	3,0	3,3

<sup>115</sup>Scenariul de referință este folosit ca scenariu de bază pentru calcularea impactului bugetar general al îmbătrânirii. Este punctul de referință pentru comparații cu Raportul privind îmbătrânirea din 2015. În acest scenariu, cheltuielile pentru sănătate sunt determinate de presupunerea că jumătate din câștigurile viitoare ale speranței de viață sunt cheltuite într-o stare bună de sănătate, iar o elasticitate a veniturilor la cheltuielile pentru îngrijirea sănătății converge liniar de la 1,1 în anul 2016 la unitate în anul 2070

<sup>116</sup>"Scenariul riscului" presupune continuarea parțială a tendințelor observate recent în ceea ce privește cheltuielile de sănătate. Acest scenariu presupune că jumătate din câștigurile viitoare ale speranței de viață sunt cheltuite într-o bună stare de sănătate, iar impactul factorilor non-demografici asupra tendințelor viitoare este capturat prin utilizarea unei elasticități a cheltuielilor de sănătate de 1,4 până în anul 2016 convergând liniar la unitate în anul 2070

Țara	Simbol țara	%ÎLD în PIB	2016	2020	2040	2060	2070
<b>Europa de Sud</b>	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	EL	1	...	...	...	...	...
		2	...	...	...	...	...
Italia	IT	1	1,7	1,8	2,3	3,1	3,0
		2	1,7	1,8	2,6	3,8	3,9
Malta	MT	1	0,9	1,0	1,6	2,0	2,3
		2	0,9	1,0	1,9	3,0	4,2
Portugalia	PT	1	0,5	0,6	0,9	1,4	1,4
		2	0,5	0,6	1,2	2,4	3,2
Slovenia	SI	1	0,9	1,0	1,4	1,8	1,8
		2	0,9	1,0	2,1	3,7	4,4
Spania	ES	1	0,9	1,0	1,5	2,2	2,2
		2	0,9	1,1	2,0	3,8	4,2
Cipru	CY	1	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6
		2	0,3	0,3	0,7	1,8	3,2
Croatia	HR	1	0,9	0,9	1,1	1,2	1,2
		2	0,9	0,9	1,2	1,6	2,0
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-	-	-	-
Austria	AT	1	1,9	2,0	2,6	3,6	3,8
		2	1,9	2,0	3,0	4,6	5,3
Belgia	BE	1	2,3	2,4	3,2	3,8	4
		2	2,3	2,5	3,6	5,0	5,8
Franța	FR	1	1,7	1,8	2,3	2,4	2,4
		2	1,7	1,9	3,0	4,0	4,5
Germania	DE	1	1,3	1,5	1,8	2,0	1,9
		2	1,3	1,6	2,3	3,1	3,4
Luxemburg	LU	1	1,3	1,4	2,0	3,5	4,1
		2	1,3	1,4	2,5	5,0	6,5
Olanda	NL	1	3,5	3,7	5,3	6,0	6
		2	3,5	3,7	5,9	7,5	8,3

Sursa: loc cit.



**12.Procentul în total cheltuieli pentru Îngrijirile de Lungă Durată a cheltuielilor pentru îngrijirile rezidențiale (1) și pentru îngrijirile la domiciliu(2) în perioada 2016 - 2070**

							-%
Țara	Simbol țara	Indicator	2016	2020	2040	2060	2070
<b>Europa de Est</b>	-		-	-	-	-	-
Bulgaria	BG	1	33,3	33,7	36,6	37,5	36,4
		2	66,7	66,3	63,4	62,5	63,6
Republica Ceha	CZ	1	77,2	76,7	74,6	73,2	73,4
		2	22,8	23,3	25,4	26,8	26,6
Ungaria	HU	1	71,6	71,3	69,9	68,5	68,1
		2	28,4	28,7	30,1	31,5	31,9
Polonia	PL	1	82,1	82,4	83,6	83,9	84,3
		2	17,9	17,6	16,4	16,1	15,7
<b>România</b>	<b>RO</b>	1	3,3	3,3	3,4	3,3	3,3
		2	96,7	96,7	96,6	96,7	96,7
Slovacia	SK	1	48,6	49,5	58,4	66,9	70,2
		2	51,4	50,5	41,6	33,1	29,8
<b>Europa de Nord</b>	-		-	-	-	-	-
Danemarca	DK	1	34,4	34,4	35,5	36,3	36,2
		2	65,6	65,6	64,5	63,7	63,8
Estonia	EE	1	59,2	60,1	61,1	61,1	62,0
		2	40,8	39,9	38,9	38,9	38,0
Finlanda	FI	1	21,1	20,9	20,5	20,5	20,4
		2	78,9	79,1	79,5	79,5	79,6
Irlanda	IE	1	59,3	59,3	60,3	61,8	62,7
		2	40,7	40,7	39,7	38,2	37,3
Letonia	LV	1	82,3	81,1	74,9	69,5	67,7
		2	17,7	18,9	25,1	30,5	32,3
Lituania	LT	1	33,6	32,9	30,8	28,0	27,9
		2	66,4	67,1	69,2	72,0	72,1
Suedia	SE	1	66,1	66,0	66,9	67,4	67,5
		2	33,9	34,0	33,1	32,6	32,5
Marea Britanie	UK	1	56,8	56,8	57,8	58,9	58,9
		2	43,2	43,2	42,2	41,1	41,1
<b>Europa de Sud</b>	-		-	-	-	-	-
Grecia	EL	1	...	...	...	...	...
		2	...	...	...	...	...
Italia	IT	1	73,2	73,4	74,4	75,5	75,6
		2	26,8	26,6	25,6	24,5	24,4
Malta	MT	1	85,0	85,3	86,8	86,9	87,2
		2	15,0	14,7	13,2	13,1	12,8
Portugalia	PT	1	13,4	13,3	12,9	12,5	12,2
		2	86,6	86,7	87,1	87,5	87,8
Slovenia	SI	1	71,2	71,2	70,7	70,8	70,8
		2	28,8	28,8	29,3	29,2	29,2
Spania	ES	1	77,0	76,7	75,3	74,9	75,5
		2	23,0	23,3	24,7	25,1	24,5

Țara	Simbol țara	Indicator	2016	2020	2040	2060	2070
Cipru	CY	1	12,7	12,7	12,7	12,9	12,9
		2	87,3	87,3	87,3	87,1	87,1
Croatia	HR	1	94,7	94,8	94,9	95	95
		2	5,3	5,2	5,1	5	5
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-	-	-	-
Austria	AT	1	70,6	70,6	71,1	72,4	72,3
		2	29,4	29,4	28,9	27,6	27,7
Belgia	BE	1	56,3	56,5	57,7	59,4	59,7
		2	43,7	43,5	42,3	40,6	40,3
Franța	FR	1	66,9	66,7	64,4	63,7	63,7
		2	33,1	33,3	35,6	36,3	36,3
Germania	DE	1	68,2	68,3	69,1	71,1	70,7
		2	31,8	31,7	30,9	28,9	29,3
Luxemburg	LU	1	70,3	70,7	71,5	73,6	74,1
		2	29,7	29,3	28,5	26,4	25,9
Olanda	NL	1	92,7	92,8	93,4	93,8	93,7
		2	7,3	7,2	6,6	6,2	6,3

Sursa: loc cit.

**13.Procentul persoanelor angajate cu varsta între 55-64 ani , total și pe sexe în anul 2018, în Statele Membre UE-28**

– % în populația totală –

Țara	Simbol țara	Total	Feminin	Masculin
<b>Europa de Est</b>	-	-	-	-
Bulgaria	BG	60,7	56,4	65,4
Republica Ceha	CZ	65,1	56,6	74,0
Ungaria	HU	54,4	44,9	65,5
Polonia	PL	48,9	39,1	59,8
<b>România</b>	<b>RO</b>	<b>46,3</b>	<b>35,7</b>	<b>57,9</b>
Slovacia	SK	54,2	50,4	58,4
<b>Europa de Nord</b>	-	-	-	-
Danemarca	DK	70,7	66,4	74,9
Estonia	EE	68,9	71,5	65,9
Finlanda	FI	65,4	66,5	64,3
Irlanda	IE	60,4	52,3	68,6
Letonia	LV	65,4	64,7	66,3
Lituania	LT	68,5	66,9	70,5
Suedia	SE	77,9	75,8	80,0
Marea Britanie	UK	65,3	60,6	70,3
<b>Europa de Sud</b>	-	-	-	-
Grecia	EL	41,1	30,0	53,3
Italia	IT	53,7	43,9	64,2
Malta	MT	49,7	32,1	67,2
Portugalia	PT	59,2	54,6	64,5
Slovenia	SI	47,0	41,9	52,2
Spania	ES	52,2	44,9	59,7
Cipru	CY	60,9	51,9	70,3
Croația	HR	42,8	35,2	51,0
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-
Austria	AT	54,0	44,8	63,5
Belgia	BE	50,3	45,6	55,1
Franța	FR	52,1	50,4	54,0
Germania	DE	71,4	66,9	76,1
Luxemburg	LU	40,5	35,2	45,5
Olanda	NL	67,7	58,8	76,6
<b>UE-28</b>	-	<b>58,7</b>	<b>52,4</b>	<b>65,4</b>

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

## 14.Procentul cheltuielilor publice cu pensiile publice în PIB în perioada 2016-2070

Țara	Simbol țara	2016	2040	2070	2040-2016	2070-2040	2070-2016
<b>Europa de Est</b>	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	BG	9,6	9,8	10,9	0,2	1,1	1,3
Republica Ceha	BG	8,2	9,2	10,9	1,0	1,7	2,7
Ungaria	HU	9,7	9,4	11,2	-0,3	1,8	1,5
Polonia	PL	11,2	10,8	10,2	-0,4	-0,6	-1,0
<b>România</b>	<b>RO</b>	8,0	7,7	8,7	-0,3	1,0	0,7
Slovacia	SK	8,6	7,8	9,8	-0,8	2,0	1,2
<b>Europa de Nord</b>	-	-	-	-	-	-	-
Danemarca	DK	10,0	8,2	8,1	-1,8	-0,1	-1,9
Estonia	EE	12,2	13,9	10,7	1,7	-3,2	-1,5
Finlanda	FI	13,4	13,9	13,9	0,5	0,0	0,5
Irlanda	IE	5,0	6,7	6,6	1,7	-0,1	1,6
Letonia	LV	6,9	7,0	4,7	0,1	-2,3	-2,2
Lituania	LT	6,9	7,0	5,2	0,1	-1,8	-1,7
Suedia	SE	8,2	6,8	7,0	-1,4	0,2	-1,2
Marea Britanie	UK	7,7	8,6	9,5	0,9	0,9	1,8
<b>Europa de Sud</b>	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	EL	17,3	12,9	10,6	-4,4	-2,3	-6,7
Italia	IT	15,6	18,7	13,9	3,1	-4,8	-1,7
Malta	MT	8,0	7,3	10,9	-0,7	3,6	2,9
Portugalia	PT	13,5	14,7	11,4	1,2	-3,3	-2,1
Slovenia	SI	10,9	14,2	14,9	3,3	0,7	4,0
Spania	ES	12,2	13,9	10,7	1,7	-3,2	-1,5
Cipru	CY	10,2	11,5	12,4	1,3	0,9	2,2
Croatia	HR	10,6	6,3	6,8	-4,3	0,5	-3,8
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-	-	-	-
Austria	AT	13,8	14,9	14,3	1,1	-0,6	0,5
Belgia	BE	12,1	14,5	15,0	2,4	0,5	2,9
Franța	FR	15,0	15,1	11,8	0,1	-3,3	-3,2
Germania	DE	10,1	12,0	12,5	1,9	0,5	2,4
Luxemburg	LU	9,0	11,5	17,9	2,5	6,4	8,9
Olanda	NL	7,3	8,5	7,9	1,2	-0,6	0,6
<b>UE-28</b>	-	<b>10,3</b>	<b>10,6</b>	<b>10,5</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,2</b>

**Sursa:** Prelucrare CNPV pe baza datelor din „Raportul privind îmbătrânirea din 2018. Proiecțiile economice și bugetare pentru cele 28 de state membre ale UE (2016-2070)”, p.66.

**15.Venitul mediu lunar al persoanelor de 65 ani și peste, total și pe sexe în anul 2017, în Statele Membre UE-28**

– euro –

Țara	Simbol țara	Total	Feminin	Masculin	% feminin în masculin
<b>Europa de Est</b>	-	-	-	-	-
Bulgaria	BG	290	264	328	80,5
Republica Ceha	CZ	612	587	646	90,8
Ungaria	HU	458	438	491	89,2
Polonia	PL	520	501	549	91,3
<b>România</b>	<b>RO</b>	<b>243</b>	<b>229</b>	<b>265</b>	<b>86,4</b>
Slovacia	SK	581	566	605	93,4
<b>Europa de Nord</b>	-	-	-	-	-
Danemarca	DK	2.340	2.266	2.424	93,5
Estonia	EE	631	603	686	87,9
Finlanda	FI	1.981	1.863	2.133	87,4
Irlanda	IE	2.002	1.910	2.106	90,7
Letonia	LV	483	457	535	85,5
Lituania	LT	489	452	563	80,2
Suedia	SE	2.137	1.943	2.364	82,2
Marea Britanie	UK	1.896	1.843	1.957	94,2
<b>Europa de Sud</b>	-	-	-	-	-
Grecia	EL	735	711	765	92,9
Italia	IT	1.624	1.555	1.714	90,8
Malta	MT	1.070	1.029	1.118	92,0
Portugalia	PT	923	877	986	89,0
Slovenia	SI	1.050	999	1.119	89,3
Spania	ES	1.350	1.298	1.416	91,7
Cipru	CY	1.323	1.225	1.435	85,4
Croația	HR	489	467	521	89,7
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-	-
Austria	AT	2.238	2.113	2.397	88,2
Belgia	BE	1.726	1.680	1.784	94,2
Franța	FR	2.361	2.323	2.410	96,4
Germania	DE	1.815	1.725	1.913	90,2
Luxemburg	LU	3.883	3.731	4.047	92,2
Olanda	NL	1.917	1.842	2.003	92,0
<b>UE-28</b>	-	<b>1.551</b>	<b>1.471</b>	<b>1.654</b>	<b>88,9</b>

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

**16.Rata de sărăcie generală și a persoanelor vârstnice (65 ani și peste), la nivelul UE-28 și al României în perioada 2007-2018<sup>117 118</sup>**

-

procente –

Regiune/Țară	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Total</b>												
UE-28	17	17	16	17	17	17	17	17	17	17	17	...
UE-28-feminin	17	17	17	17	18	18	17	18	18	18	18	...
UE-28-masculin	16	16	16	16	16	16	16	17	17	17	16	...
Romania	29	23	22	21	22	23	22	25	25	25	24	24
Romania-feminin	25	24	23	21	23	23	23	26	26	26	24	25
Romania-masculin	24	22	21	21	22	22	22	25	25	25	23	23
<b>Vârstnici(65 ani și peste)</b>												
UE-28	18	19	18	16	16	15	14	14	14	15	15	15
UE-28-feminin	21	21	20	18	18	16	16	16	16	17	16	17
UE-28-masculin	15	16	15	13	13	12	11	11	12	12	12	13
Romania	31	26	21	17	14	15	15	19	19	19	20	20
Romania-feminin	34	30	25	21	17	20	19	23	24	24	25	25
Romania-masculin	25	21	15	11	9	10	10	13	13	12	13	13

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

<sup>117</sup>Sursa datelor - bazele de date Eurostat, începând cu anul 2010 au fost disponibile date pentru UE-28, iar pentru anii 2007-2009, au fost înscrise date pentru UE-27

<sup>118</sup>Sursa datelor -

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/download.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tespn010>

## 17.Riscul de sărăcie relativă, total și pe sexe în anul 2017, în Statele Membre UE-28

Țara	Simbol țara	Total	-procente în total-	
			Feminin	Masculin
<b>Europa de Est</b>	-	-	-	-
Bulgaria	BG	23,4	24,9	21,8
Republica Ceha	CZ	9,1	10,7	7,6
Ungaria	HU	13,4	13,7	13,1
Polonia	PL	15,0	14,9	15,1
<b>România</b>	<b>RO</b>	<b>23,6</b>	<b>24,2</b>	<b>22,9</b>
Slovacia	SK	12,4	12,3	12,4
<b>Europa de Nord</b>	-	-	-	-
Danemarca	DK	12,4	11,7	13,0
Estonia	EE	21,0	23,3	18,4
Finlanda	FI	11,5	11,4	11,5
Irlanda	IE	15,6	16,5	14,7
Letonia	LV	22,1	24,6	19,1
Lituania	LT	22,9	24,2	21,4
Suedia	SE	15,8	16,2	15,4
Marea Britanie	UK	17,0	17,9	16,1
<b>Europa de Sud</b>	-	-	-	-
Grecia	EL	20,2	20,2	20,2
Italia	IT	20,3	21,1	19,4
Malta	MT	16,7	17,3	16,1
Portugalia	PT	18,3	18,7	17,8
Slovenia	SI	13,3	14,5	12,0
Spania	ES	21,6	22,2	21,0
Cipru	CY	15,7	16,8	14,6
Croatia	HR	20,0	20,9	18,9
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-
Austria	AT	14,4	15,3	13,5
Belgia	BE	15,9	16,9	14,9
Franța	FR	13,3	13,6	12,9
Germania	DE	16,1	17,1	15,0
Luxemburg	LU	18,7	19,4	17,9
Olanda	NL	13,2	13,3	13,2
<b>Media UE- 28</b>	-	<b>16,9</b>	<b>17,6</b>	<b>16,3</b>

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat

**18.Riscul de sărăcie relativă pentru persoanele de 65 ani și peste, total și pe sexe în anul 2017, în Statele Membre UE-28**

-procente în total-

Țara	Simbol țara	Total	Feminin	Masculin
<b>Europa de Est</b>	-	-	-	-
Bulgaria	BG	32,0	38,4	22,5
Republica Ceha	CZ	10,7	15,2	4,8
Ungaria	HU	9,1	9,7	7,9
Polonia	PL	13,8	15,8	10,7
<b>România</b>	<b>RO</b>	<b>20,0</b>	<b>24,5</b>	<b>13,2</b>
Slovacia	SK	6,9	8,3	4,9
<b>Europa de Nord</b>	-	-	-	-
Danemarca	DK	8,8	8,6	8,9
Estonia	EE	41,2	47,8	28,4
Finlanda	FI	12,3	15,7	7,9
Irlanda	IE	14,8	16,6	12,9
Letonia	LV	39,9	45,1	29,1
Lituania	LT	33,4	39,5	21,4
Suedia	SE	...	...	...
Marea Britanie	UK	...	...	...
<b>Europa de Sud</b>	-	-	-	-
Grecia	EL	12,4	13,5	11,1
Italia	IT	15,6	17,4	13,3
Malta	MT	24,9	26,4	23,1
Portugalia	PT	17,0	18,3	15,2
Slovenia	SI	16,4	20,9	10,4
Spania	ES	14,8	15,9	13,5
Cipru	CY	21,6	24,4	18,3
Croatia	HR	28,6	31,7	24,1
<b>Europa de Vest</b>	-	-	-	-
Austria	AT	12,9	15,8	9,1
Belgia	BE	16,0	17,1	14,7
Franța	FR	7,8	8,7	6,5
Germania	DE	17,0	19,0	14,9
Luxemburg	LU	11,8	13,3	10,1
Olanda	NL	10,0	10,2	9,8
<b>Media UE- 28</b>	-	<b>15,0</b>	<b>17,0</b>	<b>12,5</b>

Sursa: Prelucrare CNPV pe baza datelor din bazele de date Eurostat



**19.Rezultatul anchetelor obținute prin interviuarea persoanelor vârstnice, victime ale abuzului în unele din Statele Membre UE-28**<sup>119</sup>

Locatie	Populatie studiata	Masura abuzului	Periada de prevalenta	Rata sau prevalența abuzului
ABUEL – Abuz si sanatate în randul varstnicilor din Europa <sup>120</sup>				
Mai multe tari	4467 femei și bărbați selectați aleatoriu din populația generală care trăiește în mediul urban, în vârstă de 60-84 de ani, fără demență sau alte tulburări cognitive, cu statut legal, care trăiesc în comunități sau în locuinte protejate	52 articole bazate pe studiul Regatului Unit (16) și asupra Scalelor revizuite de Tactici de Conflict	O dată, de două ori, 3-5, 6-10, 11-20 sau peste 20 ori sau niciodată în timpul anului trecut	Psihic 19,4%, financiar 3,8%, fizic 2,7%, sexual 0,7%, răniri 0,7%
Germania, Stuttgart	648 femei și bărbați			Psihic 27,1%, financiar 3,6% fizic 3,3%, sexual 0,9%, răniri 0,4%
Grecia, Atena	643 de femei și bărbați			Psihic 13,2%, financiar 4,0%, fizic 3,4%, sexual 1,5%, răniri 1,1%
Italia, Ancona	628 de femei și bărbați			Psihic 10,4%, financiar 2,7%, fizic 1,0%, sexual 0,5%, răniri 0,0%
Lithuania, Kaunas	630 de femei și bărbați			Psihic 24,6%, fizic 3,8%, financiar 2,8%, sexual 0,3%, prejudiciu 1,5%
Portugal, Porto	656 de femei și bărbați			Psihic 21.9%, financiar 7,8%, fizic 2.1%, sexual 1.3%, răniri 0,7%

<sup>119</sup>Sursa: „Raportul european privind prevenirea maltratării vârstnicilor” – Organizația Mondială a Sănătății – Oficiul Regional pentru Europa (2010), pp.20-22, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)

<sup>120</sup> Ancheta desfasurata in 7 tari europene - Germania, Grecia, Italia, Lituania, Portugalia, Spania și Suedia.

Locație	Populație studiată	Măsura abuzului	Periada de prevalență	Rata sau prevalența abuzului
Spania, Granada	636 femei și bărbați			Psihic 11,5%, financiar 4,8%, fizic 1,4%, raniri 0,5%, sexual 0,3%,
Sweden, Stockholm	626 femei și bărbați	52 articole bazate pe studiul Regatului Unit (16) și asupra Scalelor revizuite de Tactici de Conflict	O dată, de două ori, 3-5, 6-10, 11-20 sau peste 20 ori sau niciodată în timpul anului trecut	Psihic 29,7%, fizic 4,0%, financiar 1,8%, sexual 0,5%, răniri 0,6%
Alte anchete				
Austria	Esantion aleator la nivel comunitar cu 593 femei în varsta de 60 ani și peste locuind în locuințe private	Chestionar standardizat și interviu telefonic	Un an	Abuz de orice fel 23,8%, abuz psihic 19,3%, neglijență 6,1%, abuz financiar 4,7%
Finlanda, comunitatea semi-rurală	1022 persoane de 65 ani și peste	Chestionar, interviuri, scale clinice	Dupa vârsta de pensionare	Total 6,7%: bărbați 3,3%, femei 8,8% Fizic: bărbați 15,0%, femei 18,0% Psihic: bărbați 46,0%, femei 49,0% Financiar: bărbați 8,0%, femei 9,0% neglijare: bărbați 0,0%; femei 4,0%
Germania	Eșantion aleatoriu de 5711 de persoane de peste 60 de ani care trăiesc în gospodăriile private	Scale de Tactici de Conflict	Timp de patru ani; acte abuzive în orice an de atunci	Total 3,1%, fizic 3,4%, neglijență 2,7%, financiar 1,3%, verbal 0,8%

Locație	Populație studiată	Măsura abuzului	Periada de prevalență	Rata sau prevalența abuzului
Germania	Sondaj reprezentativ la nivel național de 3030 locuințe comunitare oameni cu vârsta cuprinsă între 40 și 85 de ani	Scale de Tactici de Conflict	Un an	Aproximativ 25,0% dintre persoanele în vârstă de peste 60 de ani au raportat agresiuni verbale de către membrii gospodăriilor; 1,3% dintre bărbații și 1,6% dintre femei au raportat violență fizică
Germania, Bonn	425 de persoane în vârstă de 60 ani și peste	Întrebări proprii, chestionar poștal, rată de răspuns de 10%	5 ani înainte	Aproximativ 10,0%
Irlanda	2000 de persoane cu vârsta de 65 de ani și mai mult au fost intervievate în propria casă	Interviu față-în-față, reprezentativ	Un an	Total 2,2%, financiar 1,3% psihic 1,2%, fizic 0,5%, neglijare 0,3%, sexual 0,05%,
Irlanda, Italia, Regatul Unit	Eșantionul oportunist al femeilor în vârstă de 59 de ani de la organizații profesionale și de voluntariat din Irlanda, Italia și Regatul Unit	Propriile întrebări	De când a implinit 59 de ani	Mai puțin de 20,0% au experimentat orice formă abuz(financiar, psihic sau fizic)
Marea Britanie	2111 de persoane în vârstă de peste 66 de ani în gospodării private;	Interviu față-în-față, eșantion reprezentativ	Un an	Total 2,6%, neglijare 1,1%, financiar 0,7%, psihic 0,4%, fizic 0,4%, sexual 0,2%. Dacă vecinii și cunoștințele sunt considerate prevalența crește la 4,0%

Locație	Populație studiată	Măsura abuzului	Periada de prevalență	Rata sau prevalența abuzului
Olanda, Amsterdam	Populația pe bază de eșantion de 1797 de persoane în vârstă 69-89 de ani, trăind independent	Scale de Tactici de Conflict	Un an	Total 5,6%, verbal 3,2%, financiar 1,4%, fizic 1,2%, neglijare 0,2%
Portugalia	1586 de femei peste 60 de ani care trăiesc în gospodării private	Chestionar standard	Un an	Orice fel 39,4%, psihic 32,9%, financiar 16,5%, încălcarea drepturilor personale 12,8%, neglijare 9,9%, sexual 3,6%, fizic 2,8%
Spania	2401 de interviuri cu un eșantion general de persoane mai în vârstă de 64 de ani (case particulare)	Interviu față-în-față	Un an	Total 0,8%, psihic 0,3%, neglijare 0,3%, financiar 0,2%, fizic 0,2%, sexual 0,1%