

**Situația socio-economică a persoanelor vârstnice
din România și din țările Uniunii Europene
-prezent și perspective de evoluție-**

Mai
2011

Cuprins

1.	Introducere.....	7
2.	Îmbătrânirea populației și activizarea vârstnicilor.....	9
2.1.	Conceptul "îmbătrânește și rămâi activ".....	9
2.1.1.	Proiecțiile populațiilor și îmbătrânirea demografică.....	9
2.1.2.	Îmbătrânirea demografică: un triumf dublat de o provocare.....	10
2.1.3.	"Îmbătrânește și rămâi activ".....	14
2.1.4.	Factorii de influență pentru o bătrânețe activă.....	17
2.1.5.	Provocarea unei populații îmbătrânite.....	26
2.1.6.	Suținerea conceptului "îmbătrânește și rămâi activ".....	31
2.2.	Participarea vârstnicilor pe piața forței de muncă.....	32
2.2.1.	Introducere.....	32
2.2.2.	Rata de activitate a persoanelor vârstnice(65ani și peste).....	33
2.2.3.	Rata de activitate a salariaților vârstnici.....	34
3.	Veniturile și consumul populației vârstnice.....	35
3.1.	Veniturile vârstnicilor europeni.....	35
3.2.	Veniturile vârstnicilor din România.....	36
3.3.	Evoluția puterii de cumpărare a pensiilor din România.....	36
3.4.	Cheltuielile gospodăriilor de pensionari din România.....	39
4.	Protecția socială a persoanelor vârstnice.....	42
4.1.	Fenomenul sărăciei și incidența sa în rândul persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană.....	42
4.2.	Rata de sărăcie a persoanelor vârstnice din România.....	45
4.3.	Protecția socială a persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană.....	49
4.4.	Protecția socială din România.....	52
4.4.1.	Aspecte generale.....	52
4.4.2.	Politici de incluziune socială a grupurilor vulnerabile în contextul socio-economic și politic al crizei din România.....	53
4.4.3.	Protecția socială a persoanelor vârstnice din România.....	55
5.	Sistemul public de pensii.....	56
5.1.	Sistemul public de pensii în țările din Uniunea Europeană.....	56
5.1.1.	Aspecte generale.....	56
5.1.2.	Sistemele de pensii în Statele Membre ale Uniunii Europene.....	58
5.1.2.1.	Introducere.....	58
5.1.2.2.	Descrierea sistemelor de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene.....	62
5.1.2.3.	Regulile de indexare în sistemele de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene.....	63
5.1.2.4.	Regulile de impozitare în sistemele de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene.....	65
5.1.2.5.	Vârsta legală de pensionare, în Statele Membre ale Uniunii Europene.....	68
5.1.2.6.	Vârsta medie efectivă de pensionare, în Statele Membre ale Uniunii Europene.....	76
5.1.3.	Principalele provocări ale sistemelor de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene.....	77
5.1.3.1.	Îmbătrânirea demografică.....	77
5.1.3.2.	Reformarea sistemelor de pensii.....	78
5.1.3.3.	Cele mai recente reforme în Statele Membre(după iulie 2008).....	80
5.1.3.4.	Impactul crizei financiare și economice.....	82
5.1.4.	Priorități pentru modernizarea politicii de pensii în UE-27.....	84
5.1.4.1.	Obiective principale: adecvare și viabilitate.....	84
5.1.4.2.	Obținerea unui echilibru durabil între durata vieții profesionale și durata vieții după pensionare.....	85
5.1.4.3.	Înlăturarea obstacolelor din calea mobilității în UE.....	87
5.1.4.4.	Acoperirea lacunelor reglementării UE.....	89
5.2.	Cuantumul pensiilor din Uniunea Europeană.....	91
5.2.1.	Aspecte generale.....	91

5.2.2.Cuquantumul pensiilor medii.....	91
5.2.3.Cuquantumul pensiilor minime pentru limita de varsta.....	92
5.3 Procentul cheltuielilor pentru pensii in produsul intern brut, rata de inlocuire in tarile Uniunii Europene si raportul dintre numarul de pensionari si numarul de contribuabili.....	93
5.3.1.Procentul cheltuielilor pentru pensii in produsul intern brut.....	93
5.3.2.Rata de inlocuire in tarile Uniunii Europene.....	94
5.3.3.Raportul dintre numarul de pensionari si numarul de contribuabili.....	95
5.4.Gradul de acord/dezacord ale cetatenilor statelor membre ale Uniunii Europene privind oportunitatea majorarii varstei de pensionare in urmasorii 20 ani.....	96
5.5.Sistemul public de pensii in Romania.....	97
5.5.1.Evolutie in perioada 1990-2010.....	97
5.5.2.Principiile de functionare si modul de organizare al sistemului public de pensii in Romania....	99
5.5.3.Modificarile aduse de noua lege a pensiilor nr.263/2010.....	102
5.5.4.Varsta legala de pensionare si tipurile de pensii acordate in Romania	113
5.5.5.Varsta efectivă de pensionare in Romania.....	117
5.5.6.Analiza cuquantumului pensiilor pe categorii si pe sexe in sistemul asigurarilor sociale de stat si in sistemul agricultorilor.....	118
5.5.6.1.Sistemul asigurarilor sociale de stat	118
5.5.6.2.Sistemul agricultorilor.....	119
6. Sănătatea varstnicilor.....	121
6.1. Aspecte generale.....	121
6.2.Factorii determinati ai stării de sănătate.....	122
6.3.Sănătatea socială.....	124
6.4.Sănătatea subiectivă a varstnicilor.....	125
6.5.Indicatori statistici ai sănătății.....	128
6.5.1.Durata medie a vieții.....	128
6.5.1.1. In Romania.....	128
6.5.1.2. In Uniunea Europeană.....	132
6.5.2.Mortalitatea si principalele cauze ale deceselor.....	136
6.5.2.1.Mortalitatea.....	136
6.5.2.2.Principalele cauze ale deceselor	138
6.5.3.Morbiditatea.....	140
6.6.Starea de sănătate a persoanelor varstnice din Romania.....	147
6.6.1.Aspecte ale stării de sănătate a populației varstnice, diferite pe sexe si medii de rezidență.....	147
6.6.2.Consumul alimentar exprimat in calorii si factori nutritivi, diferentiat pe sexe.....	158
6.7.Analiza stării de sănătate autopercepute a populației varstnice din Uniunea Europeană.....	159
6.8.Analiza procentului persoanelor varstnice care au declarat boli cronice, pe transe de varsta, din Uniunea Europeană.....	160
6.9.Procentul cheltuielilor pentru sănătate in PIB.....	161
7. Asistența socială a persoanelor varstnice.....	163
7.1. Scurt istoric.....	163
7.2.Evaluarea situației persoanelor varstnice care necesita asistență socială.....	165
7.3.Categorii de servicii si prestații sociale.....	166
7.4.Finanțarea activităților de asistență socială.....	172
7.5.Instituțiile publice	174
7.6.Societatea civilă.....	175
7.7.Îngrijirile de sănătate	177
7.7.1.Situația in tarile Uniunii Europene.....	177
7.7.2.Situația cheltuielilor publice pentru îngrijirile de lungă durată, in tarile Uniunii Europene.....	179
7.7.3.Numărul de persoane varstnice dependente,pe tipuri de dependență in tarile Uniunii Europene.....	181

7.7.4. Gradul de acord/dezacord ale cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene privind oportunitatea îngrijirii vârstnicului în sistem centralizat față de îngrijirea în familie	184
7.7.5. Opinii ale cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene privind gradul de dependență și sistemele de îngrijiri de lungă durată.....	185
7.7.6. Situația în România.....	192
7.7.6.1. Aspecte generale.....	192
7.7.6.2. Gradul de satisfacție al populației vârstnice față de serviciile medicale.....	194
8. Concluzii.....	197
9. Propuneri.....	220
Bibliografie.....	241
ANEXE	
1. Evoluția numărului persoanelor vârstnice, pe sexe și tranșe de vârstă, în perioada 2010-2060, la nivelul UE-27.....	243
2. Procentul persoanelor de 60 ani și peste, în Statele Membre UE-27.....	244
3. Procentul persoanelor de 80 ani și peste, în Statele Membre UE-27.....	247
4. Rata de dependență de vârstă, în Statele Membre UE-27.....	250
5. Rata de activitate a populației de 65 ani și peste, în Statele Membre UE-27.....	251
6. Rata de activitate a salariaților vârstnici, total și sexe, în Statele Membre UE-27, anul 2009.....	252
7. Venitul mediu lunar realizat de persoanele vârstnice (65 ani și peste), total și sexe, în Statele Membre UE-27, anul 2009.....	253
8. Rata de sărăcie generală și a persoanelor vârstnice (65 ani și peste), la nivelul UE-27 și al României în perioada 2005-2009.....	254
9. Rata de sărăciei pentru persoanele de 65 ani și peste, total și pe sexe în anul 2009, în Statele Membre UE-27.....	255
10. Procentul cheltuielilor pentru protecția socială în produsul intern brut în anul 2009, în Statele Membre UE-27.....	256
11. Procentul cheltuielilor de prestații sociale pentru persoane vârstnice și supraviețuitori ca % în totalul prestațiilor sociale și ca % în produsul intern brut în anul 2008, în Statele Membre UE-27.....	257
12. Tabel cu vârstele de pensionare în Statele Membre UE-27, în anul 2009.....	258
13. Tabel cu vârstele medii efective de pensionare în Statele Membre UE-27 în anul 2009.....	259
14. Cuantumul pensiilor, total și pe categorii de pensii, în Statele Membre UE-27, în anul 2008.....	260
15. Cuantumul pensiei minime în Statele Membre UE-27, în anul 2009.....	261
16. Procentul cheltuielilor totale cu pensile în produsul intern brut în anul 2008 și prognoză anii 2020, 2030, 2040, 2050 și 2060, în Statele Membre UE-27.....	262
17. Rata de înlocuire în Statele Membre UE-27 în anul 2007 și prognoză 2046.....	263
18. Rata de dependență a sistemului public de pensii: numărul de pensionari raportat la numărul de contribuabili, în sistemele publice de pensii, în anul 2007 și prognoză anii 2010, 2020, 2030, 2040, 2050 și 2060, în Statele Membre UE-27.....	264
19. Situația răspunsurilor, pe grade de acord/dezacord la afirmația "Pe termen lung (20 ani)- Vârsta legală de pensionare ar trebui să se majoreze", în Statele Membre UE-27.....	265
20. Numărul pensionarilor și pensia medie lunară de asigurări sociale de stat, pe regiuni/județe în anul 2010.....	266
21. Numărul pensionarilor beneficiari de pensie socială minim garantată, în sistemul asigurărilor sociale de stat, pe regiuni/județe în anul 2010.....	267
22. Numărul pensionarilor și pensia medie lunară de agricultori, pe regiuni/județe în anul 2010.....	268
23. Numărul pensionarilor agricultori, beneficiari de pensie socială minim garantată, pe regiuni/județe în anul 2010.....	269
24. Speranța de viață pe sexe și pe medii în anii 1990-2009.....	
25. Număr supraviețuitori la vârstele de 60, 70, 80, 90 ani, persoane dintr-o generație ipotetică de 100.000 născuți vii în anul 2009.....	271
26. Speranța de viață la naștere, pe regiuni, sexe și medii în anul 2009.....	272
27. Speranța de viață la naștere, pe județe - total țară și pe medii, total și pe sexe, în anul 2009.....	273

28. Speranța de viață la vârsta de 60 ani, pe județe - total țară total și pe sexe, în anul 2009.....	276
29.Speranța de viață la naștere și la vârsta de 65 ani pe sexe, în Statele Membre UE-27, în anul 2009....	277
30. Speranța de viață la naștere, total, în Statele Membre UE-27, în anul 2009 și intervalele de prognoză 2020-2025, 2025-2030, 2030-2035, 2035-2040, 2040-2045 și 2045-2050.....	278
31. Numărul deceselor și al ratelor de mortalitate ale persoanelor vârstnice (65 ani plus),diferențiate pe medii de rezidență, pe sexe în anii 2008 și 2009.....	281
32. Numărul de decese al populației vârstnice pe sexe, medii și tranșe de vârstă, în anul 2009.Rata de mortalitate a populației vârstnice pe sexe, medii și tranșe de vârstă, în anul 2009.....	282
33. Ratele de mortalitate generale și ale persoanelor vârstnice (65 ani plus), diferențiate pe medii de rezidență, pe sexe și pe cauze de deces în anii 2009 și 2008.....	283
34. Incidența principalelor clase de boli la nivelul întregii populații și al populației vârstnice, pe sexe și pe medii.....	285
35.Incidența numărului de ieșiri din spital, pe principalele clase de boli la nivelul întregii populații și al populației vârstnice, pe sexe și pe medii în anii 2009 și 2008.....	291
36.Procentul pensionarilor după starea de sănătate autodeclarată, în total pensionari, în Statele Membre UE-27 în anul 2009.....	293
37. Procentul persoanelor vârstnice cu afecțiuni cronice în total persoane vârstnice,pe tranșe de vârstă și sexe, în Statele Membre UE-27, în anul 2009.....	294
38. Procentul cheltuielilor publice de sănătate în produsul intern brut în anul 2007 și prognoză anii 2010,2020, 2030,2040,2050 și 2060, în Statele Membre UE-27.....	295
39.Lista organizațiilor neguvernamentale care desfășoară programe pentru persoanele vârstnice și care au primit subvenții pe baza Legii nr. 34/1998, în anul 2010 (extras din anexa la Ordinul MMFPS nr.1857/29.12.2009)	296
40. Procentul din PIB alocat cheltuielilor pentru îngrijirile de lungă durată, in Statele Membre ale Uniunii Europene, anul 2007și prognoză 2060.....	298
41. Numărul persoanelor dependente (65peste),număr absolut și procente, în Statele Membre UE-27, anul 2007 și prognoză 2060.....	299
42.Situația răspunsurilor,pe grade de acord/dezacord la afirmația-"Pe termen lung (20 ani)- Ponderea principală a îngrijirii vârstnicilor trebuie să rămână în sarcina societății privită ca un întreg mai mult decât în sarcina familiilor individuale", în Statele Membre UE-27.....	300
43. Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27,în funcție de soluțiile exprimate pentru persoanele din următoarea situație:"Unul din părinți (persoană vârstnică) locuiește singur și nu se mai poate descurca fără ajutor regulat din cauza stării de sănătate fizice sau psihice.".....	301
44. Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27,care si-au exprimat acordul sau dezacordul în legătură cu următoarea afirmație:"Fiecare persoană ar trebui să fie obligată să contribuie la un sistem de asigurare care îi va finanța îngrijirea dacă și atunci când este nevoie.".....	302
45. Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27,care si-au exprimat acordul sau dezacordul in legătură cu următoarea afirmație: "Copiii ar trebui să plătească pentru îngrijirea părinților lor, dacă venitul părinților nu este suficient"	303
46. Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27,care si-au exprimat acordul sau dezacordul in legătură cu următoarea afirmație:"Dacă o persoană devine dependentă și nu poate plăti pentru îngrijire din venituri proprii, apartamentul sau casa sa ar trebui să fie vândute sau închiriate pentru a suporta plata îngrijirii"	304
47.Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care si-au exprimat acordul sau dezacordul in legătură cu următoarea afirmație: "Personalul specializat de îngrijire al persoanelor vârstnice dependente este foarte dedicat și face o treabă excelentă".....	305
48.Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27,care și-au exprimat acordul sau dezacordul in legătură cu următoarea afirmație: "Multe persoane vârstnice dependente devin victime ale abuzurilor celor care ar trebui să aibă grijă de ei (rude sau îngrijitorii profesioniști)".....	306
49.Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care si-au exprimat opinii în legătură cu următoarele opțiuni: "Ați putea, să îmi spuneți dacă, tratamentul neadecvat, neglijarea și abuzul persoanelor în vârstă dependente este foarte răspândit, destul de răspândit, destul de rar sau foarte rar în țara dvs?".....	307

50. Procentul cetătenilor Statelor Membre UE-27, care au considerat “risc destul sau risc mare” în legătură cu următoarele situații la care pot fi expuse persoanele în vârstă dependente: “Condiții neadecvate de locuit, lipsă de atenție la nevoile fizice, deteriorarea sănătății datorită îngrijirii inadecvate, abuz psihologic, abuz asupra proprietății, abuz fizic, abuz sexual”	308
51. Procentul cetătenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat opinii în legătură cu următoarea întrebare: “Care sunt persoanele cel mai probabil responsabile pentru tratamentele necorespunzătoare, neglijarea sau abuzul persoanelor vârstnice dependente?”	309
52. Procentul cetătenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat opinii în legătură cu următoarea întrebare: “Care ar fi cele mai bune metode de prevenire a tratamentelor necorespunzătoare, a neglijării sau a abuzului persoanelor vârstnice?”	310

INTRODUCERE

Analiza prezintă aspecte **actuale și de perspectivă** ale situației socio-economice ale populației vârstnice din **România**, pe domenii: venituri, cheltuieli, gradul de sărăcie, sistemul de pensii, serviciile de sănătate, starea de sănătate subiectivă, serviciile de asistență socială (îngrijire la domiciliu) și reinsertia profesională.

Scopul lucrării îl constituie prezentarea în paralel a situației socio-economice a populației vârstnice din **România** și din Statele Membre ale Uniunii Europene, în condițiile în care fenomenul îmbătrânirii populației tinde să ia amploare.

În funcție de disponibilitatea datelor, pentru **prezent** au fost considerate date din anii 2007-2010, iar pentru viitor, prognoze la nivelul anului 2060¹ (pentru principalele domenii) sau din perioada 2020-2050², pentru proiecțiile populației și calculele derivate din ele (rata de dependență de vârstă).

Fenomenul global al îmbătrânirii populației va genera dezechilibre în sistemele publice de pensii, serviciile de asistență socială și serviciile de sănătate, din țările membre ale Uniunii Europene, reprezentând o provocare pentru guvernele și factorii de decizie din aceste țări în vederea reformării acestor sisteme.

Datele prezentate în lucrare sunt preluate din documentele statistice și din analizele unor cercetări realizate în cadrul Institutului de Cercetare a Calității Vieții și Institutului Național de Statistică din **România**, precum și din Eurobarometre - studii bazate pe informații din anchetele organizate la nivel național și publicate de EUROSTAT.

În cazul Eurobarometrelor, pentru unele țări pot exista distorsiuni privind reprezentativitatea datelor, precum și dificultăți de comparare, cauzate de:

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

¹Prognozele pe domenii, pentru anul 2060, se bazează pe ultima proiecție EUROSTAT a populației țărilor membre UE-2007(EUROPOP2008) și pe diverse scenarii de evoluție, care au luat în calcul situația actuală și perspectivele de la nivelul fiecărei țări membre, pentru restul indicatorilor implicați

² <http://esa.un.org/unpp>

- unii din indicatori folositi la nivel national nu au un “echivalent” in definitiile si in nomenclatoarele folosite la nivelul EUROSTAT-ului.

Problemele mentionate nu reduc insa valoarea generala a datelor, deoarece acestea sunt prezentate si interpretate, tinandu-se seama de aria de actiune geografica, conditiile specifice ale tarii respective si de aspectul abordat.

Ne referim la varstnici (+65 ani sau +60 ani) sau la “pensionari³”, in functie de sursa datelor, ca la categorii interschimbabile din punctul de vedere al obiectivelor analizei. Deși nu toti varstnicii sunt pensionari si nu toti pensionarii se incadreaza in varsta de 65 (60) ani si peste, exista, totusi o arie foarte mare de suprapunere.

Persoanele varstnice formeaza un grup eterogen din punct de vedere al varstei, calificării, sexului, stării civile, venitului etc, iar situatia lor socio-economica depinde covarsitor de gradul de sustenabilitate economica a tarii lor, de respectarea drepturilor si nevoilor acestei categorii de populatie intr-un anumit mediu institutional, de politici si intr-un anumit context comunitar si societal.

România se situeaza pe un loc codaș in privinta multor indicatori referitori la gradul de dezvoltare socio-economica generala, dar si referitor la multe aspecte care privesc strict conditia varstnicilor. De exemplu, pentru PIB-ul pe cap de locuitor, exprimat in prețuri comparabile, raportat la media Uniunii Europene (UE-27), **România** a avut in anul 2009 o cota de 46 unitati, urmată doar de Bulgaria cu 44 unitati, la polul opus al dezvoltării situându-se, la acest indicator, Luxemburg (271), Olanda (131), Irlanda (127) si Austria (124 unitati).

Data fiind aceasta situatie, analiza isi propune evidentierea principalelor deficiente ale sistemelor amintite in protejarea intereselor si drepturilor persoanelor varstnice din **România**, propunand solutiile de ameliorare a situatiei acestora, unele din ele desprinse din practica altor tari sau din strategiile de reforma/principiile generale ale Uniunii Europene.

³Pensionar – persoana care are ca sursa principala de venit pensia dobândita pentru munca si limita de varsta, inclusiv pentru munca prestată in agricultura, pentru pierderea capacității de munca sau pensie de urmaș, de invaliditate, orfan sau văduvă de război sau persoană beneficiară de ajutor social (de tip pensie).

ÎMBĂTRÂNIREA POPULAȚIEI ȘI ACTIVIZAREA VÂRSTNICILOR

2.1. Conceptul "îmbătrânește și rămâi activ"

2.1.1. Proiecțiile populațiilor și îmbătrânirea demografică

De-a lungul ultimelor decenii, proiecțiile populațiilor au indicat accelerarea îmbătrânirii populației, ridicând astfel semnale de alarmă privind consecințele acestui proces. Speranța de viață este în creștere, ratele de fertilitate sunt în scădere, iar generațiile născute în perioadele de maximă fertilitate sunt pe cale de a ieși din activitate, urmând să mărească, în viitorul apropiat, numărul pensionarilor. Existența acestor factori a condus la dezbateri privind modul în care Statele Membre vor face față impactului pe care modificarea structurii pe grupe de vârstă a populațiilor îl va avea asupra finanțelor publice, a numărului de salariați, creșterii economice și a altor "zone" ale politicului.

În particular, Direcția Generală pentru Afaceri Economice și Financiare (DG ECFIN) a Comisiei Europene analizează influența pe care îmbătrânirea populației o are asupra cheltuielilor publice. Mai precis, DG ECFIN face proiecții pentru acele cheltuieli publice care sunt afectate în mod direct de îmbătrânirea populațiilor, respectiv -pensii, sănătate și îngrijirea de lungă durată.

Proiecțiile populațiilor sunt un instrument "cheie" în evaluarea sustenabilității pe termen lung a finanțelor publice în Statele Membre. DG ECFIN a lansat "Raport asupra Îmbătrânirii - 2009" – proiecții economice și bugetare pentru Statele Membre UE-27 (2008-2060).

În plus, Direcția Generală pentru Ocuparea Forței de Muncă, Politici Sociale și Egalitate de Șanse (DG EMPL) semnalează principalele provocări în domeniul economic, bugetar și social și propune strategii noi care să facă față schimbărilor demografice. În acest caz, DG EMPL, a lansat un Comunicat către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European, Comitetul Regiunilor, intitulat Confruntarea cu impactului îmbătrânirii populației în UE-27, un rezumat al publicației "Raport asupra Îmbătrânirii - 2009".

Proiecțiile populației înglobează diverse scenarii al căror scop este să furnizeze informații despre dimensiunea probabilă și structura pe grupe de vârstă a populației. Ultimul scenariu de prognoză al populației EU-27, EUROPOP2008 se bazează pe anumite scenarii de fertilitate, mortalitate și migrație. În particular, scenariile au fost dezvoltate sub conceptul de convergență a valorilor demografice, ca rezultat al reducerii diferențelor socio-economice și culturale între diverse State Membre. Acest scenariu este folosit la nivel de bază în analizele Comisiei Europene asupra impactului îmbătrânirii asupra cheltuielilor publice. Pe baza datelor din EUROPOP2008, în capitolele următoare, este analizată, expansiunea fenomenului îmbătrânirii la nivelul EU-27, dar și la nivelul Statelor Membre.

2.1.2. Îmbătrânirea demografică: un triumf dublat de o provocare

Îmbătrânirea demografică este o reușită a politicilor de sănătate publică, a dezvoltării economice și sociale și reprezintă una din cele mai mari victorii ale umanității, precum și una din cele mai mari provocări cu care trebuie să ne confruntăm. La începutul secolului 21, îmbătrânirea mondială impunea soluții economice și sociale în toate țările, ridicând numeroase chestiuni de fond responsabililor politici. Exemple: Cum ar trebui ajutate persoanele vârstnice să rămână independente și active? Cum sunt intensificate politicile de promovare a sănătății și prevenire a bolilor, în special a celor care afectează persoanele vârstnice? Durata vieții a crescut, dar cum putem ameliora calitatea vieții pe parcursul bătrâneții? Numărul de persoane vârstnice în continuă creștere “va falimenta” sistemele de sănătate sau de securitate socială? Cum se poate obține un echilibru optim între familie și societate, atunci când e nevoie de ocuparea persoanelor vârstnice care au nevoie de ajutor? Cum recunoaștem rolul esențial pe care îl avem ajutând persoanele în vârstă și ce sprijin le putem furniza?

Pe de altă parte, persoanele vârstnice constituie o resursă importantă, dar adeseori necunoscută și neexploatăată, care își poate aduce contribuția în societate.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că țările își pot permite să îmbătrânească, dacă guvernele, organismele internaționale și societatea civilă ar adopta politici și programe care să ajute să “îmbătrânim și să rămânem activi”, adică să favorizeze sănătatea, participarea și securitatea cetățenilor vârstnici. Aceste politici și programe trebuie să se bazeze pe drepturile, nevoile, preferințele și capacitățile persoanelor vârstnice. În acest cadru se justifică să fie adoptată o perspectivă globală asupra vieții care să țină seama de influența stilului de viață avut asupra felului în care o persoană îmbătrânește.

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

a)Revoluția demografică

La nivelul UE-27, ponderea persoanelor de 60 ani și peste, în total, va crește mai rapid decât ponderea oricărui alt segment de vârstă, în perioada de prognoză 2020-2060. În anul 2030, respectiv 2060, numărul vârstnicilor va ajunge, la nivelul UE-27, la 155,0 milioane, respectiv 180,7 milioane, cu 33,9%, respectiv 56,0% mai mult decât în 2010, reprezentând un procent de 30,7%, respectiv 35,7% în total, față de 23,1% în 2010 (Anexa nr.1). Procentul femeilor vârstnice în total femei, în anul 2030, respectiv 2060, va reprezenta 33,5%, respectiv 38,0% față de 25,6% în 2010, fiind net superior procentului bărbaților vârstnici în total bărbați: 27,8% - 2030, 33,4% - 2060, respectiv 20,5% - 2010.(Anexa nr.1).

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

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

Ușoara redresare a Indicele conjunctural al fertilității⁴ (ICF) la nivelul UE-27, în anii 2030(1,60), respectiv 2060(1,64), comparativ cu 2008(1,54), nu va genera o îmbunătățire a situației – procentele deținute de vârstnici, în total populație, la nivel UE-27, dar și pentru fiecare Stat Membru în parte, vor rămâne îngrijorătoare.(Anexa nr.2). Potrivit proiecției, acest indicator va crește în toate Statele Membre, cu excepția Irlandei și Franței unde va scădea, dar va rămâne peste 1,85, iar în Danemarca, Finlanda, Suedia și Marea Britanie va rămâne stabil. Totodată, ICF va rămâne sub nivelul de înlocuire al generațiilor, astfel recuperarea generată de creștere va fi moderată. Cea mai mare creștere a acestui indicator este proiectată să aibă loc în Slovacia, Polonia, **România** și Slovenia, care au cele mai mici valori în 2008. Această creștere este proiectată să se producă gradual, astfel valoarea ICF în aceste țări se va apropia de abia în anul 2060 de valoarea UE-27 din 2008(1,54).

Urmare a acestui proces, ponderea persoanelor de 60 ani și peste și a persoanelor de 80 ani și peste va fi în creștere în majoritatea țărilor europene, așa cum rezultă din tabelul nr.1 și tabelul nr.2.

⁴ Indicele conjunctural al fertilității se calculează prin însumarea ratelor de fertilitate pentru fiecare an din intervalul [15-49] și apoi se raportează la 1.000 și reprezintă în medie numărul de copii născuți de o femeie în cursul vieții sale fertile.

Tabelul nr.1

**Evoluția procentului persoanelor de 60 ani și peste
-procente-**

Nr crt	Țara	2010 ⁵	Țara	2030	Țara	2060
1	Italia	26,3	Germania	36,5	Slovacia	42,4
2	Germania	25,9	Italia	34,8	Polonia	42,3
3	Suedia	24,8	Austria	32,5	România	41,0
4	Grecia	24,8	Grecia	31,6	Lituania	40,9
5	Finlanda	24,4	Portugalia	31,6	Bulgaria	39,6
6	Bulgaria	24,3	Slovenia	31,4	Letonia	39,3
7	Portugalia	23,6	Spania	31,4	Malta	39,0
8	Danemarca	23,0	Finlanda	31,2	Slovenia	39,0
9	Austria	23,0	Olanda	30,8	Cehia	38,9
10	Belgia	23,0	Belgia	30,7	Italia	38,8

Se observă că majoritatea țărilor (exceptii –Bulgaria, Danemarca, Suedia), se vor menține în primele 10 poziții ca procent al populației de 60 ani și peste și în 2030, iar în 2060, doar Bulgaria, revine în acest top, restul fiind țări noi, ceea ce semnifică faptul că la sfârșitul orizontului de prognoză în unele țări procesul se va ameliora, iar în altele va lua amploare. De reținut și poziția **României**, în anul 2060, pe poziția a treia, cu 41,0% din totalul populației format din persoane de 60 ani și peste (Anexa nr.2).

Populația de 80 ani și peste va "exploda" în următorii ani, ajungând, la nivelul UE-27, în 2030 și 2060 la 35,3 milioane (7,0%), respectiv 61,4 milioane (12,1%) față de 23,3 milioane (4,6%) în 2010. Procentul femeilor de 80 ani și peste în total femei, în anul 2030, respectiv 2060, va reprezenta 8,7%, respectiv 14,1% față de 6,0% în 2010, fiind net superior procentului bărbaților de 80 ani și peste în total bărbați: 5,2% - 2030, 10,2% - 2060, respectiv 3,2% - 2010.(Anexa nr.1).

Tabelul nr.2

Evoluția procentului persoanelor de 80 ani și peste

-procente-

Nr crt	Țara	2010 ⁶	Țara	2030	Țara	2060
1	Italia	5,8	Italia	8,8	Bulgaria	12,8
2	Suedia	5,3	Germania	8,0	Cehia	13,4
3	Franța	5,2	Finlanda	7,9	Ungaria	12,6
4	Germania	5,1	Franța	7,9	Polonia	13,1
5	Belgia	4,9	Suedia	7,6	România	13,1
6	Spania	4,9	Austria	7,1	Slovacia	13,2
7	Austria	4,8	Belgia	7,1	Danemarca	10,0
8	Finlanda	4,6	Danemarca	6,9	Estonia	10,7
9	Grecia	4,6	Portugalia	6,9	Finlanda	10,8
10	Marea Britanie ⁷	4,5	Malta	6,8	Irlanda	9,6

⁵ Procentul persoanelor de 60 ani și peste este calculat pe baza datelor privind populația pe grupe cinci-ale de vârstă, la 1 ianuarie 2010.

⁶ Procentul persoanelor de 80 ani și peste este calculat pe baza datelor privind populația pe grupe cinci-ale de vârstă, la 1 ianuarie 2010;

⁷ Pentru Marea Britanie, ultimele date disponibile au fost pentru 1 ianuarie 2009.

Se observă că majoritatea țărilor (excepții –Grecia, Marea Britanie, Spania), se vor menține în primele 10 poziții ca procent al populației de 80 ani și peste și în 2030. La orizontul anului 2060, majoritatea țărilor vor ieși din top, fiind înlocuite de altele noi, Finlanda fiind singura țară care își va păstra poziția în clasament în toți anii selectați pentru analiză. De reținut și poziția **României**, în anul 2060, pe poziția a cincea, cu 13,1% din totalul populației format din persoane de 80 ani și peste. (Anexa nr.3).

b)Rata de dependență de vârstă

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

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

Evoluția situației primelor 10 țări din UE-27, din punct de vedere al ratelor de dependență de vârstă în anii 2030 și 2060 este prezentată în tabelul nr-ul 3:

Tabelul nr.3

Evoluția ratelor de dependență de vârstă

-procente-

Nr crt	Țara	2010⁸	Țara	2030	Țara	2060
1	Germania	31,4	Germania	46,2	Polonia	68,9
2	Italia	30,8	Finlanda	43,9	Slovacia	68,5
3	Grecia	28,4	Italia	42,5	Lituania	65,5
4	Suedia	27,7	Slovenia	40,8	România	65,3
5	Portugalia	26,7	Olanda	40,0	Letonia	64,4
6	Austria	26,1	Malta	39,1	Bulgaria	63,7
7	Belgia	26,0	Franța	39,0	Slovenia	62,2
8	Franța	25,7	Grecia	38,5	Cehia	61,5
9	Finlanda	25,6	Austria	38,1	Italia	59,4
10	Bulgaria	25,4	Danemarca	37,9	Malta	59,3

Se observă că doar 2 țări: Austria, Italia se vor menține în primele 10 poziții ca valoare a ratei de dependență de vârstă în ambele orizonturi de prognoză, pe când Bulgaria, Grecia, Portugalia coboară din clasament în perioada 2025-2030, fiind înlocuite de Cehia, Malta, Slovenia, urmând ca Belgia, Finlanda, Franța, Germania, Malta, Suedia să în coboare sub primele 10 poziții în perioada 2045-2050, fiind înlocuite de Bulgaria, Grecia, Polonia, Portugalia, Slovacia și Spania.

⁸Rata de dependență de vârstă este calculată pe baza datelor privind populația pe grupe cincinale de vârstă, la 1 ianuarie 2010;

În prezent (ianuarie 2010), rata de dependență de vârstă are cele mai mari valori în: Germania (31,4%), Italia (30,8%), Grecia (28,4%) și cele mai mici în Cipru (18,6%), Slovacia (16,9%), Irlanda (16,8%) (Anexa nr.4)

Se observă că o parte din țări (excepții – Belgia, Bulgaria, Portugalia, Suedia), se vor menține în primele 10 poziții ca rată de dependență și în 2030. La orizontul anului 2060, toate țărilor din top, vor fi noi. De reținut și poziția **României**, în anul 2060, pe poziția a cincea, cu rată de dependență de 65,3% (1 iulie 2010).(Anexa nr.4).

La nivelul **României**, la 1 iulie 2010, rata de dependență a fost de 21,3%, iar pe regiuni: Sud-Muntenia (24,4%), Sud-Vest (23,7%), Nord-Est (21,1%) Sud-Est (21,1%), Vest (20,1), Centru (20,1%), Nord-Vest (20,0%) și București-Ilfov (19,3%).

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

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

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

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

2.1.3. “Îmbătrânește și rămâi activ”

a)Semnificația conceptului

Îmbătrânește și rămâi activ este un proces constant în scopul optimizării posibilităților de a rămâne în bună sănătate, de participare și securitate în scopul sporirii calității vieții⁹ de-a lungul bătrâneții. Conceptul se aplică la toate persoanele vârstnice, individual și colectivităților. O bătrânețe activă permite persoanelor vârstnice să își mențină un potențial bun psihic, social și mental de-a lungul vieții lor și să se implice în societate conform nevoilor, dorințelor și capacităților lor, într-un cadru de protecție, securitate și îngrijiri adaptate la nevoile lor.

⁹Calitatea vieții – este percepția unei persoane despre locul său în societate, în contextul cultural și al sistemului de valori local, raportat la obiectivele, așteptările, normele și preocupările. Este vorba de un larg câmp conceptual, înglobând maniera complexă a stării fizice a unei persoane, starea sa psihologică, nivelul său de independență, relațiile sociale, credințele personale și relația sa cu specificul mediului său.

Totodata, termenul de “activ” desemneaza o implicatie constanta in activitati economice, sociale, spirituale, culturale si civice. De asemenea, persoanele varstnice care accepta sa se retraga, cele care sunt bolnave sau cu un handicap fizic pot sa continue sa isi aduca aportul in familie, langa contemporani, in cadrul comunitatii. Ca termen “batranetea activa” permite tuturor persoanelor varstnice, inclusiv celor care sunt fragile, cu handicap si au nevoie de ingrijire sa isi prelungeasca speranta de viata in buna sanatate¹⁰. Conform definitiei sanatatii de catre Organizatia Mondiala a Sanatatii, in cadrul “batranetii active”, programele si politicile trebuie sa favorizeze sanatatea mentala, legaturile sociale si starea de sanatate fizica.

Este primordial, in primul rand pentru persoanele varstnice si in al doilea rand pentru politicieni, ca fiecare sa ramana autonom¹¹ si independent¹². Persoanele varstnice traiesc printre alte persoane – prieteni, colegi vechi, vecini si membri de familie. De aceea, principiile independentei si solidaritatii intergenerationale sunt importante pentru o batranete activa. Copiii de ieri sunt adulti de azi si vor fi bunicii de maine. Calitatea vietii de care vor beneficia “bunicii” va depinde de circumstantele pozitive si negative de la inceputul existentei lor, precum si de formele de ajutor si sprijin furnizate lor de generatiile urmatoare atunci cand vor avea nevoie.

Expresia “imbatranește si ramai activ” a fost adoptata de la Organizatia Mondiala a Sanatatii la finele anilor '90 si initial a vrut sa transmita un mesaj mai complet si anume ca “imbatranește in buna sanatate” include, in afara de ingrijiri si sanatate, factori suplimentari care influenteaza modul in care imbatranește individul si populatia.

Acest concept a fost precedat de recunoasterea drepturilor persoanelor varstnice si a Principiilor¹³ Națunilor Unite aplicabile persoanelor varstnice.

b) “Imbatranește si ramai activ” in perspectiva globala a vietii

Pe masura ce persoanele varstnice imbatranesc, maladiile non-transmisibile devin principala cauza a morbiditatii, a incapacitatii si a mortalitatii in toate regiunile lumii. Maladiile non-transmisibile, care sunt in mod esential maladiile batranetii (si se agraveaza pe masura ce se avanseaza in varsta), sunt costisitoare pentru individ, familie si finantele publice. Este oricand posibilă evitarea sau intarzierea aparitiei numeroaselor maladii non-transmisibile. Daca nu se face

¹⁰Speranta de viata in buna sanatate – sau speranta de viata fara incapacitati, se calculeaza de obicei la varsta de 65 ani si reprezinta numarul mediu de ani, fara probleme de sanatate, pe care ii mai are de trait o persoana ajunsa la aceasta varsta.

¹¹Autonomia - este aptitudinea perceputa de a stapani, ajusta si lua decizii privitor la viata sa personala, in conformitate cu propriile reguli si preferinte.

¹²Independenta - este in mod general definita precum capacitatea achitarii de sarcinile zilnice cotidiene, adica maniera de a ramane independent in mediul sau de domiciliu fara ajutor exterior sau cu un ajutor exterior minim.

¹³Principiile Națunilor Unite pentru persoanele de varsta a III a sunt:independenta, participarea, ingrijirea, auto- realizarea si demnitatea.

nimic pentru a preveni sau depăși dezvoltarea acestor maladii, ele vor genera enorme costuri umane și sociale care vor absorbi o cantitate disproporționată de resurse care ar putea fi utilizate pentru rezolvarea problemelor de sănătate pentru alte tranșe de vârstă. Printre principalele maladii non – transmisibile care afectează persoanele în vârstă, sunt: maladiile cardio-vasculare, hipertensiunea, accidentele vasculare cerebrale, diabet, cancer, bronho-pneumonie cronică obstructivă, afecțiuni osteo-musculare și deficiențele de vedere. Printre factorii de risc ce apar la vârsta adultă sunt: consumul de tutun, lipsa exercițiului fizic, alimentația dezechilibrată etc, aceștia determinând un risc mai mare de a contracta o maladie non-transmisibilă la o vârstă avansată.

c)Politici și programe în favoarea unei bătrâneți active

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

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

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

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

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

Deși tendința actuală în unele țări este favorabilă pensionărilor anticipate, datorită politicilor sociale care încurajează persoanele să se pensioneze prea devreme, o dată cu accelerarea fenomenul îmbătrânirii, deja s-au făcut presiuni mari în vederea modificării acestor politici pentru menținerea cât mai mult în activitate a persoanele vârstnice care și-au conservat starea de sănătate. Activitatea acestora ar contribui la compensarea creșterii cheltuielilor generate de pensii, precum și a cheltuielilor de ordin medical și social. Incapacitățile și starea de sănătate rea – asociate adesea persoanelor vârstnice sunt costisitoare. De aceea, o stare de sănătate bună în rândul persoanelor vârstnice ar putea conduce la o creștere mai puțin rapidă a cheltuielilor medicale.

2.1.4.Factorii de influență pentru o bătrânețe activă

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

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

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

a)Factori generali

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

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

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

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

În multe societăți, femeile au o condiție socială inferioară, un acces mai restrâns la alimente hrănitoare, la educație, la un serviciu adecvat sau la îngrijiri. Rolul tradițional al femeii de a avea în principal grijă de familie, ar putea contribui la faptul că femeile sunt mai sărace și într-o stare de sănătate mai proastă când ajung la vârste avansate.Unele femei sunt constrânse să își părăsească serviciul pentru a se ocupa de familie. Alte femei nu au acces la muncă remunerată deoarece au rolul de a-și ajuta în mod nerenumerat familia - se ocupă de copii, de părinții vârstnici sau de soții

bolnavi. La randul lor, baietii si barbatii sunt mai susceptibili de a suferi de traumatisme si accidente de munca, de a deceda in urma violentei. Ei adopta comportamente periculoase – cum ar fi consumul de tutun, alcoolul si drogurile si se expun la riscuri de traumatisme.

b)Factori sanitari si sociali

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

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

⇒ Promovarea sănătății și prevenirea bolilor

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

⇒ Servicii curative

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

Pe măsură ce populația îmbătrânește, cererea de medicamente destinate întârzierii aparițiilor bolilor cronice și tratării lor, liniștirii suferinței și ameliorării calității vieții, va crește. Pentru aceasta trebuie intensificate eforturile de a crește accesul la medicamentele esențiale, sigure și ieftine și pentru o mai bună garantare a folosirii corecte, eficiente și economice a medicamentelor

actuale și noi. Partenerii acestei acțiuni ar trebui să fie guvernării, profesioniștii în domeniul sănătății, industria farmaceutică, angajații și asociațiile ce reprezintă persoanele vârstnice.

⇒ **Îngrijirile de lungă durată**

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

⇒ **Servicii de sănătate mentală**

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

c) Factori comportamentali

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

⇒ **Fumatul**

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

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

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

⇒ **Activitatea fizică**

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

⇒ **O alimentație sănătoasă**

Printre problemele de nutriție și securitate alimentară figurează, la toate vârstele sub-nutriția și sub-consumul de calorii. La persoanele vârstnice, malnutriția poate avea tot felul de cauze: accesul limitat la alimente, dificultățile socio-economice, ignorarea problemelor de nutriție, proasta igienă alimentară (ex: consumul de alimente prea grase), consumul de droguri, pierderea dinților, izolarea socială, incapacitatea cognitivă și fizică de a cumpăra alimente și de a le găti, situații de urgență și lipsa exercițiului fizic.

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

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

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

⇒ **Sănătatea buco-dentală**

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

⇒ **Alcoolul**

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

⇒ **Medicamentele**

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

⇒ **Urmărirea tratamentelor**

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

d)Factori personali

⇒ **Biologia și genetica**

Biologia și genetica au un mare grad de influență asupra manierei în care o persoană îmbătrânește. Bătrânețea se poate defini ca o alterare generală progresivă a funcțiilor antrenând pierderea răspunsului la stimuli, pe măsură ce crește riscul de patologie asociat vârstei. Cu alte

cuvinte, persoanele vârstnice se îmbolnăvesc mai degrabă decât cele tinere, deoarece au fost expuse mai mult timp factorilor externi, comportamentali și de mediu provocatori de maladii.

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

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

De fapt, influența factorilor genetici asupra afecțiunilor cronice, precum diabetul, cardiopatiile, maladia Alzheimer și anumite tipuri de cancer variază de la un individ la altul. Adesea comportamentele legate de modul de viață, de capacitățile personale de a face față existenței într-o rețea de rude și prieteni, poate, în practică modifica influența eredității asupra declinului funcțional și apariției maladii.

e)Factori psihologici

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

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

f)Factori care privesc dezvoltarea fizică

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

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

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

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

⇒ **O locuință sigură**

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

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

⇒ **Accidentele**

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

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

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

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

g)Factori care privesc mediul social

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

⇒ **Sprijinul social**

Sprijinul social insuficient este asociat nu numai cu creșterea mortalității, morbidității și pericolului psihologic, dar și într-o manieră generală, cu o stare de sănătate și de bine mai slabă. Modificările în legăturile personale, izolarea, relațiile conflictuale sunt surse majore de stres, iar relațiile de sprijin social și de apropiere sunt surse vitale de forță psihică.

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

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

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

⇒ **Violența și abuzul**

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

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

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

⇒ **Educația**

La persoanele vârstnice, nivelul scăzut de educație este asociat cu riscuri crescute de incapacitate. Educația primită în copilărie, conjugată cu posibilitățile de formare pe parcursul vieții,

poate oferi persoanelor varstnice aptitudini cognitive și de încredere pentru a se adapta și rămâne independente.

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

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

h)Factori economici

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

⇒ Veniturile

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

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

⇒ Protecția socială

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

De regula, prestatiile sociale pot lua forma: pensiilor, regimurilor complementare de retragere organizate de angajator, stimularea economiilor, fondurile de contributii obligatorii, economii obligatorii pentru: boli, invaliditate si dependenta.

In cursul ultimilor ani, reformele aplicate sunt favorabile unui ansamblu diversificat de regimuri de retragere din activitate care combina sprijinul public si privat de anticipare a batranetii, favorizeaza prelungirea carierei si intreruperea progresiva a activitatii.

⇒ **Munca**

In toate tarile, este din ce in ce mai evidenta necesitatea de a sustine contributia activa, pe care persoanele varstnice o pot aduce si o aduc efectiv in sectorul formal si informal, activitatile neremunerate la domiciliu si ocupatiile voluntare.

In multe tari, persoanele varstnice calificate si experimentate muncesc benevol in scolii, colectivitati, institutii religioase, companii si structuri politice si sanitare. Prin aceste activitati, persoanele varstnice au multiple contacte sociale, isi imbunatatesc starea psihologica de bine si cu aceasta ocazie isi aduc o contributie apreciabila in cadrul comunitatii lor.

2.1.5. Provocarea unei populatii imbatranite

Imbatranirea demografica lanseaza provocari europene, nationale si locale. Pentru a le depasi se va impune o planificare inovatoare si o reforma fundamentala a politicilor sociale si medicale.

a) Riscul de incapacitate

Bolile cronice constituie cauzele importante si costisitoare de incapacitate si de o calitate mai slaba a vietii. Independenta unei persoane varstnice este ameninata de incapacitati fizice si mentale.

Pe masura ce avanseaza in varsta, persoanele care sufera de incapacitati, riscă sa intalneasca obstacole suplimentare legate de batranete. De exemplu, problemele de mobilitate cauzate de o poliomielită contractată în timpul copilăriei se pot agrava în cursul bătrâneții. Acum un număr mare de persoane suferind de handicap mental ajung la vârste avansate și trăiesc mai mult ca părinții lor, de aceea, factorii de decizie trebuie să acorde o atenție specială acestui grup. Incapacitățile sunt datorate vârstei, uzurii, apariției unei boli cronice care ar putea fi evitate (cancerul de plămân, diabetul, maladiile vasculare periferice) sau maladiile degenerative (de exemplu: demența). Riscul de incapacitate majoră fizică și cognitivă crește foarte sensibil cu vârsta. Astfel, este semnificativ faptul că la nivelul UE-27, grupul celor de 80 ani și peste crește cel mai repede.

Factorii care pot determina evitarea sau involuția incapacităților asociate cu vârsta și apariția maladiilor cronice sunt: nivelul de educație, ameliorarea nivelului de viață, o mai bună stare de

sănătate la începutul vieții, adoptarea unui comportament și a unui stil de viață favorabil sănătății (exemplu: a alege să nu fumezi și creșterea activității fizice reduce sensibil riscul cardiopatiei și al altor maladii).

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

⇒ **Acuitatea vizuală și auditivă**

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

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

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

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

⇒ **Un mediu sănătos**

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

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

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

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

b) Organizarea îngrijirii populației vârstnice

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

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

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

Peste tot în lume, membrii de familie, prietenii și vecinii asigură în principal sprijin și îngrijire adulților vârstnici care au nevoie de ajutor. Tendințele demografice recente sunt uneori îngrijorătoare deoarece ele indică: o creștere a proporției femeilor fără copii, o modificare a comportamentelor

cuplurilor în materie de divorț și căsătorie și o diminuare masivă a generațiilor de copii coresponsabile “viitoarelor” generații de persoane vârstnice, factori care contribuie la reducerea sprijinului din partea familiei.

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

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

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

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

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

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

c)Etica și inegalitățile

Procesul de îmbătrânire impune un complex de considerații etice. Acestea se referă adesea la discriminarea legată de vârstă, atunci când se atribuie resurse, la o serie de dileme asociate cu

îngrijirile de lungă durată și la drepturile omului în contextul persoanelor vârstnice sărace și/sau handicapate. Progresele științifice și medicina modernă ridică numeroase întrebări etice legate de cercetările și manipulările genetice, de biotehnologie, de utilizarea celulelor stem și de utilizarea tehnologiei în prelungirea vieții în detrimentul calității sale.

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

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

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

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

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

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

d)Un nou model

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

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

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

2.1.6. Susținerea conceptului “îmbătrânește și rămâi activ”

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

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

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

Conceptul se axează pe 3 piloni de bază:

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

◆ **Participarea.** Persoanele vârstnice este necesar să continue să își aducă contribuția productivă în societate sub formă de activități remunerate sau nu. Programele și politicile în domeniul pieței de muncă, angajărilor, sănătății și acțiunilor sociale susțin deplina participare a vârstnicilor la activități socio-economice, culturale și spirituale, cu respectarea drepturilor fundamentale ale persoanei, a capacităților, nevoilor și preferințelor acestora.

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

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

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

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

2.2. Participarea vârstnicilor pe piața forței de muncă

2.2.1. Introducere

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

Europarlamentarii îndeamnă Comisia Europeană și Statele Membre să acorde de urgență atenție sprijinului pentru încadrarea în muncă a lucrătorilor în vârstnici, având în vedere creșterea vârstei de pensionare în multe State Membre. Se propune să se promoveze instituirea de norme și convenții care să permită prelungirea vieții active, la cerere, dincolo de 65 de ani, cu beneficii fiscale și sociale atât pentru angajați, cât și pentru angajatori, conducând la un venit corespunzător al pensiei și la asigurarea succesului de durată al implementării reformelor în sistemele publice de pensii.

2.2.2.Rata de activitate a persoanelor varstnice(65ani și peste)

Țările cu un procent foarte redus de participare economică a persoanelor varstnice au fost în 2009: Slovacia (2,4%), Franța (2,7%) și Belgia (2,8%), iar la polul opus se situează Portugalia (22,7%) și **România** (23,6%). Pe sexe, pentru sexul feminin, primele poziții au fost ocupate de **România** (21,3%) și Portugalia (19,0%), iar ultimele de Franța(1,9%), Slovacia(1,6%), Belgia(1,3%), iar pentru sexul masculin pe primele locuri s-au situat Portugalia (27,3%) și **România** (26,8%), iar pe ultimele Belgia(4,6%), Slovacia(3,7%), Franța(3,5%). (Anexa nr.5).

În tabelul nr.4 se prezintă situația pe sexe, a țărilor care au ocupat în 2009, primele 10 poziții din punct de vedere a ratei de activitate a persoanelor varstnice comparativ cu prognoza pentru anul 2020:

Tabelul nr.4

Evoluția ratelor de activitate a persoanelor varstnice

-procente-

Nivel	Total				feminin				masculin			
	Nr crt	Țara	2009	Țara	2020	Țara	2009	Țara	2020	Țara	2009	Țara	2020
1	România	23,6	România	30,8	România	21,3	România	30,7	Portugalia	27,3	România	31,0
2	Portugalia	22,7	Portugalia	21,1	Portugalia	19,0	Portugalia	16,1	Romania	26,8	Portugalia	28,0
3	Cipru	17,3	Estonia	14,2	Estonia	14,0	Estonia	14,3	Cipru	25,6	Letonia	17,2
4	Estonia	16,2	Slovenia	11,0	Letonia	11,7	Slovenia	7,9	Estonia	19,9	Suedia	15,8
5	Letonia	14,7	Suedia	10,9	Marea Britanie	10,2	Suedia	6,9	Irlanda	19,9	Slovenia	15,4
6	Irlanda	13,4	Letonia	9,5	Cipru	9,7	Letonia	5,9	Letonia	19,8	Estonia	13,9
7	Marea Britanie	13,3	Irlanda	7,3	Suedia	9,1	Olanda	5,6	Marea Britanie	16,7	Irlanda	11,9
8	Suedia	12,7	Marea Britanie	6,2	Slovenia	7,4	Danemarca	4,4	Suedia	16,5	Marea Britanie	9,0
9	Danemarca	10,5	Olanda	5,9	Irlanda	7,2	Marea Britanie	4,0	Danemarca	15,5	Finlanda	7,7
10	Olanda	10,5	Cipru	4,5	Lituania	6,7	Cipru	4,0	Olanda	15,5	Lituania	7,1

Se observă că pe total, doar Danemarca coboară sub primele 10 poziții, în anul 2020, față de anul 2009, iar pe sexe, pentru sexul feminin, Irlanda și Lituania și pentru sexul masculin, Cipru, Danemarca și Olanda.

În majoritatea țărilor, ratele de activitate ale varstnicilor vor scădea în anul 2020 față de anul 2009, cu următoarele excepții (unde vor crește): pe total-**România**(7,2%), Slovenia(1,3%),iar pentru sexul masculin- **România** (4,2%), Slovenia(2,3%), Portugalia (0,7%).

În cea ce privește situația din **România**, o parte apreciabilă dintre persoanele varstnice corespunde definițiilor de populație activă, respectiv ocupată (conform AMIGO, în cursul săptămânii de referință au desfășurat o muncă oarecare, plătită sau aducătoare de venit, chiar dacă beneficiau de pensie). În perioada 2001–2009 rata de ocupare a populației de 65 ani și peste a scăzut de la 35,6% la 13,7%, respectiv la bărbați de la 40,5% la 16,7%, iar la femei de la 32,2% la 12,0%. În mediul rural, procentul a scăzut de la 56,2% la 23,4%, în timp ce în mediul urban a scăzut de la 4,0% la 1,4%.

Valorile ratei de ocupare sunt mai mari la bărbații vârstniciei decât la femeile vârstnice și mult mai mari în mediul rural decât în mediul urban. Prezența vârstnicilor de peste 65 ani pe piața muncii nu este determinată doar de o disponibilitate a acestora pentru o activitate aducătoare de venit ilustrând astfel „principiul activizării” al protecției sociale, ci mai degrabă de *nevoia* de a munci pentru câștigarea traiului zilnic, în condițiile absenței sau insuficienței surselor de venit (mai ales în mediul rural). Relevant este și faptul că, din populația activă de peste 65 de ani, doar 1,7% persoane au un nivel universitar de pregătire (2009).

2.2.3.Rata de activitate a salariaților vârstnici

Un indicator interesant de analizat din perspectiva vârstei efective de pensionare este rata de activitate a salariaților vârstnici¹⁴, în anul 2009. (Anexa nr.6).Pe total,acest indicator, variază de la Malta (28,1%), Polonia (32,2%), Ungaria (32,8), până la Marea Britanie (57,5%), Danemarca (57,5%), Estonia (60,4%), Suedia (70,0%) iar, pe sexe, pentru sexul feminin - variază de la Malta (11,2%), Polonia(21,9%), Slovenia (24,8%), Italia (25.4%) până la Letonia (53,3%), Finlanda (56,3%), Estonia (61,2%), Suedia (66,7%), iar pentru sexul masculin - variază de la Ungaria (39,9%), Franța (41,3%), Belgia (42,9%), până la Marea Britanie (66,2%), Cipru (71,7%), Suedia (73,2%).

Se remarcă Suedia care conduce această ierarhie, total (70,0%), feminin (66,7%) și masculin (73,2%), fapt în deplină concordanță cu valorile ridicate ale vârstei medii efective de pensionare- total 64,3 ani (loc1), feminin 64,0 ani (loc2), masculin 64,7 ani (loc3) (Anexa nr.13) și cu speranța de viață - feminin 82,7 ani (loc5), masculin 78,6 ani (loc1) (Anexa nr.26).

Promovarea unor rate mai ridicate de ocupare a lucrătorilor în vârstă, care să contribuie la mai mult pentru a obține venituri mai mari la pensie ar fi necesare pentru a asigura succesul durabil al reformelor sistemelor de pensii deja puse în aplicare.

¹⁴Rata de activitate a salariaților vârstnici este calculată prin împărțirea numărului de persoane cu vârsta între 55-64 ani salariate la totalul populației din aceeași grupă de vârstă, Acest indicator este bazat pe Ancheta Forței de Muncă UE-27

VENITURILE ȘI CONSUMUL POPULAȚIEI VÂRSTNICE

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

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

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

3.1. Veniturile vârstnicilor europeni

Persoanele vârstnice din UE-27 menționează ca surse de securitate financiară: pensiile, economiile personale (procentul cel mai mare în Germania și cel mai mic în Spania), sănătatea (Franța, Portugalia, Spania) și susținerea familiei (cel mai important în Grecia și cel mai puțin important în Olanda și Danemarca).

În ceea ce privește venitul mediu net lunar al persoanelor de 65 ani și peste, în anul 2009, (Anexa nr.7), se constată că cele mai mari venituri mai mari s-au înregistrat în: Luxemburg (2.667€), Norvegia (2.417€), Franța (1618€), Danemarca (1.555€), Austria (1529€), și mai mici în: Poland (396 €) Estonia (366€), Lituania (310€), Letonia (283€), **România** (170€), Bulgaria(158 €). Veniturile pe sexe au fost net favorabile, sexului masculin, cele mai mari diferențe între sexe fiind în Norvegia(349 €), Suedia(251 €), Finlanda(216€), Franța(189€) și cele mai mici în Ungaria(41€), Slovacia(35€), Cehia(31€), **România** (30€), Bulgaria(17€), Malta(13€).

Femeile vârstnice au avut cele mai mari venituri lunare în Luxemburg (2.637€), Norvegia (2.264€), Franța (1.533€), Danemarca (1518€), Austria (1.461€), și mai mici în: Polonia (373€), Estonia (336€), Lituania (293€), Letonia (270€), **România** (158€), Bulgaria(152 €).

Bărbații vârstnici au avut cele mai mari venituri lunare în Luxemburg (2.696€), Norvegia (2.613€), Franța (1.722€), Austria (1.643€), Danemarca (1.620€), și mai mici în: Slovacia (420€), Estonia (398€), Lituania (347€), Letonia (311€), **România** (188€), Bulgaria(169 €).

3.2. Veniturile varstnicilor din Romania

În anul 2009¹⁵, veniturile medii totale lunare ale gospodăriilor de pensionari¹⁶ din **România**, în sumă de 1.871,7 lei s-au situat sub nivelul veniturilor tuturor celorlalte tipuri de gospodării, cu excepția celor de șomeri și agricultori. Media lunară a veniturilor totale pe o gospodărie de pensionari reprezintă 80,2% din media totală a gospodăriilor și 60,3% din media gospodăriilor de salariați.

Veniturile gospodăriilor de pensionari au ca surse principale, în ordine: venituri din prestații sociale (53,8%) (din care 90,5% pensii), salarii și alte drepturi salariale (20,8%), venituri în natură (20,2%) și venituri din vânzarea de produse agroalimentare (produse în gospodărie) și alte venituri (5,2%).

3.3. Evoluția puterii de cumpărare a pensiilor din România

Puterea de cumpărare a pensiei medii de bază a scăzut continuu pe parcursul anului 2010, datorită acțiunii conjugate a 2 factori - scumpirile la o serie de produse și servicii de bază, și a rămânerii neschimbate a valorii punctului de pensie.

Echilibrul de viață al mării majorității a pensionarilor a fost grav expus deteriorării din cauza creșterii semnificative a prețurilor, pe parcursul anului 2010 la **mărfuri alimentare** (cartofi - 45,6%, legume și conserve de legume - 22,5%, ulei comestibil - 21,2%, fructe proaspete - 18,8%, făină - 9,6%, citrice și alte fructe meridionale - 6,5%, mălai - 6,2%, pâine - 5,8%, zahăr - 5,5%, brânză - 3,9%, lapte și produse lactate - 3,3%), **mărfuri nealimentare** (Combustibil - 15,4%, energie termică - 11,9%, energie electrică - 8,6%, medicamente - 7,9%, gaze naturale - 4,2%) și la **servicii** (apă, canal și servicii de salubritate - 27,3%, termoficare - 15,1%, telefon - 12,7%, transport urban - 8,9%, poșta și telecomunicații - 2,2%).

Majorarea semnificativă a prețurilor preconizate pentru anul 2011 la combustibil -motorină și la energie electrică va atrage scumpirea în lanț a tuturor produselor, ceea ce va provoca o justificată nemulțumire în rândul pensionarilor, deoarece pensia va continua să fie insuficientă pentru acoperirea cheltuielilor necesare unui nivel de trai decent.

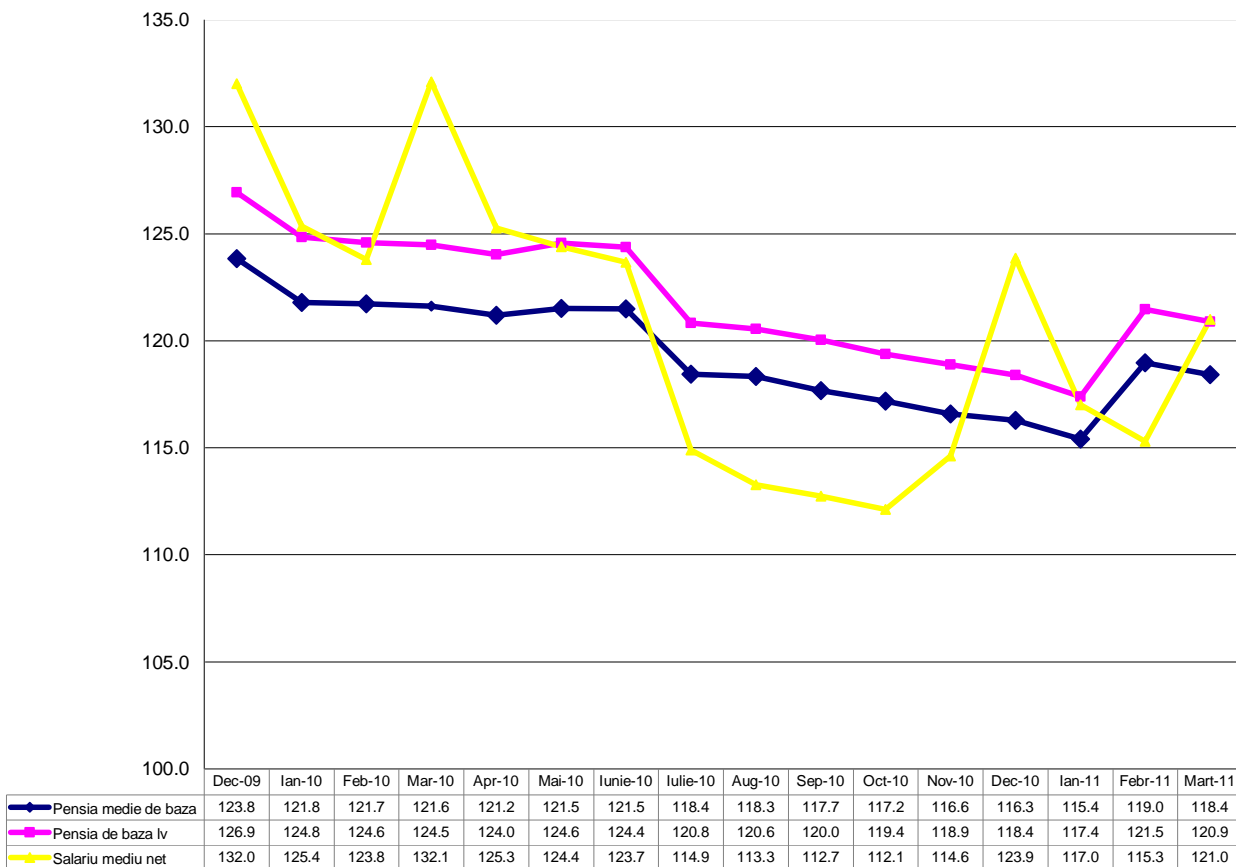
¹⁵Informațiile au fost preluate din lucrarea: "Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației", Institutul Național de Statistică, 2010

¹⁶Numărul mediu de persoane care a compus o gospodărie de pensionari a fost, în 2009, de 2,905 persoane la nivelul României, 2,820 persoane în mediul urban și 3,015 persoane în mediul rural

Tabelul nr.5

Evoluția puterii de cumpărare a pensiei(de bază și limită de vârstă) și a salariului mediu net, față de octombrie 1990

	Jan-10	Feb-10	Mar-10	Apr-10	Mai-10	Iun-08	Iul-10	Aug- 10	Sep-10	Oct-10	Nov-10	Dec-10	Jan-11	Febr-11	Mart-11
Pensia medie de baza	121,8	121,7	121,6	121,2	121,5	121,5	118,4	118,3	117,7	117,2	116,6	116,3	115,4	119,0	118,4
Pensia de baza lv	124,8	124,6	124,5	124,0	124,6	124,4	120,8	120,6	120,0	119,4	118,9	118,4	117,4	121,5	120,9
Salariul mediu net	125,4	123,8	132,1	125,3	124,4	123,7	114,9	113,3	112,7	112,1	114,6	123,9	117,0	115,3	121,0



Din aceste date rezultă că puterea de cumpărare a pensiilor a înregistrat o scădere aproape continuă (cu o creștere în luna mai) pe parcursul anului 2010.

Pe tot parcursul perioadei analizate, s-a înregistrat o evoluție preponderent descendentă (cu o creștere în luna mai) pentru pensia medie de bază și pentru pensia pentru limită de vârstă și stagiul complet de cotizare, față de luna octombrie 1990 (tabelul nr.5).

În luna martie 2011, puterea de cumpărare a pensiei medii de bază în sistemul asigurărilor sociale de stat față de luna octombrie 1990, a fost de **118,41%**, potrivit raportului:

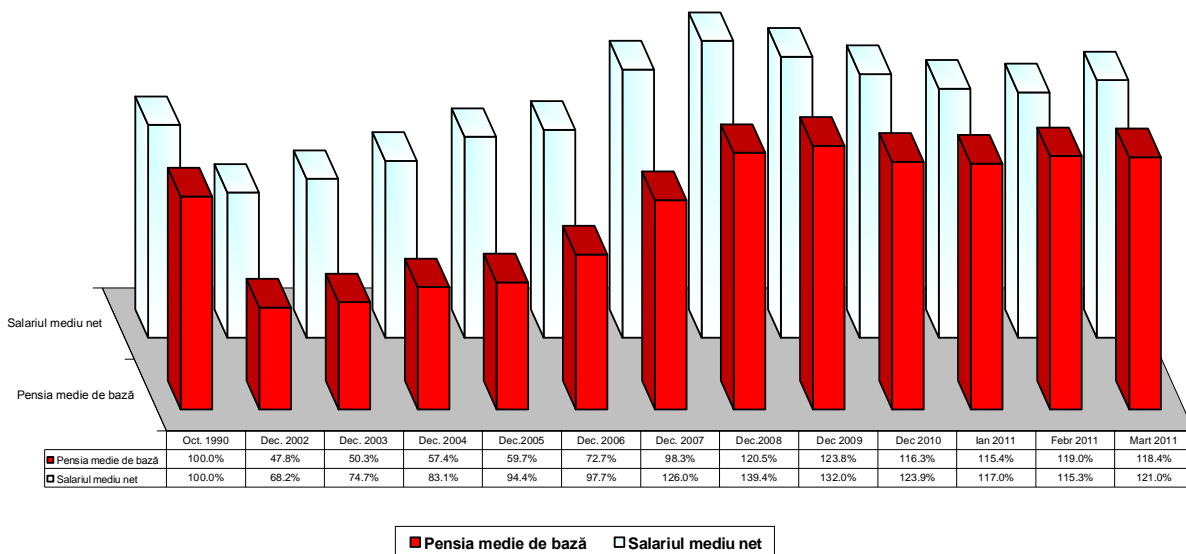
$$\frac{4.438,1(\text{creșterea pensiei medii de asigurări sociale de stat în perioada 1.X.1990-31.III.2011}) \times 100}{3.747,9 (\text{creșterea prețurilor în perioada 1.X.1990-31.III.2011})}$$

Salariul mediu net a fost în luna martie 2011 de 1.493 lei, respectiv de 1,93 ori mai mare decât pensia medie de bază (774 lei) și de 1,66 ori mai mare decât pensia medie pentru limită de vârstă cu (898 lei).

În luna martie 2011 s-au înregistrat următoarele ponderi:

- pensia medie de asigurări sociale de stat/salariul mediu brut a fost de 37,6%;
- pensia medie pentru limită de vârstă /salariul mediu brut a fost de 43,7%;
- pensia medie de asigurări sociale de stat/salariul mediu net a fost de 51,8%;
- pensia medie pentru limită de vârstă /salariul mediu net a fost de 60,1%.

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



Pentru a se obține o putere de cumpărare a pensionarilor care să le permită acestora să facă față noului val de scumpiri, este necesară indexarea tuturor categoriilor de pensii cu cel puțin nivelul inflației cumulate la nivelul anului 2010 (8,0%), de asemenea, să se acorde o indemnizație și pentru energia electrică alături de cea pentru încălzire sau să se introducă tariful social pentru cei cu venituri mici.

3.4. Cheltuielile gospodăriilor de pensionari din România

Concluzionând, cheltuiala totală medie lunară pe o gospodărie de pensionari a fost în anul **2009** de **1.639,6** lei, respectiv **87,6%** din venitul total. Pe categorii de cheltuieli, structura este următoarea:

- cheltuieli totale medii lunare în gospodăria de pensionari **1.639,6 lei**
- cheltuieli totale de consum, din care: 1.253,3 lei
 - cheltuieli bănești de consum 1.063,7 lei
 - contravaloarea consumului din resurse proprii 189,6 lei
- produse alimentare și băuturi neconsumate 41,6 lei
- cheltuieli pentru investiții 25,0 lei
- cheltuieli totale de producție 167,5 lei
- impozite, contribuții, cotizații și taxe 125,7 lei
- alte cheltuieli 26,5 lei

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

- consum alimentar 36,2%
- consum nealimentar 36,4%
- plata serviciilor 27,4%

În tabelul nr.6, gospodăriile de pensionari s-au diferențiat în două categorii: cele care au putut face față cu venitul total net lunar realizat¹⁷ cheltuielilor (42,6%) și cele care nu au putut face față (57,4%), situație ce demonstrează că pensionarii au întâmpinat mari dificultăți în acoperirea cheltuielilor strict necesare din venitul total net lunar realizat.

¹⁷Determinate prin scăderea din veniturile totale ale gospodăriilor, a impozitelor asupra veniturilor și a contribuțiilor reglementate prin lege aflate în sarcina membrilor acestora, precum și a unor cheltuieli legate de producția gospodăriei (bănești și în natură), **veniturile nete** reprezintă acea parte a veniturilor care rămâne la dispoziția gospodăriilor pentru acoperirea cheltuielilor de consum și pentru economisire.

Tabelul nr.6
-procente-

		Total	Urban	Rural
Gospodării care pot face față cheltuielilor cu venitul total net lunar realizat		57,4	58,2	56,5
Gospodării care își pot permite:	o săptămână de concediu în afara casei	10,9	15,2	6,5
	înlocuirea mobilei uzate	4,1	4,1	4,2
	cumpărarea de produse electrocasnice	10,0	9,6	10,3
	cumpărarea de haine noi	25,5	27,5	23,4
	vizionarea unui spectacol de teatru, cinema	5,4	8,7	2,1
	cumpărarea de cărți, reviste, ziare	18,2	25,2	11,0
	nici una din cauza economiilor prea mici	59,3	53,3	65,4
Gospodării care nu pot face față cheltuielilor cu venitul total net realizat		42,6	41,8	43,5
Gospodării care, datorită lipsei resurselor financiare, s-au aflat în imposibilitatea:	de a plăti la timp chiria	0,7	1,2	0,2
	de a plăti la timp întreținerea locuinței	32,7	36,8	28,7
	de a plăti la timp energia electrică	15,3	13,6	16,8
	de a plăti la timp telefonul	4,7	4,3	5,1
	de a plăti la timp abonamentul radio-TV	6,5	5,8	7,1
	de a cumpăra produse alimentare suficiente pentru asigurarea hranei	83,2	84,5	82,0
Gospodării care, pentru a putea face față cheltuielilor curente, au apelat la alte surse, cum ar fi:	economii	17,0	16,4	17,6
	împrumuturi la rude, prieteni, alte persoane	20,9	23,2	18,7
	muncă suplimentară	8,9	5,6	11,9
	ajutoare financiare, fără obligația de restituire, de la rude, prieteni	15,7	18,2	13,4
	nu au apelat	48,9	48,5	49,3

Îngrijorător este faptul că numai **57,4%** dintre gospodăriile de pensionari au putut face față cheltuielilor cu venitul total net lunar realizat în anul **2009**, restul de **42,6%** neputându-și acoperi cheltuielile alimentare, nealimentare și plata serviciilor în fiecare lună. Astfel, **0,7%** nu au putut plăti la timp chiria, **32,7%** întreținerea locuinței, **15,3%** energia electrică, **4,7%** telefonul, **6,5%** abonamentul radio-TV și **83,2% au fost în imposibilitatea de a cumpăra produse alimentare suficiente pentru asigurarea minimului de hrană.**

Gospodăriile de pensionari¹⁸, din punct de vedere al gradului de satisfacție referitor la măsura în care reușesc să acopere cheltuielile curente, pe medii de rezidență se prezintă după cum urmează:

Tabelul nr.7
-procente-

	Măsura în care fac față cheltuielilor curente						
	Total	Cu mare dificultate	Cu dificultate	Cu oarecare dificultate	Destul de ușor	Ușor	Foarte ușor
Total	100,0	21,8	31,0	36,1	7,7	3,2	0,2
Urban	100,0	22,6	31,7	34,7	8,2	2,6	0,2
Rural	100,0	20,8	30,0	38,1	7,1	3,9	0,1

¹⁸Sursa datelor: "Condițiile de viață ale populației din România,2009", Institutul Național de Statistică, 2010

PROTECȚIA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

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

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

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

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

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

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

Indicatorii de incluziune socială trebuie să identifice esența problemelor și să aibă o interpretare normativ acceptată. În al doilea rând aceștia trebuie să fie robuști și valizi din punct de vedere statistic, cu alte cuvinte să nu fluctueze din cauza unor fenomene irelevante în raport cu scopul pentru care au fost creați. Un alt criteriu important a fost stabilitatea și posibilitatea de a fi reactualizați periodic, în vederea evidențierii efectelor diferitelor politici sociale. Și nu în ultimul rând,

indicatorii de incluziune socială trebuie să asigure comparabilitatea între Statele Membre. **Unul dintre indicatorii importanți ai acestui sistem de comensurare a incluziunii sociale este rata sărăciei.**

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

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

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

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

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

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

Evoluția riscului de sărăcie în anii 2005-2009, arată că acest fenomen este stabil în timp în majoritatea țărilor europene, la nivelul UE-27, oscilând între 16,3%(2009)- 16,7%(2007), **România** a avut una din cele mai ridicate rate de sărăcie(22,4%), în anul 2009, situându-se pe penultimul loc, după Letonia(25,7%), pe sexe, situația a fost oarecum similară, la femei, rata de sărăcie a fost în

România, de 23,4%, urmată de Bulgaria 23,7% și de Letonia 27,0%, iar la bărbați rata de sărăcie a fost în **România**, de 21,4%, urmată de Letonia 24,2%,.

La nivel total, diferențele de gen(feminin/masculin) între ratele sărăciei, la nivel UE-27, au variat între 1,4%-1,9%, iar la nivelul **României** între 0,1%-2,0%, pe parcursul perioadei 2005-2009(Anexa nr.8).

Datele Eurostat cu privire la gradul de sărăcie al vârstnicilor (65 ani și peste), indică, în anul 2009, o rată de sărăcie de 21,0%, valoare peste nivelul mediei UE-27(17,8%).

În ceea ce privește diferența de gen între ratele de sărăcie ale persoanelor vârstnice, ele au variat între 5,0-5,6% la nivelul UE-27, iar la nivelul **României** au variat între 9,0% - 10,6%, în perioada 2005-2009, fapt care plasează femeia vârstnică într-un context net defavorabil față de bărbatul vârstnic, la nivelul țării noastre.

În ceea ce privește situația din țările Uniunii Europene, cele mai mari rate de sărăcie¹⁹ a persoanelor vârstnice (65 ani și peste) au fost în anul 2009 în : Cipru (48,6%), Letonia(47,5%), Bulgaria(39,3%), Estonia(33,9%), Spania(25,2%) și cei mai puțin săraci în: Slovacia(10,8%), Franța(10,7%), Olanda(7,7%), Cehia(7,2%), Luxemburg (6,0%)(Anexa nr.9).

În multe țări UE-27, femeile și bărbații în vârstă de 65 ani și peste sunt mai expuși riscului de sărăcie decât alte categorii de vârstă, ceea ce semnifică că în multe cazuri, pensiile sunt semnificativ mai mici decât veniturile celor aflați în vârstă de muncă (salariații), în principal deoarece acestea din urmă nu au ținut pasul cu creșterile salariale.

În 2009, la nivelul UE-27, proporția femeilor vârstnice aflate în risc de sărăcie era de 20,1%, iar a bărbaților de 14,9%. Aceste procente au variat semnificativ de la o țară la alta. Astfel, pentru femeile vârstnice, procentul a variat de la 52,4% -Cipru, 50,7%-Letonia, 44,2% -Bulgaria, 41,3%-Estonia, 31,3%-Lituania, 28,4%-Finlanda, 27,1%-Spania, 25,5%-Slovenia până la 14,8%-Slovacia, 11,9%-Franța, 10,3%-Cehia, 7,7%-Luxemburg, 7,5%-Olanda și 5,4%-Ungaria. Pentru bărbații vârstnici, procentul a variat de la 44,1%-Cipru, 40,6%- Letonia, 32,0%-Bulgaria, 22,6%-Spania, 20,9%-Grecia, 20,6%-Belgia, 20,5%-Malta și 20,1% Marea Britanie până la 9,1%-Franța, 8,0%-Olanda, 4,5%-Slovacia, 3,9%-Luxemburg, 3,1%-Ungaria și 3,0%-Cehia. Așa cum se observă, fenomenul sărăciei este mai amplu în rândul femeilor vârstnice decât al bărbaților vârstnici(Anexa nr.9).

În ceea ce privește diferența între ratele de sărăcie ale femeilor vârstnice, comparativ cu ratele de sărăcie ale bărbaților vârstnici, un loc fruntaș îl ocupă Estonia-22,4%, Lituania -18,1%, Finlanda-15,3%, Slovenia-14,1%, Suedia-13,2%, Bulgaria-12,2%, **România**-10,6%. Există 2 țări în

¹⁹Sub 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,

care procentul bărbaților vârstnici în risc de sărăcie îl depășește pe cel al femeilor vârstnice, respectiv Olanda (-0,5%) și Malta (-2,7%).

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

4.2.Rata de sărăcie a persoanelor vârstnice din România

În calitate de Stat Membru al UE-27, **România** a aplicat metodologia de estimare a sărăciei recomandată de Eurostat (metoda relativă), în paralel cu dezvoltarea unui sistem național care se bazează însă pe metoda absolută de estimare a sărăciei.

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

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

Pentru a înțelege specificul sărăciei în **România** trebuie sesizată diferența dintre ratele de sărăcie pe medii de rezidență – 8,6%(urban) față de 29,8%(rural), în anul 2008, respectiv de 3,5 ori mai mare în rural față de urban, în mediul rural situându-se 73,9% din totalul săracilor, față de 26,1% în mediul urban. Si mai important și de asemenea îngrijorător este faptul că în mediul rural se concentrează 53,0% din populația vârstnică (60 ani și peste), din care 58,0% este reprezentată de femei(1 iulie 2010). Analizii ai fenomenului au arătat că sărăcia rurală din **România** este o sărăcie tradițională, definită pe deficit de venit și deficit de consum dar și cu forme grave de excluziune socială : speranță de viață mai redusă, populație mai puțin educată, acces mai dificil la servicii de sănătate și îngrijire sau la servicii sociale de calitate, acces deficitar la locuire decentă sau mijloace de transport.

Este necesar să fie acordată atenție discrepanței de gen relativ la riscul de sărăcie, pentru persoanele vârstnice, aceasta fiind în **România** mai mare decât diferențele dintre valorile medii ale Uniunii Europene, respectiv 25,3% femei față de 14,7% bărbați, deci o diferență de 10,6 puncte procentuale (2009)(față de 5,2% la nivelul UE-27) - situație explicabilă prin diferența de participare pe piața forței de muncă, care a determinat o acoperire diferențiată oferită de sistemul de pensii.

În anul 2009, din lucrarea "Dimensiuni ale incluziunii sociale în **România**" realizată de Institutul Național de Statistică, pe baza Ancheta Bugetelor de Familie, rezultă că **pensionarii au**

reprezentat un procent semnificativ în total populație (23,3%), iar pensionarii săraci, 16,4% din rândul persoanelor sărace de 16 ani și peste.

Femeile pensionare dețin în total femei un procent mai mare decât bărbații pensionari în total bărbați (25,9% față de 20,6%), dar și un procent semnificativ mai mare în total femei sărace față de procentul bărbaților pensionari în total bărbați săraci (20,0% față de 12,2%) (tabelul nr.8).

Tabelul nr.8

Procentul pensionarilor în total persoane și total persoane sărace de 16 ani și peste în anul 2009

Categorie	Procent	Din care, procent pensionari:
Total persoane	100,0	23,3
Total persoane sărace	100,0	16,4
Total femei	100,0	25,9
Total femei sărace	100,0	20,0
Total bărbați	100,0	20,6
Total bărbați săraci	100,0	12,2

Atât rata sărăciei persoanelor varstnice, cât și a pensionarilor a fost în creștere în perioada 2005 – 2009, cu precădere la sexul feminin (tabelul nr.9).

Tabelul nr.9

Rata sărăciei (%) pe grupe de vârstă

Anul	Sub 16 ani	16-24 ani	25-49 ani	50-64 ani	65 ani plus
2005	24,9	22,2	16,3	13,2	17,2
2006	25,4	21,2	16,5	14,5	18,7
2007	24,7	20,5	16,5	14,9	19,4
2008	25,9	20,9	16,9	13,5	16,2
2009²⁰	32,9	23,2	20,7	16,0	21,0

Tabelul nr.10

Rata sărăciei (%) pensionarilor, pe sexe

Anul	Total	Feminin	Masculin
2005	14,2	15,9	11,9
2006	15,1	16,9	12,8
2007	15,7	17,6	13,2
2008	12,8	13,8	11,4
2009	15,7	18,0	12,7

²⁰ Pentru anul 2009, ratele sărăciei s-au calculat pentru intervalele: sub 18 ani, 18-24 ani în loc de intervalele: sub 16 ani, 16-24 ani.

În anul 2009 procentul pensionarilor săraci, în total săraci a fost de 16,4%, din care masculin 12,1% și feminin 20,0%. (tabelul nr.11). O atenție deosebită trebuie acordată persoanelor de 65 ani și peste – sărace, care reprezintă 85,2% din total pensionari săraci și în special femeilor de 65 ani și peste care reprezintă 93,3% din total pensionare sărace, comparativ cu bărbații săraci de 65 ani și peste care reprezintă 69,7% din total pensionari săraci. (tabelul nr.11)

Se remarcă procentul mai ridicat al femeilor (65,6%) față de bărbați (34,4%), atât în structura pensionarilor săraci, cât și în structura persoanelor de 65 ani și peste sărace, respectiv 71,9% față de 28,1%.(tabelul nr.11)

Tabelul nr.11

Nr total persoane sărace	Mii persoane	Pensionari săraci	Mii persoane	% în total persoane sărace	Persoane de 65 ani și peste sărace	Mii persoane	% în total persoane sărace
Total	4.745	Total	777	16.4	Total	662	14.0
Masculin	2.199	Masculin	267	12.1	Masculin	186	8.5
Feminin	2.546	Feminin	510	20.0	Feminin	476	18.7

Distribuția ratelor de sărăcie după **vârsta persoanelor**, în anul 2009, indică faptul că mai afectați de sărăcie decât vârstnicii (21,0%) sunt copiii (32,9%) și tinerii cu vârsta între 16-24 ani (23,2%). Persoanele adulte cu vârsta cuprinsă între 25 ani și 49 ani se confruntă cu un risc de sărăcie relativ mai redus decât al tinerilor sau al vârstnicilor, dar de la un an la altul apar variații care uneori modifică percepția generală. Așa de exemplu, în anul 2008 persoanele de 25-49 ani au avut o rată de sărăcie mai mare decât a vârstnicilor de 65 ani și peste (16,9% față de 16,2%), fapt care nu se mai regăsește în restul perioadei 2005-2007, explicabil prin faptul că în perioada 2007-2008, au fost efectuate majorări ale valorii punctului de pensie.

Segmentul populației sărace din cadrul populației vârstnice s-a conturat pe fondul procesului de sărăcire a majorității populației. Conform cercetărilor sociale, familiile de pensionari prezintă o rată intermediară de sărăcie, dar mai redusă decât media (15,7% față de 22,4%, în anul 2009). De regulă, vârstnicii (pensionarii) nu sunt printre beneficiarii creșterii economice. Cheltuielile curente, în special cele pentru utilități, tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice.

Este important să atragem atenția că fenomenul sărăciei la pensionari și fenomenul sărăciei la vârstnici nu se pot suprapune în **România**. Permisivitatea crescută (în anii trecuți) pentru pensionările la următoarele categorii de pensie: invaliditate, anticipată și anticipată parțială au redus dramatic vârsta medie reală de pensionare, a făcut ca nu întotdeauna “pensionarii” să fie totuna cu „vârstnicii”. Astfel din numărul mediu de pensionari de asigurări sociale de stat și agricultori, în anul 2010, 18,7% din pensionari au fost în categoriile de pensie: **invaliditate, anticipată și anticipată parțială**. În sistemul pensionarilor de asigurări sociale de stat, procentul acestor categorii a

reprezentat 21,3% din total, iar în sistemul agricultorilor procentul acestor categorii a reprezentat 2,0% din total.

Din totalul de 5.441.783 pensionari, în luna martie 2011, 172.850 pensionari (3,2%) au avut pensii sub pragul sărăciei severe²¹(179 lei), 464.019 pensionari (8,5%) au avut pensii sub pragul sărăciei absolute²¹(259 lei), 1.948.457 pensionari (35,8%) au avut pensii sub coșul minim de consum lunar²²(482 lei), 2.355.204 pensionari (43,3%) au avut pensii sub pragul minim de subzistență (549 lei), 3.033.666 pensionari (55,8%) au avut pensii sub pragul minim de trai decent²³ (684 lei), respectiv:

Tabelul nr.12

Praguri de venituri lunare	Valoarea maximă de referință (lei)	Numărul de pensionari sub valoarea pragurilor	% din totalul de pensionari
Sărăcia severă	179	172.850	3,2
Sărăcia absolută	259	464.019	8,5
Coșul minim de consum lunar	482	1.948.457	35,8
Nivelul minim de subzistență	559	2.355.204	43,3
Nivelul minim de trai decent	697	3.033.666	55,8
X	X	5.441.783	100,0

Pensionarii se află în fața unui risc ridicat de sărăcie.Nivelul global al pensiilor a scăzut (Conform OUG107/2010,de la 1 ianuarie 2011 vor plăti contribuție la Fondul National Unic de Asigurări de Sănătate, în valoare de 5,5%, pensionarii cu venituri peste 740 lei, procent aplicat la întregul quantum al veniturilor),iar perspectiva reducerii cheltuelilor publice din sistemul de sănătate va crește procentul săracilor absoluți în rândul pensionarilor.În plus, probabilitatea de a spori veniturile scade proporțional cu avansarea în vârstă.

²¹Pragul sărăciei **absolute** este calculat prin însumarea costului unui coș minim alimentar cu un minim de consum de bunuri nealimentare și de servicii, egal cu cheltuielile efectuate de persoanele al căror consum alimentar este egal cu costul coșului alimentar. **Costul coșului alimentar a fost estimat pentru a asigura necesarul de 2.550 de calorii zilnic în funcție de consumul populației din decilele 2 și 3 ale distribuției populației după cheltuielile de consum.** Pragul sărăciei **severe** este calculat prin însumarea costului unui coș minim alimentar cu un minim de consum de bunuri nealimentare și de servicii egal cu cheltuielile efectuate de persoanele al căror consum total este egal cu costul coșului alimentar

²²Valoarea coșului mediu efectiv de consum lunar al pensionarului singur din mediul urban, calculat la prețurile lunii ianuarie 2011, comunicat de Institutul Național de Statistică.

²³Valorile pragului minim de subzistență și al pragului minim de trai decent sunt comunicate de Institutul de Cercetare a Calității Vieții și se referă la luna martie 2011

4.3. Protecția socială a persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană

Sistemele de protecție socială europene furnizează "o plasă de siguranță" esențială pentru oamenii care se confruntă cu provocări ca – șomajul, boala, sărăcia sau vârsta.

Modul de furnizarea a protecției sociale variază în rândul Uniunii Europene (UE-27), dar cel mai adesea ia forma beneficiilor sociale, care acoperă situații precum –șomajul, boala și maternitatea, invaliditatea, nevoile persoanelor vârstnice și cheltuielile gospodăriei.

Aceste plăți, indiferent de forma sub care se alocă, pot juca un "rol cheie" în asigurarea unei șanse la o viață demnă persoanelor care trăiesc în sărăcie.

Recent, însă, sistemele de protecție socială, au primit o misiune nouă, și anume –prevenirea căderii în sărăcie, a anumitor categorii de populație, datorită actualei recesiuni, care a lăsat milioane de europeni fără serviciu sau le-a redus veniturile.

Uniunea Europeană (UE-27), se angajează să promoveze colaborarea strânsă între Statele Membre, în efortul pe care fiecare din ele îl face pentru a-și moderniza propriul sistem de protecție socială pentru a face față provocărilor de "azi și de mâine".

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

În anul 2008, Comisia Europeană a invitat Statele Membre să valorifice aceste sisteme ca un mijloc de dezvoltare a politicilor de stimulare a "incluziunii active". Aceasta semnifică creșterea rolului jucat de protecția socială în combaterea sărăciei și incluziunii sociale. Strategiile "incluziunii active" se concentrează pe aducerea a cât mai multor persoane cu putință pe piața forței de muncă, asigurându-se în același timp că cei care sunt inapți de muncă vor primi suficient suport social pentru a avea o existență satisfăcătoare.

Incluziunea activă, așa cum a fost promovată de Comisie, se bazează pe 3 principii comune:

- Construirea unei piețe a forței de muncă inclusive, deschisă oricui este apt de muncă;
- Acordarea de sprijin financiar adecvat, care recunoaște dreptul de bază al persoanelor la un nivel de asistență socială și de alocații care să le permită o viață demnă și fără excluziune;
- Accesul la servicii de calitate, precum asistența socială, angajare și servicii de educație, locuințe protejate și locuințe sociale, de îngrijire a copilului, îngrijiri de durată și alte servicii de sănătate.

Analiza problematicii protecției sociale a vârstnicilor se plasează în contextul poziției **România** de Stat Membru al Uniunii Europene. *Carta Socială Europeană*, unul dintre marile tratate ale Consiliului Europei în domeniul drepturilor omului, constituie instrumentul european de referință în materie de coeziune socială.

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

Comisia Europeană a deschis o vastă dezbateră în Europa asupra viitorului sistemelor de protecție socială, în legătură specială cu schimbările de pe piața muncii și schimbările demografice. Dezbaterile au implicat instituțiile europene, Statele Membre, partenerii sociali, organizațiile neguvernamentale și s-au derulat pe fondul profundelor schimbări demografice din UE. Situația diferă de la o țară la alta, dar soluțiile sunt dominate de *principiul solidarității*, caracteristic tradiției europene în domeniu. CE a promovat acțiuni la nivel european în favoarea persoanelor vârstnice și examinează modul în care Statele Membre pot proteja generațiile vârstnice împotriva riscurilor de sărăcie și dependență (Anexa nr.8), modul în care se poate asigura o asistență de lungă durată și îngrijiri constante.

Există rapoarte privind rolul sistemelor de protecție socială privind bătrânețea și sărăcia. Dintre acțiunile propuse se pot enumera: catalizarea și difuzarea inovațiilor privind potențialul de activitate al pensionarilor, promovarea celor mai bune practici privind forța de muncă vârstnică, tranziția de la activitatea profesională la pensionare, ameliorarea condiției femeii vârstnice, îngrijirea și accesul la îngrijire al persoanelor vârstnice dependente, întărirea solidarității între generații și integrarea persoanelor vârstnice amenințate de izolate etc.

În anul 2008²⁴, cheltuielile cu protecția socială au reprezentat 26,4% din PIB în țările UE-27. Cu toate acestea, un procent dintr-o țară poate reprezenta mai mult decât dublu în altă țară. Țările cu cea mai mare procent : Franța (30,8%), Danemarca (29,7%), Suedia (29,4%), Olanda (28,4%), Belgia (28,3%), Austria (28,2%), Italia (27,8%), Germania (27,8%), iar țările cu cel mai mic procent în PIB, anume: Lituania (16,2%), Slovacia (16,0%), Bulgaria(15,5%), Estonia (15,1%), **România**(14,3%) și Letonia (12,6%) (Anexa nr.10). Aceste diferențe reflectă decalajele în standardele de viață, diversitatea sistemelor naționale de protecție socială și specificitatea structurilor demografice, economice, sociale și instituționale ale fiecărei țări în parte.

Sistemele de finanțare a protecției sociale sunt diferite în țările Uniunii Europene, în funcție de ponderea acordată contribuțiilor de securitate socială sau finanțării guvernamentale generale. În

²⁴Ulltimele date disponibile la data elaborării lucrării

anul 2008, țările UE-27 care s-au situat peste media UE (26,4%), în ceea ce privește procentul cheltuielilor cu protecția socială în PIB, au reprezentat 51,4% din populația totală a UE-27, grupul de țări situate între 22,3% și 26,4% au reprezentat 28,8% din locuitorii UE-27, iar cele cu cheltuieli între 18,1% și 22,3%, au reprezentat 11,4%. Țările care au cheltuit mai puțin de 18,1% din PIB pentru protecția socială au reprezentat numai 8,4% din populația UE-27.

Ajutoarele pentru persoanele vârstnice și urmași acoperă cea mai mare parte a ajutoarelor sociale în majoritatea țărilor din Uniunea Europeană (UE-27).

În UE-27, în 2008, prestațiile sociale pentru persoanele vârstnice și pensiile de urmaș au reprezentat cea mai mare parte a cheltuielilor pentru protecție socială : 43,5% din totalul ajutoarelor (11,5% din PIB). Aceste sume au fost ca procent cele mai mari în Polonia, unde reprezentau 58,5% în totalul prestațiilor sociale și 10,9% din PIB. Cu mult deasupra mediei UE-27, au fost Italia (57,9%), Malta (51,1%), **România** (50,0%), Grecia (49,1%) și Portugalia (49,0%).(Anexa nr.11).

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

În competiția nedeclarată privind protecția socială din Europa, se pare că țările nordice – Danemarca, Finlanda, Suedia și Olanda, care oferă un nivel mai ridicat de protecție socială și de politici active pe piața muncii, stau cel mai bine. În ultimele rânduri ale clasamentului se află țările mediteraneene – Grecia, Italia, Portugalia și Spania – care intervin social, îndeosebi în domeniul pensiilor și al reglementărilor salariale, prin negocieri colective și la niveluri scăzute.

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

4.4. Protecția socială din România

4.4.1. Aspecte generale

Sistemul de protecție socială în **România** este constituit din 2 componente majore – asigurările sociale (pensia de stat, șomajul) și asistența socială.

Între cele 2 componente există multiple diferențe, dintre care cea mai importantă este caracteristica contributivă. Componenta de asigurări sociale este cea contributivă, ceea ce semnifică faptul că pentru a putea beneficia de un drept social este necesară contribuția beneficiarului la fondul respectiv, pe perioade de timp stabilite legislativ, cuantumul dreptului fiind condiționat de perioada de contribuție și suma cu care s-a contribuit. După Elena Zamfir, sistemul de protecție din **România** este constituit sub forma unor "plase" – prima plasă a protecției o constituie asigurările sociale, iar persoanele care "trec" prin ochiurile acestei plase cad în plasa a doua, cea a asistenței sociale, care vine în sprijinul persoanelor necondiționat și acordă drepturi sociale la cerere.

Modalitatea în care cele 2 componente ale sistemului de protecție se completează și se influențează este o condiție esențială, pentru că nici o categorie de cetățeni, în nici o situație, să nu rămână în afara sistemului de protecție, vulnerabilă sub aspectul riscurilor sociale.

Cele 2 mari componente – asigurările sociale și asistența socială cunosc influențe unidirecționale, în sensul că deciziile adoptate în domeniul asigurărilor sociale au un impact decisiv în domeniul asistenței sociale.

Conturarea influențelor dintre aceste 2 segmente majore ale sistemului scoate în evidență necesitatea elaborării unor politici sociale locale, urmare a identificării nevoii sociale concrete, determinate de factorii locali.

Asigurările sociale de stat sunt parte componentă a sistemului de securitate socială și au ca principal obiectiv compensarea prin beneficii în bani sau în servicii a imposibilității obținerii veniturilor salariale în anumite situații de risc (incapacitate temporală sau permanentă de muncă, bătrânețe, șomaj etc) cu care se confruntă asigurații.

Sistemul asigurărilor sociale se bazează pe colectarea resurselor (fondurilor) de la asigurați și distribuirea beneficiarilor, primelor de asigurare către cei care se confruntă cu situația de risc asigurată sau către urmașii acestora.

4.4.2. Politici de incluziune socială a grupurilor vulnerabile în contextul socio-economic și politic al crizei din România

Perioda de criză accentuează cerința formulării unor politici sectoriale active, care să prevină, să controleze și să reducă fenomene alarmante precum sărăcie, șomaj, marginalizare și excluziune socială, delincvență, fenomene infracționale dintre cele mai diferite, cu multiplele lor fațete. Toate aceste procese, șocant percepute de comunitate în prezent, trebuie să își găsească un răspuns prompt la nivelul politicilor sociale de incluziune, dezvoltând la nivel comunitar servicii focalizate pe profilul celor în dificultate.

Sursele informaționale privind diagnoza socială a grupurilor marginalizate trebuie să ia în calcul multiple și variate date, bazate pe cercetări științifice și pe statistici oferite de instituții specializate, rapoarte naționale și internaționale privind asistența și protecția socială a comunităților și familiilor în dificultate. Identificarea corectă a grupurilor cu risc crescut de marginalizare și excluziune socială, precum și a profilului specific nevoilor lor reprezintă un obiectiv central în procesul diagnozei sociale. O cerință de bază în stabilirea politicilor de incluziune socială este cea referitoare la prezența normelor deontologice ale asistenței sociale care trebuie parcursul derulării, etapele amintite aici: diagnoza socială, identificarea grupurilor marginalizate social, stabilirea a profilului nevoilor beneficiarilor, propunerile de schimbare și reformele sociale.

Neputința socială a unui segment din ce în ce mai larg al populației, datorată unui cumul de cauze, accentuate foarte mult în perioada crizei (disfuncții majore în plan economic și financiar, calamități naturale, sacrificii și pierderi materiale și umane, etc) solicită imperios dezvoltarea unui suport eficient de ajutor social, prin prestații și servicii specializate la nivel comunitar, local și regional. Ajutorul social trebuie situat în proximitatea cerințelor persoanelor, grupurilor, comunităților cu risc crescut de marginalizare și excluziune socială.

Planificarea strategică a serviciilor comunitare specializate trebuie să devină rapid funcțională în actualul context. Ea devine un mecanism important în găsirea unor soluții care să asigure un nivel de trai decent tuturor membrilor comunității pe timp de criză.

Strategiile de dezvoltare comunitară prin programe și proiecte de incluziune socială sunt peste tot în lume subiecte prioritare de dezbateră pentru factorii politici și de decizie, pentru actorii comunitari, pentru ONG-uri, pentru sectorul public și privat. Acestea sunt orientate spre identificarea propunerilor de intervenție și schimbare socială.

Creșterea polarizării socio-economice prin reducerea resurselor bugetare în sfera socialului (o cauză fiind și abandonarea sistemului de impozitare progresivă) nu a avut efectele scontate inițial de stimulare economică, ci dimpotrivă, a delimitat și mai mult categoriile de favorizate cu multiplele lor probleme sociale. S-a adâncit prăpastia dintre săraci și bogați. În condiții de raritate a resurselor

financiare au fost create artificial de către factori decidenți și sunt întreținute tensiuni și conflicte între grupuri sociale vulnerabile, prin punerea lor în concurență pentru obținerea drepturilor lor sociale.

Toate analizele arată că perioada tranziției a fost caracterizată în **România** printr-o subfinanțare cronică a sectorului social public și printr-un **nivel scăzut al cheltuielilor publice ca procent în PIB**. Studiile de specialitate atenționează că necesitatea unei protecții și asistențe sociale speciale-extraordinare se impune, ca o condiție a stabilității și echilibrului social, tocmai în perioadele limită de criză, din cauza condițiilor de austeritate impuse.

Cumularea tuturor acestor probleme în timp, precum și ignorarea iresponsabilă a celor nou apărute în condițiile crizei au limitat spațiul Guvernului de a lua măsuri de relansare eficiente și la timp pentru grupurile cu risc de marginalizare. Mai gravă a fost suspendarea, în această etapă, a dialogului social cu actorii comunitari pentru elaborarea unor alternative posibile, centrate pe protecția eficientă și asistența socială.

Pe de altă parte, creșterea preocupărilor pentru eficiența sistemului public, deși nu pare de interes actual major, va trebui să constituie un pas obligatoriu al etapei următoare de ieșire din criză.

România se confruntă cu acumularea subfinanțării dezastruoase a sectorului social public: educația, sănătatea, cultura, **protecția socială**, care tradițional, au primit pe parcursul tranziției, o atenție îngrijorător de scăzută. Reducerea cheltuielilor în aceste sectoare, fără o strategie a unor politici sociale eficiente pentru grupurile vulnerabile, poate agrava o subdezvoltare cronică a acestor domenii, cu efecte disfuncționale incredibile asupra dezvoltării sociale viitoare. În acord cu o responsabilitate socială în creștere, pe timp de criză, soluțiile de austeritate nu pot fi plasate în nici într-un caz în sfera protecției și asistenței sociale, învățământului sau sănătății. Toate acestea ar trebui să rămână, așa cum se întâmplă în statele vecine, domenii cu protecție financiară normală sau chiar crescută.

Criza economică afectează întreaga populație, dar diferențiat. Ea adâncește polarizarea socială și întărește excluziunea socială a grupurilor vulnerabile în absența unor politici active coerente de asistență socială și protecție socială. Această situație ne face să estimăm o creștere accentuată a riscurilor sociale ale crizei, care solicită răspunsuri prompte în sfera politicilor sociale de incluziune.

Reducerea drastică a veniturilor bugetare ar putea fi contracarată prin reintroducerea unui sistem de impozitare progresivă după un anumit prag limită a veniturilor. O asemenea măsură s-ar putea adăuga la multe alte soluții sociale posibile, capabile să asigure echilibrul și stabilitatea socială.

4.4.3. Protecția socială a persoanelor vârstnice din România

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

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

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

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

SISTEMUL PUBLIC DE PENSII

5.1. Sistemul public de pensii în țările din Uniunea Europeană

5.1.1. Aspecte generale

Asigurarea, în prezent și în viitor, a unei pensii adecvate și viabile pentru cetățenii 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**.

Recenta criză financiară și economică a agravat și amplificat impactul tendinței puternice către îmbătrânirea populației. Regresul în ceea ce privește creșterea economică, bugetele publice, stabilitatea financiară și ocuparea forței de muncă a amplificat necesitatea de a ajusta practicile în materie de pensionare și modalitățile de constituire a drepturilor la pensie. Criza a arătat faptul că trebuie depuse mai multe eforturi pentru a îmbunătăți eficiența și siguranța schemelor de pensii, pentru a oferi persoanelor vârstnice nu doar mijloacele pentru o viață decentă, ci recompensa pentru munca de o viață. În orientările sale politice pentru actuala Comisie, președintele José Manuel Barroso a evidențiat importanța asigurării unor pensii adecvate și viabile pentru a consolida coeziunea socială: *„Milioane de europeni sunt în totalitate dependenți de pensii. Criza a arătat importanța abordării europene privind sistemele de pensii. Ea a demonstrat interdependența diferiților piloni ai sistemelor de pensii în cadrul fiecărui Stat Membru și importanța abordărilor comune la nivelul UE în materie de solvabilitate și adecvare socială. De asemenea, ea a evidențiat faptul că fondurile de pensii reprezintă o parte importantă a sistemului financiar. Trebuie să ne asigurăm că pensiile își îndeplinesc rolul de a acorda un sprijin maxim pensionarilor actuali și viitori, inclusiv pentru grupurile vulnerabile.”*

La nivelul UE, sistemele naționale de pensii sunt susținute de un cadru de acțiune, de la coordonarea politică până la reglementare. Unele teme comune, cum ar fi funcționarea pieței interne, cerințele Pactului de stabilitate și de creștere sau asigurarea coerenței reformelor sistemelor

de pensii cu strategia „Europa 2020”²⁵, trebuie abordate într-un mod coordonat. Sisteme de pensii bine concepute și adecvate, care să le permită cetățenilor să își mențină un anumit nivel de trai după pensionare, sunt indispensabile pentru aceștia și pentru coeziunea socială. Impactul cheltuielilor publice în materie de pensii asupra finanțelor publice într-un Stat Membru poate fi resimțit într-o mare măsură în alte State Membre. Coordonarea politicilor UE în materie de pensii s-a dovedit utilă și necesară pentru a progresa la nivel de Stat Membru. Fondurile de pensii reprezintă o parte integrantă a piețelor financiare și conceperea lor poate încuraja sau frâna libera circulație a forței de muncă sau a capitalului. În urma unui deceniu de reforme care au dus la modificări ale sistemelor de pensii în majoritatea Statelor Membre, este în prezent necesar să se revizuiască în profunzime cadrul stabilit de Uniunea Europeană. Îmbătrânirea populației a fost mai rapidă decât s-a prevăzut, iar recenta criză financiară și economică a avut un impact dramatic asupra bugetelor, piețelor de capital și întreprinderilor. De asemenea, au intervenit modificări structurale profunde, cum ar fi noi echilibre între generații, trecerea de la scheme de pensii pe bază de repartitie la scheme de pensii finanțate prin capitalizare și la asumarea mai multor riscuri de către persoanele particulare. Cartea verde- **”Către sisteme europene de pensii adecvate, viabile și sigure”** lansează o dezbatere europeană printr-o consultare vastă într-un stadiu incipient cu privire la provocările majore cu care se confruntă sistemele de pensii și la modul în care UE-27 poate susține eforturile Statelor Membre în vederea asigurării unor sisteme de pensii adecvate și viabile.

Obiectivul privind generarea de venituri de pensie adecvate și viabile prin intermediul reformelor sistemelor de pensii și obiectivele strategiei „Europa 2020” se consolidează reciproc. Strategia „Europa 2020” pune accentul pe locuri de muncă mai numeroase și de o mai bună calitate, precum și pe tranzițiile pozitive: ambele sunt esențiale pentru a permite lucrătorilor (femei și bărbați) să acumuleze drepturi de pensie. Ținta sa de 75,0% în ceea ce privește ocuparea forței de muncă necesită atingerea unor rate de ocupare a forței de muncă semnificativ mai ridicate decât în prezent pentru populația cu vârsta cuprinsă între 55 și 65 de ani. Abordarea lacunelor în ceea ce privește caracterul adecvat al pensiilor, care poate fi o cauză semnificativă a sărăciei în rândul persoanelor vârstnice, poate contribui, de asemenea, la îndeplinirea obiectivului de reducere a sărăciei prevăzut în strategia „Europa 2020”. Politicile din numeroase domenii pot contribui la reducerea sărăciei în rândul persoanelor vârstnice și aceasta va contribui, la rândul său, la sporirea gradului de adecvare, completând astfel reformele în materie de pensii. Alte obiective includ înlăturarea obstacolelor din calea realizării pieței unice, de exemplu sporind siguranța și gradul de integrare ale pieței interne a produselor financiare și facilitând mobilitatea tuturor lucrătorilor și cetățenilor pe teritoriul UE-27. La

²⁵ La 3 martie 2010, Comisia Europeană a lansat și supus dezbaterii publice **Comunicarea Europa 2020 - o strategie pentru crestere inteligenta, ecologica și favorabilă incluziunii**, în scopul ieșirii din criză și pentru a pregăti economia Uniunii Europene pentru următorul deceniu.

rândul lor, reformele sistemelor de pensii vor contribui la realizarea obiectivelor strategiei „Europa 2020” pentru ocuparea forței de muncă și viabilitatea pe termen lung a finanțelor publice. De asemenea, realizarea pieței interne pentru produsele de pensii are un impact direct asupra potențialului de creștere al UE-27 și, prin urmare, contribuie în mod direct la îndeplinirea obiectivelor strategiei „Europa 2020”.

5.1.2. Sistemele de pensii în Statele Membre ale Uniunii Europene

5.1.2.1. Introducere

Banca Mondială folosește o clasificare normativă în trei piloni, primul pilon este un 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 UE-27 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 2 și 3).

Sistemele de pensii publice, sistemele de pensii private ocupaționale și sistemele de pensii private ocupaționale, au următoarea acoperire la nivelul UE-27:

Tabelul nr.13

Tipul sistemului	Nivelul de acoperire
Public	Venitul minim garantat – pentru toate Statele Membre
	Rată universală forfetară legată de rezidență (Danemarca, Olanda) sau de contribuții de asigurări sociale (Irlanda, Marea Britanie)
	Venituri provenite din sistemul PAYG (cu sau fără fond de rezervă) – toate Statele Membre, cu excepția Danemarcei, Irlandei, Marii Britanii, Olandei
	Câștigurile salariale, finanțate în totalitate din contribuțiile sociale – la nivel de schemă legală generală în Bulgaria, Grecia, Letonia, Lituania, Polonia, România , Slovacia, Suedia și Ungaria . Scheme parțial finanțate în Finlanda. Scheme separate în Austria și Danemarca (obligatorii), iar în Italia și Portugalia (facultative)
Privat - ocupațional	Obligatorii pentru angajator (sectoriale sau trans-sectoriale) sau care rezultă din acord colectiv (pe bază de afiliere obligatorie) în Belgia, Cipru, Danemarca, Germania Portugalia, Olanda și Suedia.
	Pe bază de convenție colectivă (afilierea nu este obligatorie) în Belgia, Bulgaria, Cipru, Germania, Franța, Italia și Spania
	Contractual sau unilateral de către angajator (inclusiv rezerve sau planurile de grup) în Austria, Cipru, Germania, Grecia, Finlanda, Franța, Irlanda, Marea Britanie.

	Posibilitatea de a se abona la sistemul de pensii prin intermediul angajatorului în Irlanda, Marea Britanie.
Privat - individual	Scheme individuale de voluntariat (nu e obligatoriu statutul de salariat pentru a deveni membru), la care se poate adera și colectiv (de exemplu, prin intermediul asociațiilor sau sindicatelor), în particular în Cehia, Marea Britanie, Spania și Suedia.
	Contractele individuale cu fonduri de pensii, cu societățile de asigurări de viață sau cu instituțiile de economii de pensie care livrează anuități – acest tip de dispoziții individuale sunt în general disponibile pe întreg teritoriul UE-27, în special în Germania sau Franța.
	Economii pe termen lung, nu în mod special pentru pensii – acest tip de dispoziții individuale sunt în general disponibile pe întreg teritoriul UE-27

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 majoritatea Statelor Membre, nucleul sistemului de pensii se bazează pe câștigurile legale legate de limita de vârstă. 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 legate.

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.

Unele țări, cu toate acestea, au programe specifice pentru unele dintre aceste tipuri de beneficii, în special, unele nu iau considerare beneficiile de invaliditate (în ciuda faptului că acestea sunt acordate pentru perioade lungi de timp), iar în unele cazuri, acestea sunt acoperite de sistemul de asigurări de sănătate.

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.

Unele scheme specifice, în special pensiile angajaților din sectorul public, uneori nu constituie un sistem de pensii bine identificat, dar, în schimb, plățile pentru toate pensiile apar direct

ca o cheltuială în bugetul de stat. Pe de altă parte, unele scheme de pensii PAYG au predominant cerințele legale pentru co-finanțare parțială, astfel, având în vedere cheltuielile de pensii în creștere, multe guverne au început să colecteze fonduri de rezervă pentru sistemele lor de pensii publice.

În timp ce 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).

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.

În general, contribuțiile nete la fondurile private sunt în creștere de ceva timp, însă chiar și așa sunt departe a fi fonduri „mature”.

Cu alte cuvinte, în acest moment, există doar câteva țări cu un număr mare de pensionari sau persoane care se vor pensiona în curând și se vor baza în mare parte pe pensiile finanțate privat.

În ceea ce privește schemele de pensii private ocupaționale, 9 State Membre – Cehia, Grecia, Estonia, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacia și Ungaria au indicat că nu au astfel de scheme. La polul opus se află Danemarca, Olanda, Suedia, care au o largă acoperire a schemelor de pensii private ocupaționale de multă vreme, în defavoarea schemelor de pensii publice.

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, sau dintr-o dată, sau sub altă formă de plată.

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.

Puterea de cumpărare a pensiei depinde de mulți factori, dar dintre aceștia, pare a avea relevanță distincția dintre schemele de beneficii definite și contribuții definite. Valoarea veniturilor din pensii într-un plan de beneficii definite poate de asemenea, să fie afectată de șocuri economice negative. Totuși, cu acest tip de sistem, riscurile pot fi repartizate între mai multe persoane pe perioadă mai lungă de timp.

Pe de altă parte, valoarea veniturilor din pensii este afectată mult mai mult într-un regim de contribuții definite. În special, o parte din riscul legat de volatilitatea valorii activelor financiare este transferat către persoanele fizice care intră sub incidența regimului întemeiat pe cotizații definite.

În prezent, sistemele de pensii ocupaționale sunt cea mai mare parte regimuri de beneficii definite. Cu toate acestea, multe din aceste sisteme au trecut recent la regimuri de contribuții definite. Fondurile de pensii private individuale au fost construite în regimuri de contribuții definite de la început. În schemele de contribuții definite, valoarea activelor de pensii se calculează, în funcție de rata de rentabilitate a fondurilor de investiții.

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, în special în ceea ce privește organizarea fazei de plată. Se pare că cele patru categorii de sisteme de pensii din Statele Membre se pot distinge:

- În primul rând, cele care utilizează într-o mică măsură finanțare privată și nu intenționează să schimbe acest lucru (Franța sau Spania);
- În al doilea rând, Statele Membre care s-au bazat întotdeauna în parte pe sistemele de pensii private, care însă au nevoie să fie reformate (Danemarca, Olanda și Marea Britanie);
- În al treilea rând, unele State Membre care au transferat o parte din activele schemelor lor de pensii publice către scheme de pensii private obligatorii, pentru a asigura finanțarea unei părți din pensii prin fondurile de investiții (Bulgaria, Estonia, Lituania, Letonia, Polonia, **România**, Suedia, Slovacia și Ungaria), iar aceste sisteme sunt, de asemenea, de așteptat (cu grade diferite în funcție de țară), să aducă o contribuție la prevenirea sărăciei pensionarilor și furnizarea de pensii adecvate;
- În al patrulea rând, Statele Membre cu regimuri tradiționale de pensii de asigurări sociale fără capitalizare care își extind o parte din active către schemele de pensii private existente sau crează noi scheme de pensii private (Austria, Germania sau Italia).

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.

Criza financiară a redus valoarea fondurilor de pensii private. 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.

5.1.2.2.Descrierea sistemelor de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene

Sistemele de pensii ale țărilor membre UE-27, grupate pe principalele componente: sisteme de pensii publice, scheme private - ocupaționale și scheme private – individuale sunt prezentate în tabelul nr.14: Așa cum se observă, regimul de pensii este foarte diversificat în UE-27, iar rolul ocupat de schemele private de pensii (ocupaționale și individuale), diferă între țări.

Tabelul nr.14

Nr crt	Țară	Simbol țară	Sistem de pensii publice					Sistem de pensii ocupaționale	Scheme pensii private	
			Minimă pensie / Alocație Socială	Pensiile pentru limită de vârstă	Pensiile anticipate	Pensiile de invaliditate	Pensiile de urmaș		Obligatorii	Facultative
1	Austria	AT	MT - SA	ER	ER	ER	ER	M	X	V
2	Belgia	BE	MT - SA	ER	ER	ER (salariați)	FR (angajații pe cont propriu)	V	X	V
3	Bulgaria	BG	MT-SA	ER / FR	ER (pensiile înainte de sfârșitul anului 2010)	ER / FR	ER / FR	V	M young (1960) M (prof)	V
4	Cehia	CZ	FR	ER	ER	ER	ER	X	X	V
5	Cipru	CY	SA	ER	ER	ER	ER	V-priv; M-pub.	X	X
6	Danemarca	DK	FR& MT	FR& MT	V	FR	FR	V	X	V
7	Estonia	EE	FR	FR(înainte de1999), ER(după 1999)	X	FR(înainte de1999), ER(după 1999)	FR(înainte de1999), ER(după 1999)	X	M young (1983)	V-old
8	Finlanda	FI	MT	ER	ER	ER	ER	V	X	V
9	Franța	FR	MT	ER	ER	ER-HC	ER	V		V
10	Germania	DE	MT - SA	ER	ER	ER	ER	V	X	V
11	Grecia	EL	MT	ER	ER	ER	ER	X	X	V
12	Irlanda	IE	MT-FR&SA	FR	MT-FR&SA	SA :MT-FR ; Necontributiv: FR	SA :MT-FR ; Necontributiv: FR	V-priv; M-pub.	X	V
13	Italia	IT	MT - SA	ER	ER	ER	ER	V	X	V
14	Letonia	LV	SA	ER	ER	ER	ER	X	M young (1971); V-old	V
15	Lituania	LT	SA	ER	ER	ER	FR sau ER	X	X	V
16	Luxemburg	LU	FR-SA	ER	ER	ER	ER	V	X	V
17	Malta	MT	MT-FR	ER	X	FR	ER	Există numai într-o mică măsură	X	V
18	Marea Britanie	UK	FR&MT-SA	ER	X	ER-HC	X	V	X	V
19	Olanda	NL	SA	FR		ER	FR	M	X	V
20	Polonia	PL	MT	ER	ER	ER	ER	V	M/V	V
21	Portugalia	PT	MT - SA	ER	ER	ER	ER	M-prof; V- others;	X	V
22	România	RO	SA	ER	ER	ER	ER	X	M	V
23	Slovacia	SK	MT - SA	ER	ER	ER	ER	X	M/V	V
24	Slovenia	SI	MT	ER	ER	ER	ER	M-prof; V- others;	X	V
25	Spania	ES	MT - SA	ER – priv ; FRw -pub.	ER – priv ; FRw -pub.	ER – priv ; FRw -pub.	ER – priv ; FRw -pub.	V- priv; M-pub.	X	V
26	Suedia	SE	MT	ER	ER	ER	ER	V	M	V
27	Ungaria	HU	MT - SA	ER	ER	ER	ER	X	M - new (1998)	V

Legendă

MT ... Means tested (en)– mod de testare prin care se verifică dacă un individ sau o familie este eligibil pentru ajutor de la guvern;

FR ... Flat rate (en)- - Rată forfetară - se referă la o structură de tarifare care percepe o taxă fixă pentru un singur serviciu ,indiferent de utilizare;

FRw ... Flat rate by wage categories (en)- Rată forfetară pe categorii salariale;

ER ... Earnings related (en)– Legate de venituri salariale;

HC(en)- ... Parțial acoperit de cheltuielile de îngrijire a sănătății;

SA(en)- ... Social allowance/assistance (en)– Asistență (Alocație) socială;

X ... Nu există

V(en)- ... Participare facultativă la sistem

M(en)- ... Participare obligatorie la sistem

public(en)- ... Angajați din sectorul public

private(en)- ... Angajați din sectorul privat

new(en)- ... Noi intrați pe piața muncii

prof(en)- ... Numai pentru anumite profesii

others(en)- ... Altele decât profesiile selectate

young(X)(en)- ... Numai pentru persoanele născute în anul X și după

old(en)- ... Numai pentru alte persoane decât tineri

5.1.2.3.Regulile de indexare în sistemele de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene

Regulile de indexare reprezintă un element important de politici sociale, ele influențând decisiv dinamica cheltuielilor cu pensiile. O majoritate a Statelor Membre UE -27(18), se bazează pe normele de indexare a pensiilor care nu sunt corelate cu creșterea salariilor nominale, în unele cazuri datorită indexării în funcție de creșterea prețurilor (Austria, Franța, Italia, Spania), în altele datorită indexării în funcție de creșterea combinată a salariilor și a prețurilor (Belgia, Bulgaria, Cehia, Cipru, Estonia, Letonia, Luxembourg, Finlanda, Malta, Poland, Slovacia, Suedia sau Ungaria), iar în altele în funcție de creșterea combinată a PIB-ului și a prețurilor (Portugalia). Tabelul nr.15 furnizează o imagine de ansamblu asupra regulilor de indexare din Statele Membre.

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, Italia, Portugalia, Slovenia 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.

Tabelul nr.15

Nr crt	Țară	Simbol țară	Sistem de pensii publice					Sistem de pensii ocupaționale	Scheme pensii private	
			Minimă pensie / Alocație Socială	Pensiile pentru limită de vârstă	Pensiile Anticipate	Pensiile de invaliditate	Pensiile de urmaș		Obligatorii	Facultative
1	Austria	AT	CPI	CPI	CPI	CPI	CPI	-	-	-
2	Belgia	BE	CPI + LSA	CPI + LSA	CPI + LSA	CPI + LSA	CPI + LSA	-	-	-
3	Bulgaria	BG	50%CPI + 50% NI	50%CPI + 50% NI	50%CPI +50% NI (pentru pensiile anterioare anului 2010). NR (pentru pensiile ulterioare anului 2010)	50%CPI + 50% NI	50%CPI +50% NI	NR	NR	NR
4	Cehia	CZ	NR	CPI + min1/3RI	CPI + min1/3RI	CPI + min1/3RI	CPI + min1/3RI	-	-	-
5	Cipru	CY	NI	De bază: NI; Suplimentar: CPI	De bază: NI; Suplimentar: CPI	De bază: NI; Suplimentar: CPI	De bază: NI; Suplimentar: CPI	NR-pub	-	-
6	Danemarca	DK	NI	NI	NI	NI	NI	-	-	-
7	Estonia	EE	80% CPI + 20% NI	80% CPI + 20% NI	80% CPI + 20% NI	80% CPI + 20% NI	80% CPI + 20% NI	-	-	-
8	Finlanda	FI	CPI	80% CPI + 20%NI + sust	80% CPI + 20%NI + sust	80% CPI + 20%NI + sust	80% CPI + 20%NI + sust	-	-	-
9	Franța	FR	CPI	CPI	CPI	CPI	CPI	-	-	-
10	Germania	DE	În conformitate cu pensiile & reexam(5)	NI + sust	NI + sust	NI + sust	NI + sust	-	-	-
11	Grecia	EL	NR	NR	NR	NR	NR	-	-	-
12	Irlanda	IE	NR	NR	NR	NR	NR	NR-pub	-	-
13	Italia	IT	CPI sau fixat în termeni nominali	CPI - size	CPI - size	CPI - size	CPI - size	-	-	-
14	Letonia	LV	CPI + 50% RI	CPI + 50% RI	CPI + 50% RI	CPI + 50% RI	CPI + 50% RI	-	-	-
Nr crt	Țară	Simbol țară	Sistem de pensii publice					Sistem de pensii ocupaționale	Scheme pensii private	
			Minimă pensie / Alocație Socială	Pensiile pentru limită de vârstă	Pensiile anticipate	Pensiile de invaliditate	Pensiile de urmaș		Obligatorii	Facultative
15	Lituania	LT	NR	NR	NR	NR	NR	-	-	NR
16	Luxemburg	LU	CPI dacă CPI>2.5% & RI reexam(2)	CPI dacă CPI>2.5% & RI reexam(2)	CPI dacă CPI>2.5% & RI reexam(2)	CPI dacă CPI>2.5% & RI reexam(2)	CPI dacă CPI>2.5% & RI reexam(2)	-	-	-
17	Malta	MT	2/3 COLA	COLA + NI (nascuți înainte de1962); 70% NI + 30% CPI (nascuți după 1962)	-	COLA	COLA + NI (nascuți înainte de1962); 70% NI + 30% CPI (nascuți după 1962)	-	-	-
18	Marea Britanie	UK	NI	CPI; NI as of 2012	-	-	CPI	-	-	-
19	Olanda	NL	NI	NI	-	NI	NI	70% NI & 30% CPI	-	-
20	Polonia	PL	CPI + 20% RI	CPI + 20% RI	CPI + 20% RI	CPI + 20% RI	CPI + 20% RI	-	NR	NR
21	Portugalia	PT	CPI + GDP	CPI + GDP	CPI + GDP	CPI + GDP	CPI + GDP	CPI pentru primul pilon-beneficii determinate și re-exam(1) pentru alte scheme de pensii ocupaționale	-	-
22	România	RO	CPI + 50% RI	CPI + 50% RI	CPI +50% RI	CPI + 50% RI	CPI + 50% RI	-	NR	-
23	Slovacia	SK	NR	50% CPI + 50% NI	50% CPI + 50% NI	50% CPI + 50% NI	50% CPI + 50% NI	-	NR	-
24	Slovenia	SI	În	NI și sust	NI și sust	NI și sust	NI și sust	NR	NR	NR

			conformitate cu pensile							
25	Spania	ES	CPI	CPI	CPI	CPI	CPI	-	-	-
26	Suedia	SE	CPI	NI + sust	NI + sust	NI + sust	NI + sust	-	-	-
27	Ungaria	HU	-	50% CPI + 50% NI	50% CPI + 50% NI	50% CPI + 50% NI	50% CPI + 50% NI	-	Cel puțin 50%CPI + 50% NI	-

Legendă

NR(en) ... Nu există reguli

RI(en) ... Creșterea reală a ventului

NI(en) ... Creșterea nominală a ventului

GDP(en) ... Creșterea PIB

CPI(en) ... Indicele prețurilor de consum

LSA(en) ... Ajustare la un nivel trai decent

COLA (en) ... Ajustare la costul vieții

size(en) ... Ajustare a dimensiunii pensiei

sust(en) ... Ajustări suplimentare datorate alte mecanisme, cum ar fi un factor de durabilitate, mecanisme de echilibrare, speranța de viață, valoarea unui punct de pensie, mecanisme de întreținere a relativității între ajutoarele sociale și de pensiile contributive, etc

re-exam(X) (en) ... Reexaminare a valorii pensiei la fiecare X ani.

min(en) ... Cel puțin

5.1.2.4.Regulile de impozitare în sistemele de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene

I. Pensiile nu se impozitează în 3 țări europene: Bulgaria, Slovacia și Lituania.

II. Pensiile sunt considerate venituri și se impozitează cu aceleași cote ca și veniturile, în general fiind vorba de cote progresive, în următoarele țări:

- **Grecia:**

- Se aplică regulile generale de impozitare, cu excepția invalizilor de război și a familiilor acestora, respectiv pentru nevăzători.

- Începând cu anul **2010 au fost introduse 9 trepte de impozitare**, cea mai ridicată treaptă fiind de **45,0%** pentru un venit mai mare de **100.000 € anual**.

- **Spania:**

- Începând cu anul 2007 s-a făcut trecerea de la 5 la 4 trepte de impozitare în funcție de nivelul pensiei anuale:

1. a. 0 €– 17.707€ – 24,0%
2. b. 17.707€– 33.007€ – 28,0%
3. c. 33.007 €– 53.407€ – 37,0%
4. d. > 53.407 € – 43,0%

- **Franța:**

- Se aplica impozitul pe venit progresiv pentru pensiile anuale:

1. a. 0 €– 5.875 € – 5,5%
2. b. 11.721 €– 26.030 € – 14,0%
3. c. 26.031 €– 69.783 € – 30,0%
4. d. > 69.783 € – 40,0%

- **Irlanda:**

- Se aplica impozitul pe venit progresiv pentru pensiile anuale:

1. a. 0 € – 36.400€ – 20,0%
2. b. > 36.400 € – 41,0%

- **Finlanda:**

- Se impoziteaza cu **0,0%** pensiile mai mici de **15.200 €** anual.

- Se aplica cote progresive între **6,5 % – 30,5%**, pentru pensiile mai mari de **15.200€** anual.

- **Cipru:**

- Se aplica impozitul pe venit progresiv pentru pensiile anuale:

1. a. 0 €– 19.500 € – 0,0%
2. b. 19.500 €– 28.000 € – 20,0%
3. c. 28.000 €– 36.301 € – 25,0%
4. d. > 36.301 € – 30,0%

- **Luxemburg:**

- Se aplica impozitul pe venit progresiv cu **17 trepte de impozitare**.

- **Malta:**

- Se aplica impozitul pe venit progresiv, pe 3 trepte de impozitare pentru pensiile anuale: până la 8.500 € 0,0%; între 8.500 €– 19.500 € 15,0% – 25,0%; peste 19.500 € 35,0%.

- **Olanda:**

- Se aplica impozitul pe venit progresiv pe 3 trepte pentru pensiile anuale: până la 17.500 €– 33,5%; între 17.500 €– 54.776 € 41,8%- 42,0%; peste 54.776 €– 52,0%.

- **Marea Britanie:**

- Se aplica impozitul pe venit progresiv.

- **Belgia:**

- Se aplica cota progresivă între 25,0% – 50,0%.

- **Cehia:**

- Se aplica o cotă de impozit de 15,0%.

- **România:**

- Se aplică cota unica de 16,0% pentru pensiile mai mari de 1.000 lei lunar - se aplica²⁶ doar sumei care depaseste 1.000 de lei, nu integral la pensia mai mare de 1.000 de lei. Sub 1.000 lei pensiile nu se impoziteaza.

III. Reguli specifice de impozitare a pensiilor gasim in tarile:

- **Norvegia:**

- Pensiile sunt supuse impozitului pe venit progresiv, cu exceptia pensiei minime.
- Începând cu 2010 se aplica un impozit de 15,0% pentru pensionarii care nu domiciliază în Norvegia.

- **Germania**

- Se impoziteaza cu 0,0% pensiile mai mici de 16.800€ anual (suma se dubleaza pentru persoane căsătorite) acordate în anul 2008.
- In anul 2009, limita de impunere fiscala a scăzut la 16.460€ anual.

- **Austria:**

- Nu se impoziteaza în 2008 pensiile mai mici de 13.500€ anual, iar în 2009 pensiile mai mici de 15.000€

- **Portugalia:**

- Nu se impoziteaza pensiile sub 6.000€ anual, dar sunt impozitate cele peste 6.000€

- **Slovenia:**

- Incepand cu 2009 nu se impoziteaza pensiile mai mici de 3.051,35€ pe an (254,27€ pe luna), dar se impozitează cele care depășesc această limită.

- **Suedia:**

- Pentru persoanele cu vârste peste 65 ani nu se impoziteaza pensiile mai mici de 2.953€ lunar.
- In rest, se aplica impozitul pe venit, cu exceptia ajutorului de întreținere pentru vârstnici.

- **Ungaria:**

- Pensiile cumulate cu salariul se impozitează.(pensionarii care sunt și salariați).

- **Letonia:**

- Pensiile acordate înainte de 1 ianuarie 1996 nu sunt impozabile.
- Se impoziteaza însă pensiile acordate sau recalulate dupa 1 ianuarie 1996 mai mari de 1.980 LVL anual (2.819 €).

²⁶ Dacă suma rămasă după scăderea contribuției lunare pentru asigurarile sociale de sănătate este mai mică de 1.000 lei, nu se mai aplică cota unică de impozit.

• **Estonia:**

- Pentru persoane care desfășoară activități profesionale se aplica 0,0% impozit pentru pensiile mai mici de 3.000 EEK lunar (192 €).
- Pentru persoane care nu desfășoară activități profesionale se aplica 0,0% pentru pensiile mai mici de 5.250 EEK lunar (336€).
- Se aplica cota unică peste aceste niveluri.

5.1.2.5.Vârsta legală de pensionare, în Statele Membre ale Uniunii Europene

Reformele derulate în ultimii ani în majoritatea Statelor Membre converg către egalizarea vârstelor legale de pensionare ale bărbaților cu cele ale femeilor, prin creșterea graduală a acestora din urmă, într-o perioadă determinată. Astfel se observă că majoritatea țărilor se îndreaptă spre vârsta universală de pensionare de 65 ani (tabelul nr.16).

De asemenea, în anumite țări, într-un viitor și mai îndepărtat s-a hotărât creșterea în continuare a vârstelor legale de pensionare, atât pentru bărbați, cât și pentru femei, în concordanță cu preconizata creștere a speranței de viață, exemplu Danemarca, Germania , Irlanda și Olanda (Anexanr.12)

Tabelul nr.16

Nr crt	Țara	Simbol	Vârsta legală de pensionare/Observații
1	Austria	AT	Vârsta de pensionare actuală este de 65 ani pentru bărbați și 60 ani pentru femei. Între anii 2024 și 2033 vârsta de pensionare pentru femei va fi gradual crescută cu 6 luni pe an pentru a egala vârsta de pensionare a bărbaților. Pensionarea anticipată este posibilă, pe motiv de handicap, pentru contribuțiile de asigurare pe termen lung, iar pentru muncă fizică grea de la vârsta de 62 ani, cu o reducere de 4,2% pe an între 62 ani și 65 ani ("coridor de pensii").
2	Belgia	BE	De la 1 ianuarie 2009, vârsta legală de pensionare pentru bărbați și pentru femei este de 65 ani, și pentru ambele sexe stagiul complet de cotizare este de 45 de ani. Pensionarea anticipată rămâne posibilă, fără penalizare, pentru lucrătorii salariați din sectorul privat, de la vârsta de 60 ani și numai cu condiția unei cariere de 35 de ani. Până în 1991 pensiile au fost reduse cu 5,0% pentru fiecare an rămas până la vârsta legală de pensionare. Unele forme de penalizare se aplică în continuare pentru pensiile anticipate ale angajaților pe cont propriu. Cu excepția funcționarilor publici, vârsta legală de pensionare nu este obligatorie.
3	Bulgaria	BU	Vârsta de pensionare legală de pensionare este de 63 de ani pentru bărbați și 60 pentru femei. În general, pensionarea anticipată în Bulgaria nu este o opțiune generală. Este posibilă numai pentru persoanele care lucrează în condiții periculoase și foarte nesănătoase de lucru. Legislația pensiilor a fost modificată în ultimii ani pentru a introduce stimulente pentru amânarea retragerii de pe piața forței de muncă. Persoanele care au atins vârsta de pensionare și care lucrează

			<p>încă se pot baza pe un bonus (3,0% pentru fiecare an de amânare) Pensia socială pentru limită de vârstă este de 70 ani pentru bărbați, 70 de ani pentru femei.</p>
4	Cehia	CZ	<p>Cele mai recente modificări parametrice (domeniul pensiilor) adoptate începând cu ianuarie 2010 includ mai multe măsuri importante.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. În primul rând perioadele de studiu nu vor mai conta ca perioade non-contributive în componența stagiului de cotizare 2. Pornind de la varstele actuale de pensionare, 62 ani bărbații, 60,(6) femeile, s-a convenit că vârsta de pensionare va continua să crească treptat cu 2 luni pe an până la vârsta de 65 ani pentru bărbați. Pentru femei va crește într-un ritm mai accentuat, cu 4 luni pe an până când vârsta de pensionare acestora va ajunge la vârsta de pensionare a bărbaților, respectiv 65 ani la sfârșitul perioadei (2019), însă vârsta de pensionare a femeilor, depinde de numărul de copii crescuți (de la 65 ani pentru femei, cu un copil sau niciunul până la 62 ani pentru femei cu cinci sau mai mulți copii). 3. În al treilea rând, perioada de asigurare necesară se va prelungi treptat de la 25 de ani (2010) la 35 de ani în 2019. 4. În al patrulea rând, pentru a sprijini rămânerea în activitate cât mai mult posibil, cuantumul pensiei este redus cu o rată crescută pentru pensionările anticipate care apar mai mult de 2 ani înainte de împlinirea vârstei legale de pensionare, în timp ce cumularea nelimitată a pensiei cu veniturile provenite din activități lucrative a fost permisă, cu excepția situației de pensionare anticipată.
5	Cipru	CY	<p>În conformitate cu sistemul de asigurări sociale vârsta de pensionare este de 65ani pentru bărbați și pentru femei,. Cu toate acestea, pensia pentru limită de vârstă poate fi plătită începând cu vârsta de 63 de ani, în anumite condiții de contribuție. Stimulentele pentru amânarea pensionării se concretizează într-o creștere a cuantumului pensiilor (cu 0,5% pentru fiecare lună lucrată de la data la care beneficiarul avea dreptul să iasă la pensie, până maxim la vârsta de 68 ani).</p> <p>Angajații din sectorul public se beneficiază de scheme obligatorii complementare de pensii (exemplu-Schema de pensii a Angajaților din Guvern). Vârsta legală de pensionare în sectorul public este de 63ani, dar pensionarea anticipată este permisă de la vârsta de 55 ani (58 ani pentru angajații guvernamentali care s-au angajat la sau după 1 iulie 2005) fără nici o reducere de beneficii. În practică, aproape toți angajații guvernului rămân în activitate până la vârsta de pensionare legală.</p> <p>Schema de Pensii Sociale, care este, de asemenea, parte a pilonului obligatoriu(pilonul 1), garantează o pensie pentru limită de vârstă pentru toate persoanele de 65 de ani și peste, care nu au dreptul la o pensie din Schema Generală de Asigurări Sociale sau din orice altă sursă și îndeplinesc condițiile de eligibilitate . Majoritatea covârșitoare a beneficiarilor de pensie socială sunt femei, în special cele cu rate scăzute de participare la piața forței de muncă și</p>

			care au muncit neremunerat în folosul familiei, în agricultură.
6	Danemarca	DK	Vârsta de pensionare în schemele obligatorii(publice) și profesionale de pensionare este de 65 de ani atât pentru bărbați cât și pentru femei. Pensionarea anticipată este posibilă începând cu vârsta de 60 de ani pentru contribuabilii la pensii facultative de pensionare anticipată legate de Sistemul Asigurărilor pentru Șomaj. Începând cu reforma din 2006 s-a fost decis ca vârsta de pensionare anticipată din Sistemul Asigurărilor pentru Șomaj să crească de 60 ani la 62 ani între anii 2019 și 2022, iar vârsta de pensionare în sistemele ²⁷ Pensiiilor Populare și ATP se va ridica de la 65 ani la 67 ani între anii 2024 și 2027. Începând cu anul 2025 (pensii facultative de pensionare anticipată) și anul 2030 (pensii publice pentru limită de vârstă) vârsta de retragere, respectiv vârsta de pensionare vor fi indexate cu speranța de viață.
7	Estonia	EE	În anul 2010, vârsta legală de pensionare a fost stabilită la 63 ani pentru bărbați și la 61 ani pentru femei. Aceste vârste vor fi egalizate la 63 ani până în anul 2016. În aprilie 2010, Parlamentul a adoptat amendamente la Legea privind Asigurarea Națională de Pensie, potrivit căreia vârsta de pensionare va crește treptat atât pentru bărbați cât și femei, începând cu anul 2017, cu 3 luni pe an, ajungând la vârsta de 65 ani în anul 2026. Există posibilitatea pensionării anticipate cu trei ani înainte de vârsta legală de pensionare cu condiția unui stagiu minim de cotizare de 15 ani. Pentru fiecare lună de pensie anticipată, dreptul la pensie este redus cu 0,4%. În cazul în care pensia este amânată, dreptul la pensie este crescut cu 0,9% pentru fiecare lună după vârsta legală de pensionare.
8	Finlanda	FI	Vârsta de pensionare pentru pensia de bază națională este de 65 ani, dar în anumite condiții, este posibilă pensionarea anticipată, începând cu vârsta de 62 ani. Vârsta de pensionare este flexibilă între 62 și 68 ani, însoțită de rate mai mari de acumulare(angajament ²⁸) pentru ultimii ani de muncă: 1,9% pe an între 53 și 62 ani și 4,5% pe an între 63 și 68 ani, în loc de rata de acumulare standard de 1,5%. Pensia este calculată pe baza salariilor primite în cursul întregii cariere profesionale (de la începutul anului 2005).
9	Franța	FR	Drepturile de pensii pot fi deschise la o vârstă minimă de pensionare. Cu

²⁷ Danemarca are un sistem de pensii multi-pilon. Sistemul pensiilor publice pentru limită de vârstă, care în anii 1990 a fost adaptat pentru a se potrivi suprastructurii schemelor ocupaționale și personal-facultative are două elemente. Primul element este universal, non-contributiv, pe bază rezidențială (Pensiile Poporului), finanțat de la sistemul de taxare generală și pe sistemul pay-as-you-go. Contribuțiile la pensie sunt impozabile și constau dintr-o parte forfetară și o parte în funcție de venit. Al doilea element este o schemă cu contribuții definite (ATP), finanțată din contribuțiile obligatorii de la toate persoanele angajate și ale beneficiarilor de venituri de transfer temporare (prestații de șomaj, etc), organizată într-un fond separat în cadrul gestionării tripartite.

²⁸ În cazul sistemelor de pensii de tip ocupațional bazate pe o rate de angajamente, angajații câștiga (sau "acumulează"), an de an, o sumă pentru pensie, corespunzător fiecărui an de muncă, pe bază de depuneri lunare. Dacă angajatul se califică pentru o pensie completă, va primi suma tuturor acestor angajamente anuale, această sumă reprezentând pensia totală. Cu cât este/sunt, mai mare/mari, rata/ratele de angajament cu atât mai mare va fi cuantumul pensiei plătite.

			<p>excepția unelor regimuri speciale, vârsta minimă de pensionare a fost stabilită la 60 ani (până la reforma 2010). De la aceasta varstă, oamenii se pot pensiona și vor primi un cuantum al pensiei care depinde de durata contribuțiilor și a salariilor lor din trecut (o medie a celor mai mari 25 salarii anuale, în regimul general).</p> <p>În scopul de a obține o pensie completă, trebuie fie îndeplinită condiția privind lungimea contribuției sau să aibă vârsta legală de pensionare, de 65 ani(până la reforma 2010), vârstă care asigura o pensie completă indiferent de lungimea contribuției.</p> <p>Lungimea contribuției este revizuită să crească în mod automat în scopul menținerii constante a raportul dintre lungimea contribuției și speranța de viață rămasă. Prin urmare, perioada de contribuție va crește până la 41 ani pentru generația 1952 și până la 41.5 ani pentru generațiile următoare.</p> <p>Vârstele de pensionare ar putea fi majorate cu 2 ani,cu o rată de 4 luni pe an, începând cu generația 1951.</p> <p>Vârsta minimă de pensionare ar putea să fie de 62 ani pentru persoanele născute în anul 1956 (vârstă la care vor ajunge în anul 2018) și vârsta la care se califică pentru o pensie completă (indiferent de lungimea contribuția) va fi 67 ani pentru persoanele născute în 1956 (vârstă la care vor ajunge în anul în anul 2023).Perioada de cotizare va crește până la 41,5 ani până în anul 2020 și va continua să crească, ulterior, în funcție de speranța de viață.</p> <p>Unii lucrători cu stagii lungi de cotizare (în anumite condiții), se vor putea pensiona înainte de împlinirea vârstei de pensionare minimă, între 58 ani și 61 ani.Această oportunitate va fi extinsă la persoane care au început să lucreze înainte de vârsta de 18 ani. Persoanele cu handicap (în anumite condiții), vor putea să se pensioneze înainte de împlinirea vârstei minime de pensionare, la 60 ani.</p>
10	Germania	DE	<p>Reforme majore au fost implementate începând cu anul 1992. Acestea au:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) crescut vârsta legală de pensionare la 65 ani, cu reduceri ale cuantumului pensiei în caz de pensionare înainte de această vârstă. b) acordat stimulente pentru a consolida al doilea pilon(scheme ocupaționale) și al treilea pilon (scheme private) . c) modificat formula de indexare, în special prin intermediul "factorul de durabilitate", care a fost adaptat la schimbările intervenite în raportul între plătitorii de contribuție și beneficiarii de pensii. d) introdus mecanisme pentru a lua în considerare timpul destinat îngrijirii copilului.
11	Grecia	EL	<p>La 15 iulie 2010, Parlamentul grec a adoptat Legea 3863, care ,în lumina măsurilor prevăzute de Programul de Ajustare Economică (reducerea celor mai mari pensii, eliminarea primele de Paști și de Craciun, înghețarea indexărilor) introduce economii drastice pe termen mediu(perioada 2010-2013), în cheltuielile cu pensiile, precum și o reformă cuprinzătoare de pensii, în vederea asigurării</p>

			<p>sustenabilității sistemului de pensii pe termen mediu și lung. Reforma aduce următoarele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. generalizarea vârstei legale de pensionare la 65 ani (pentru femei de la 1.1.2013), o vârstă minimă de pensionare anticipată de 60 de ani (pentru lucrătorii cu meserii grele și dificile și pentru cei cu stagiul de cotizare de minim 40 de ani), și crearea unui mecanism de ajustare automată care va modifica vârsta legală de pensionare funcție de creșterea speranței de viață (de la 1.1.2021); 2. creșterea stagiului complet de cotizare de la 37ani la 40 ani; 3. introducerea unor condiții mai stricte de eligibilitate și re-examinări regulate pentru pensiile de invaliditate, o îngustare substanțială a listei de meserii grele și dificile; 4. fuziunea fondurilor de pensii existente și crearea unui sistem nou unificat de pensii pentru toți angajații actuali și viitori, o eliminare a normelor speciale pentru persoanele asigurate înainte de 1993 (păstrând în același timp drepturile dobândite) ; 5. modificarea formulei de calcul a pensiei în cadrul schemelor de tip contributiv pentru a consolida legătura între contribuțiile plătite și prestațiile primite (cu rata de angajament limitată la o rată anuală medie de 1,2%) și extinderea bazei de calcul a pensiilor la câștigurile obținute pe durata întregii vieți (păstrând în același timp drepturile dobândite); 6. reducerea drepturilor de pensie (cu 6,0% pe an) pentru persoanele ce se pensionează între vârstele de 60 ani și 65 ani, cu o perioadă de cotizare mai mică de 40 ani; 7. crearea unui venit minim garantat pentru pensionari (de exemplu, pentru cei cu mai puțin de 15 de ani de stagiul), precum și pentru persoanele ce depășesc vârsta legală de pensionare, care îndeplinesc anumite criterii legate de cuantumul veniturilor și de reședința lor în țară.
12	Irlanda(IE)	IE	<p>Vârsta legală de pensionare este de 65 ani atât pentru bărbați cât și pentru femei. În martie 2010, guvernul irlandez a publicat Cadrul Național de Pensii, care stabilește intențiile Guvernului pentru reforma sistemului de pensii în Irlanda. Cadrul se bazează pe multe dintre problemele ridicate în Cărții verzi privind pensiile din 2007. Astfel, vârsta la care pensia de stat va fi primită va crește la 66 ani în 2014, la 67ani în 2021 și la 68 ani în 2028, iar amânarea primirii de pensii de stat dincolo de aceste vârste va fi permisă .</p>
13	Italia	IT	<p>Ca rezultat al procesului de reformă, vârsta legală de pensionare este de 65 ani pentru bărbați și femei în sectorul public, și 60 ani pentru femei în sectorul privat. Pensionarea anticipată este permisă pe baza fie a minim 40 de ani de contribuție, indiferent de vârstă, sau pe baza a 35 de ani de contribuții, împreună cu o cerință de vârstă care va crește treptat în timp de la 60 ani (61 ani pentru pensionarii pe cont propriu) în 2010 la 62ani (63 ani pentru angajații pe cont</p>

			<p>propriu) în 2013.</p> <p>Începând cu anul 2015, adaptarea cerințelor vârstei de pensionare la creșterea speranței de viață, va determina ajustarea pensiilor anticipate/ limită de vârstă și ajutoarelor sociale pentru limită de vârstă și va produce creșterea continuă a vârstei de pensionare cu aproximativ 4 luni la fiecare trei ani. În perioada până în 2050, creșterea cumulată va fi de aproximativ 3,5 ani.</p> <p>Din anul 2010, asistența socială garantează pentru persoanele cu vârsta de 70 ani și peste un venit anual de cel puțin 7760 € pentru o persoană singură și 13.120€ pentru cupluri (inclusiv venitul soțului / soției).</p>
14	Letonia	LV	Vârsta legală de pensionare a fost mărită treptat până când a ajuns la 62 ani atât pentru bărbați (în 2003) cât și pentru femei (în 2008).
15	Lituania	LT	Vârsta legală de pensionare este de 62,5 ani pentru bărbați și 60 ani pentru femei. Perioada de calificare pentru a primi pensie completă este de 30 de ani plini (o perioadă minimă de calificare fiind de 15 ani), un an plin constând din cel puțin 12 salarii minime lunare. Un sistem de pensionare anticipată de pensii a fost introdus pentru șomerii pe termen lung în anul 2004. În cadrul acestei scheme de pensii, drepturile de pensii sunt reduse cu 0,4% pentru fiecare lună întreagă rămasă până la vârsta de pensionare. Rămânerea în activitate peste vârsta de pensionare este răsplătită prin creșterea cu 8,0% pe an a drepturilor de pensie.
16	Luxemburg	LU	Vârsta legală de pensionare este de 65 ani pentru bărbați și 65 ani pentru femei.
17	Malta	MT	În anul 2006, sistemului de pensii fost revizuit major. Modificările includeau creșterea treptată a vârstei de pensionare de la 60 de ani pentru femei și 61 pentru bărbați, înainte de reformă, la 65 ani pentru ambele sexe în anul 2026. În paralel cu creșterea în vârstei legale de pensionare, stagiul de cotizare necesar pentru a avea dreptul la 2/3 din pensia completă se va prelungi treptat de la nivelul actual de 30 de ani, la 40 de ani, în 2026. Stagiul minim de cotizare este de 9 ani.
18	Marea Britanie	UK	Vârsta de pensionare pentru pensia de stat va crește treptat, pentru femei, pentru a egala vârsta de pensionare a bărbaților, de la 60 ani la 65 ani între anii 2010 și 2020. Între anii 2024 și 2046 vârsta de pensionare va crește de la 65 ani la 68 ani atât pentru bărbați cât și pentru femei.
19	Olanda	NL	Pensia de stat pentru limită de vârstă este prevăzută pentru toți rezidenții din Olanda, în vârstă de 65 de ani și peste, este un drept de pensie forfetar, în principiu, garantat la un nivel minim de 50,0% din salariul minim net pentru fiecare partener din cupluri sau de 70,0% din salariul minim net pentru cei singuri. La data de 04 iunie 2010 partenerii sociali au ajuns la un acord privind creșterea vârstei de pensionare, în conformitate cu creșterea speranței de viață. Vârsta de pensionare pentru pensia de stat ar trebui să crească la 66 de ani din anul 2020, și la 67 ani din anul 2025. Acest lucru rezultă dintr-o formulă prin care vârsta de pensionare va fi ajustată la speranța de viață la fiecare cinci ani. Orice modificare a vârstei de pensionare va fi anunțată cu 10 ani înainte. Vârsta de

			pensionare pentru schemele de pensii ocupationale va fi similara varstei de pensionare de stat.
20	Polonia	PL	Vârsta de pensionare este de 65 ani pentru bărbați și 60 ani pentru femei.
			<p>În sistemul general prevăzut de lege, vârsta legală de pensionare este de 65 de ani pentru bărbați și femei, însă scopul este creșterea pensiei pentru limită de vârstă la 70 ani (această limită se aplică în prezent numai pentru funcționarii publici).</p> <p>Există, o posibilitate de pensionare anticipată, special pentru șomerii pe termen lung, lucrători mai în vârstă, care sunt eligibili pentru pensionare anticipată fără penalități, la vârsta de 62 ani, în cazul în care șomajul are loc după împlinirea vârstei de 57 ani.</p> <p>În contextul flexibilității vârstei de pensionare, este posibil pentru lucrătorii care au 30 de ani de stagiul de cotizare să ceară pensionarea anticipată, cu o penalitate, începând cu vârsta de 55 ani.</p> <p>Subsistemul administrației publice, în care vârsta legală de pensie era mai mică, respectiv 60 ani, acum converge către regimul general.</p> <p>Pentru a avea dreptul la o pensie pentru limită de vârstă, beneficiarii sistemului de protecție socială trebuie să aibă un stagiul minim de 15 de ani de cotizare.</p>
21	Portugalia	PT	Vârsta standard de pensionare este de 65 de ani pentru bărbați și 63 de ani pentru femei. Astfel, în intervalul ianuarie 2011 – ianuarie 2015 , vârsta de pensionare a femeilor va crește de la 59 de ani la 60 de ani, iar cea a bărbaților va crește de la 64 de ani la 65 de ani. La finele acestei perioade, se continuă creșterea graduală a vârstei de pensionare numai pentru femei, de la 60 de ani la 63 de ani, până în anul 2030 .
			<p>Stagiul minim de cotizare este de 15 ani, atât pentru femei, cât și pentru bărbați. Astfel, în intervalul ianuarie 2011 – ianuarie 2015, stagiul minim de cotizare va crește de la 13 ani la 15 ani, atât pentru femei, cât și pentru bărbați.</p> <p>Stagiul complet de cotizare este de 35 de ani, atât pentru femei, cât și pentru bărbați. Astfel, în intervalul ianuarie 2011 – ianuarie 2015, stagiul complet de cotizare pentru femei va crește de la 28 ani la 30 de ani, iar pentru bărbați de la 33 de ani la 35 de ani. La finele acestei perioade, se continuă creșterea graduală a stagiului complet de cotizare numai pentru femei, de la 30 de ani la 35 de ani, până în anul 2030.</p> <p>Asigurații care au depășit stagiul complet de cotizare cu cel puțin 8 ani pot solicita pensia anticipată cu cel mult 5 ani înaintea vârstelor standard de pensionare.</p> <p>Asigurații care au realizat stagiul complet de cotizare, precum și cei care au depășit stagiul complet de cotizare cu până la 8 ani pot solicita pensie anticipată parțială cu reducerea vârstelor standard de pensionare cu cel mult 5 ani.</p>
22	România	RO	
23	Slovenia	SI	Vârsta legală de pensionare este stabilită la 62 de ani pentru bărbați și va ajunge la 62 de ani pentru femei în anul 2024.
24	Slovenia	SI	Sistemul de pensii obligatorii (publice) a fost considerabil modificat prin reforma

			din 2000. În al doilea rând, vârsta legală de pensionare a fost majorată la 63 ani pentru bărbați și 61 de ani pentru femei. Proiectul de reformă prezentat în august 2010 are drept scop creșterea graduală a vârstei legale de pensionare de la 61/63 ani (femei / bărbați) la 65 de ani atât pentru femei cât și bărbați, cu un stagiul minim de cotizare de 15 ani. În proiect se propune o creștere treptată a vârstei minime de pensionare de la 58 ani la 60 ani, cu un stagiul de cotizare de 38/40 ani (femei / bărbați), care vor reprezenta, la sfârșitul perioadei de tranziție, condițiile de dobândire a pensiei anticipate, al cărei cuantum va fi redus cu 0,3% pentru fiecare lună de anticipare. Toate perioadele de tranziție se vor încheia în anul 2025. Perioada de calcul a bazei de pensii va fi extinsă treptat de la 18 ani la 34 ani.
25	Spania	ES	Drepturile de pensie sunt calculate ca procent dintr-o "pensie de bază". Pensia de bază este o medie a contribuțiilor plătite în cursul celor 15 ani înainte de pensionare (până la un plafon anual de 38.376 € care corespunde la aproximativ 190,0% din salariul mediu). O pensie completă de 100,0% din "pensia de bază" este atinsă după 35 ani de contribuție și la împlinirea vârstei standard de pensionare de 65 ani. Procentul din "pensie de bază" care este plătit scade în cazul în care persoana a contribuit mai puțin de 35 ani. Angajații își pot prelungi activitatea peste limita de 65 ani și primesc stimulente să facă acest lucru. Pensionarea anticipată este posibilă, începând cu vârsta de 61 ani (în anumite condiții și cu reduceri în dreptul de pensie).
26	Suedia	SE	Vârsta minimă de pensionare este de 61 ani – de la care se poate primi pensie și primă de pensie. Nu există vârstă maximă de pensionare, de la care angajatul să fie obligat să se retragă. Un angajat are dreptul la muncă până la 67 ani și poate depăși această vârstă, în cazul în care angajatorul permite acest lucru. De la 65 ani, pensia minimă garantată poate fi obținută de către cei cu o pensii mici. Deoarece sistemul de pensii funcționează pe o bază actuarială ²⁹ , cuantumul pensiei depinde de durata stagiului de cotizare, astfel pensia anticipată va reduce cuantumul pensiei, iar amânarea pensionării va conduce la un cuantum al pensiei mai mare.
27	Ungaria	HU	Vârsta legală de pensionare este de 62 pentru bărbați și a fost crescut treptat până la acest nivel (de la 55 ani) pentru femei, până în 2009. Cu toate acestea, o mare majoritate a oamenilor (94,0% în 2004) s-a retras mai devreme, astfel încât vârsta de pensionare efectivă este aproximativ 3 ani mai mică (59,3 în 2009) decât vârsta legală. Ca urmare a reformei din anul 2009, vârsta legală de pensionare va crește și mai mult, respectiv de la 62 ani până la 65 ani între 2014 și 2022.

²⁹Rate de angajament

5.1.2.6.Vârsta medie efectivă de pensionare, în Statele Membre ale Uniunii Europene

În majoritatea Statelor Membre, vârsta medie de ieșire la pensie este mai mică decât vârsta legală de pensionare. În mare parte, acest lucru se datorează existenței unor sisteme de pensionare anticipată și / sau alte programe guvernamentale care oferă sprijin material pentru persoanele în etate înainte de a ajunge la vârsta de pensionare oficială. De asemenea, într-un număr de țări (Finlanda și Suedia), vârsta de pensionare este flexibilă, incluzând stimulente ca persoanele să rămână cât mai mult posibil pe piața forței de muncă. De exemplu, o pensionare la vârsta de 62 ani ar conduce la o reducere a pensiei, în comparație cu cazul tipic al pensionării la vârsta standard de 65 de ani, în timp ce continuarea lucrului până la vârsta de 68 ani ar duce la o creșterea pensiei cu o anumită sumă.

Vârsta medie efectivă de pensionare a înregistrat creșteri mai mult sau mai puțin pronunțate în aproape toate Statele Membre, între 2001 și 2009, cu o medie la nivelul UE-27 de 61,4 ani în 2009. (Anexa nr.13)

În anul 2009, pe total, vârsta medie efectivă de pensionare a avut cele mai mari valori în Suedia(64,3 ani), Bulgaria(64,1 ani), Irlanda (64,1 ani) și cele mai mici valori în Polonia(59,3 ani), Slovacia(58,8 ani) și **România**(56,9 ani). Pentru sexul feminin, vârsta medie efectivă de pensionare a avut cele mai mari valori în Irlanda (64,6 ani), Suedia (64,0 ani), Spania (63,4 ani) și cele mai mici valori în Slovacia (57,5 ani), **România** (56,1 ani) și Slovenia (55,2 ani). Pentru sexul masculin, vârsta medie efectivă de pensionare a avut cele mai mari valori în Estonia (65,0 ani), Cipru (65,0 ani), Suedia (64,7 ani) și cele mai mici valori în Slovenia (59,5 ani), **România** (57,8 ani) și Luxemburg (57,7 ani).

În ceea ce privește vârsta medie efectivă de pensionare în anul 2060,scenariul de bază ia în considerare efectul potențial al reformelor sistemului de pensii recente cu privire la rata de participare a lucrătorilor în vârstă. Pentru acele țări cu vârstele de pensionare legale stabilite să crească până în anul 2020 și dincolo, (Anexa nr.12), vârsta medie efectivă de pensionare este va continua să crească, ajungând în 2060, cu trei ani mai mare în Germania, Italia, Malta și Polonia și de între doi și trei ani mai mare în Danemarca, Spania, Austria, și Slovacia. Creșterea vârstei medii efectivă de pensionare a femeilor va fi similară, sau chiar mai mare decât a bărbaților, în unele cazuri –situație datorată alinierii progresive a vârstei legale de pensionare a femeilor cu la cea a bărbaților.

5.1.3. Principalele provocări ale sistemelor de pensii din Statele Membre ale Uniunii Europene

5.1.3.1. Îmbătrânirea demografică

În timp ce faptul că Europa se confruntă cu o provocare demografică majoră este binecunoscut că se va atinge o fază critică, deoarece primele cohorte de cetățeni din generația baby-boom se apropie de vârsta pensionării și populația de vârstă activă din Europa ar trebui să scadă începând cu 2012.

Bineînțeles, faptul că populația trăiește mai mult decât înainte este un imens progres :în ultimii 50 de ani, speranța de viață a crescut cu aproximativ 5 ani în UE. Cele mai recente previziuni demografice anunță că o nouă creștere de aproximativ 7 ani ar putea avea loc până în 2060. În combinație cu rate scăzute de fertilitate, aceasta va duce la o schimbare dramatică a structurii pe vârste a populației. În consecință, raportul de dependență economică a persoanelor vârstnice se va dubla: în timp ce în prezent există patru persoane de vârstă activă pentru fiecare persoană cu vârstă mai mare de 65 de ani, până în 2060 vor exista doar două persoane de vârstă activă pentru fiecare persoană cu vârstă mai mare de 65 de ani.

De asemenea, piețele forței de muncă cunosc și alte tendințe de multă vreme: întârzieri privind începerea vieții active cu normă întreagă din cauza nevoii crescute de educație și pensionarea anticipată, datorată gestionării vârstei și politicilor care prevalează pe piața forței de muncă. Deși tendința către pensionarea anticipată a început să se inverseze, majoritatea oamenilor, în special femeile, părăsesc încă piața muncii cu mult timp înainte de vârsta normală de pensionare, și anume 65 de ani , ceea ce pune în evidență perspectiva de gen.

Având în vedere tendințele actuale, situația este inacceptabilă. Cu excepția cazului în care cetățenii, care trăiesc mai mult, ocupă de asemenea mai mult timp un loc de muncă, există riscul ca adecvarea pensiilor să se deterioreze sau să apară o creștere inacceptabilă a cheltuielilor legate de pensii. Impactul provocării demografice, agravat de criză, va avea tendința de a reduce creșterea economică și de a pune presiune asupra finanțelor publice. Raportul pe 2009 privind îmbătrânirea (2009 Ageing Report) a indicat că, având în vedere diminuarea forței de muncă, singura sursă de creștere până în 2020 va fi productivitatea forței de muncă. Deși reformele au redus deja semnificativ impactul îmbătrânirii asupra viitoarelor costuri în materie de pensii, se preconizează că cheltuielile publice legate de îmbătrânire vor crește încă cu aproximativ 5 puncte procentuale din PIB până în 2060, jumătate din această creștere fiind datorată cheltuielilor în domeniul pensiilor.

O altă tendință de lungă durată este schimbarea intervenită în societate – cum ar fi gospodăriile monoparentale, cuplurile fără copii și îndepărtarea geografică a diferitelor generații ale aceleiași familii – care antrenează furnizarea mai formală de servicii de asistență care, în alte

circumstanțe, ar fi fost furnizate în cadrul familiei. Această evoluție este o sursă de dificultăți suplimentare în materie de finanțare a asistenței medicale și a îngrijirii pe termen lung.

Pensiile prin capitalizare ar putea fi afectate, de asemenea, de îmbătrânirea demografică. Îmbătrânirea societăților ar reduce rata de creștere potențială a economiei, ceea ce ar presupune scăderea ratelor randamentului real, aceasta putând afecta, de asemenea, prețurile activelor financiare. Această eventuală diminuare a randamentelor plasamentelor efectuate prin intermediul fondurilor de pensii poate duce la o majorare a cotizațiilor, o reducere a pensiilor, o creștere a ieșirilor de capital către piețe emergente sau o asumare de riscuri într-o mai mare măsură.

5.1.3.2. Reformarea sistemelor de pensii

Deși sistemele existente în Statele Membre diferă în mod semnificativ, majoritatea acestora au fost adaptate în ultimele decenii pentru asigurarea unei mai mari viabilități. În același timp, Statele Membre au încercat să mențină adecvarea pensiilor și să răspundă mai bine schimbărilor de pe piețele forței de muncă și repartiției rolurilor între femei și bărbați.

Principalele tendințe au fost:

1. Încurajarea unei părți mai mari a populației să muncească mai mult și mai mult timp pentru obținerea unor drepturi similare cu cele anterioare: creșterea vârstei de pensionare; recompensarea pensionării târzii și penalizarea pensionării anticipate; trecerea de la pensii bazate pe câștigurile din cei mai buni ani la pensii bazate pe câștigurile medii pe carieră; suprimarea sau restrângerea posibilităților de ieșire anticipată de pe piața muncii; măsuri legate de piața forței de muncă pentru a încuraja și lucrătorii vârstnici să rămână pe piața forței de muncă și pentru a le oferi mijloacele de a face acest lucru și favorizarea egalității între femei și bărbați pe piața forței de muncă.

2. Trecerea de la sisteme care înglobau în general un singur nivel la sisteme cu mai multe niveluri. Această situație rezultă din tendința constatată în majoritatea (dar nu în totalitatea) Statelor Membre de a reduce cota din pensiile publice prin repartiție în sistemul global și de a acorda o importanță mai mare schemelor complementare private prefinanțate, care sunt adesea scheme cu contribuții definite.

3. Măsuri pentru a răspunde problemelor legate de inadecvarea pensiilor, de exemplu prin eforturi pentru extinderea acoperirii, sprijinirea constituirii de drepturi de pensie, facilitarea accesului la pensii pentru grupurile vulnerabile și creșterea sprijinului financiar pentru pensionarii mai săraci.

4. Dimensiunea de gen: femeile tind să predomine printre persoanele cu contracte atipice, ele câștigă în general mai puțin decât bărbații și își întrerup cariera mai frecvent decât aceștia pentru a-și asuma responsabilități familiale. Prin urmare, pensiile lor tind să fie mai mici și riscul de sărăcie

este în general mai ridicat în rândul femeilor vârstnice și datorită faptului că ele trăiesc mai mult. În timp ce sistemele de finanțare prin repartitie țin seama de perioadele consacrate responsabilităților familiale, acest lucru este mai puțin evident în cadrul schemelor de pensii prin capitalizare, unde se pune problema modalității de finanțare a unei astfel de solidarități. Reformele au încurajat creșterile recente ale vârstei efective de ieșire la pensie și au deschis noi posibilități de garantare a oferirii unor pensii adecvate într-un mod durabil. În același timp, reformele au avut și vor continua să aibă drept efect creșterea responsabilității individuale în ceea ce privește rezultatele. Cetățenii dispun în prezent de mai multe opțiuni, însă, în același timp, sunt expuși mai multor riscuri. Pentru ca reformele să aibă succes, toate schemele de pensii trebuie să își îndeplinească rolul și riscurile trebuie înțelese și gestionate.

Viitoarea adecvare a pensiilor se va baza pe randamentele de pe piețele financiare și pe capacitatea piețelor forței de muncă de a oferi posibilități de cariere contributive mai lungi și cu mai puține întreruperi. Pentru a consolida coeziunea socială, anumite State Membre vor dori poate să abordeze problemele rămase încă nerezolvate, cum ar fi pensiile minime, acoperirea lucrătorilor atipici și luarea în considerare a anumitor întreruperi involuntare de carieră, de exemplu, în cazul în care o persoană trebuie să se ocupe de persoane dependente și vulnerabile.

Sistemele de pensii reformate cresc riscurile de inadecvare pentru un număr considerabil de lucrători. Ratele de înlocuire nete se vor diminua³⁰ în multe state membre, deși nivelul inițial și gradul de reducere variază considerabil, pe de altă parte, anumite țări, în special cele cu niveluri inițiale foarte scăzute, au sporit aceste rate.

Reformele pensiilor puse în aplicare în ultimii ani, în unele state membre au avut efecte pozitive vizibile (cel mai recent în Cehia, Danemarca, Portugalia și Ungaria). Ele au redus drastic, în ultimii ani, creșterea preconizată a cheltuielilor cu pensiile publice, diminuând impactului bugetar al îmbătrânirii populației.

În multe state membre, însă, ar putea fi nevoie de reforme suplimentare, având în vedere amploarea modificărilor demografice preconizate și pentru a asigura succesul durabil al reformelor puse în aplicare. Pentru statele membre în care procesul de reformă nu este suficient de avansat, există o necesitate urgentă de a revizui „promisiunile de pensii” pe baza estimărilor privind resurselor economice (în special bugetele publice) ce pot fi furnizate.

³⁰ Întârzierea ieșirii de pe piața forței de muncă poate reduce declinul acestor rate.

5.1.3.3.Cele mai recente reforme în Statele Membre(după iulie 2008)

1. Bulgaria

Începând cu 1 octombrie 2008 toate pensiile pentru limită de vârstă, atribuite înainte de 31 decembrie 2007, au fost recalculat, folosind o bază diferită și anume - venitul mediu de asigurare din 2007.

Recalcularea a fost făcută pentru a unifica parametri determinanți ai pensiei (punctajul individual și stagiul de cotizare) în scopul corectării eventualelor inechități.

De la 1 ianuarie 2009, rata contribuției de asigurare pentru a asigurărilor sociale de stat pentru Fondul de Pensii de Asigurări Sociale s-a redus de la 22,0% la 18,0%, cota de contribuție a angajatorilor a fost stabilită la 10,0%, iar cea a angajaților - la 8,0%.În plus față de angajatorii și angajații, statul a intrat ca un terț care furnizează 12,0% din cuantumul total a contribuțiilor anuale la Fondul de Pensii de Asigurări Sociale.

Urmare a modificării ratei generale a contribuției de asigurare, contribuția totală de asigurări sociale s-a redus cu 2,4% pentru angajatori, în timp ce pentru angajații a rămas la același nivel.Fără a lua în considerare contribuția de asigurări de sănătate, sarcina de securitate socială a scăzut cu 3,6% pentru angajatori și cu 0,8% pentru angajați.

La 1 ianuarie 2009, pensiile sociale minim garantate au crescut cu 10,0%.

Pensiile pentru limită de vârstă au crescut la 1 aprilie 2009 prin creșterea ponderii fiecărui an de asigurare în formula de pensii de la 1 la 1,1. În plus, începând de la 1 aprilie 2009, valoarea maximă a pensiei (exclusiv bonusuri la aceasta) a crescut la 357,9€ de la 250,5€

La 1 iulie 2009 pensiile au fost actualizate cu 9,0% după regula "elvețiană".

2. Italia

Conform Legii nr. 102/2009 vârsta legală de pensionare a femeilor în sectorul public (în prezent 60) este prevăzută să crească cu un an din doi în doi ani, începând cu 2010, în scopul egalizării vârstei legale de pensionare a bărbaților (în prezent 65) până în 2018.

Această intervenție a fost adoptată prin implementarea sentinței Curții Europene de Justiție prin care se impunea eliminarea oricăror diferențe între vârsta de pensionare a bărbaților față de vârsta de pensionare a femeilor în sectorul public.

3. Letonia

În iulie 2008, autoritățile letone au introdus următoarele modificări de politică în domeniul pensiilor:

- Scăderea pensiilor pentru limită de vârstă și a pensiilor de serviciu cu 10,0% (de la 1 iulie 2009 până la 31 decembrie 2012);

- Scăderea de pensii pentru limită de vârstă și a pensiilor de serviciu cu 70,0% pentru pensionari care lucrează (de la 1 iulie 2009 până în 31 decembrie 2012);
- Valoarea pensiei anticipate este de 50,0% din cuantumul pensiei calculată (până la 30 iunie 2009 era 80,0%);
- Stabilirea indexării pur bazată pe IPC³¹ (înainte: IPC + 50,0% din creșterea reală a salariului), nu s-au acordat indexări în 2009;
- Reducerea ratelor de contribuție la al doilea pilon: începând cu 1 mai 2010 - 2,0%(față de 2009 - 8,0%), în 2011 - 4,0%, în 2012 și pentru toți anii următori - 6,0% (înainte de: 1 mai 2010, 2009 -8,0%; 2010 – 9,0% în 2011 și pentru toți anii următori -10,0%).

4. Portugalia

În scopul aplicării Acordului din 2006 privind Reforma de Securitate Socială, noua legislație privind finanțarea (contributivă) a sistemului de securitate socială generală a fost publicată în septembrie 2009 (Legea nr.110/2009 din 16 septembrie) și este în vigoare de la 1 ianuarie 2010. Principalele elemente ale noului cod contributiv, cu impact asupra sustenabilității financiare a sistemului de securitate socială, prin creșterea preconizată a veniturilor, sunt următoarele.

i) Privitor la salariați:

Extinderea bazei contributive pentru a cuprinde beneficii care nu au fost luate în considerare anterior (cheltuielile de deplasare, participarea la profiturile întreprinderilor, ...) într-un mod progresiv (33,0% în 2010, 66,0% în 2011 și 100,0% din 2012);

Diferențierea a ratei contribuției angajatorilor (23,75%), în funcție de tipul contractului de muncă prin reducerea cu 1,0%, în cazul contractelor permanente și creșterea acesteia cu 3,0% pentru contractele temporare;

Stimulente pentru a amâna pensionarea prin reducerea în continuare a ratei de contribuție pentru cei care sunt eligibili pentru o pensie completă (reducere cese aplică pentru angajator și angajat).

ii) Privitor la angajații pe cont propriu:

Entitățile care au contract de servicii cu angajații pe cont propriu, trebuie să contribuie la securitatea socială, baza contribuției fiind de 70,0% din serviciul plătit, cota de contribuție este de 2,5% în 2010 și de 5,0% începând cu anul 2011;

Baza contributivă a angajaților pe cont propriu, este acum determinată de către Serviciile de Securitate Socială luând în considerare declarațiile fiscale ale veniturilor și se preconizează o ajustare progresivă (anuală) a bazei contributive;

³¹ Indicele prețurilor de consum

Rata contributivă a angajaților pe cont propriu, este acum armonizată (29,6% aplicat la 20,0% din valoarea de vânzare și 24,6% aplicat la 70,0% din valoarea serviciilor prestate).

Armonizarea cotelor de contribuție în funcție de riscurile acoperite, reducerea numărului de regimuri speciale.

5. Slovacia

Deschiderea de-al doilea pilon în 2009: Pentru a doua oară, între 15 noiembrie 2008 - 30 iunie 2009, li s-a oferit șansa persoanelor care economisesc în acest pilon de a părăsi pilonul (ca și în anul 2008), în același timp, persoanelor care nu au intrat încă li s-a permis să se alăture pilonului. În această perioadă 66 mii persoane au părăsit pilonul 2 și 14,6 mii persoane au aderat la pilonul 2. Datorită acestei măsuri, numărul de deponenți în pilonul doilea a scăzut cu 3,5%.

5.1.3.4. Impactul crizei financiare și economice

Criza financiară și economică a agravat mult problema subiacentă a îmbătrânirii populației. Demonstrând interdependența dintre diverse scheme și dând la iveală punctele slabe în conceperea anumitor scheme, criza a acționat ca un semnal de alarmă pentru toate schemele de pensii, atât pentru cele prin repartitie, cât și pentru cele prin capitalizare: toate sistemele de pensii se confruntă cu dificultăți mai mari în a-și îndeplini „promisiunile de pensii”, din cauza creșterii șomajului, a diminuării creșterii economice, a creșterii nivelurilor datoriei publice și a volatilității pieței financiare. Schemele private pot atenua o parte din presiunea care apasă asupra schemelor publice de pensii. Cu toate acestea, consolidarea rolului schemelor private are un cost fiscal, având în vedere practica larg răspândită care constă în acordarea de stimulente fiscale în timpul fazei de constituire a drepturilor. Costul reducerii taxelor poate fi considerabil, iar eficacitatea și efectele sale redistributive sunt nesigure. Trebuind să facă față unor enorme constrângeri bugetare, anumite State Membre reconsideră în prezent eficacitatea acestui tip de cheltuieli. Un schimb de informații mai eficient privind costurile și eficacitatea acestora ar putea ajuta factorii de decizie politici din toată Uniunea Europeană. De asemenea, dacă schemele private nu își pot îndeplini promisiunile, vor exista în mod inevitabil presiuni asupra statului pentru ca acesta să plătească o parte din sumă.

Cu venituri sigure din pensii publice, care au fost autorizate în general să își îndeplinească rolul de stabilizatori automați, pensionarii din prezent s-au aflat, până în acest moment, printre grupurile de populație cel mai puțin afectate de criză. Cu câteva excepții, prestațiile care provin din schemele de pensii prin capitalizare joacă încă un rol marginal și doar **câteva state membre care trebuie să facă față unor probleme extrem de grave legate de bugetul public sau care dispun de mecanisme de ajustare automată foarte bine ancorate au fost constrânse să reducă**

valoarea pensiilor publice plătite. Însă criza și perspectivele de creștere mai slabă vor afecta toate tipurile de scheme de pensii.

Amploarea deteriorării fiscale în urma crizei este echivalentă cu anularea a 20 de ani de consolidare fiscală. Prin urmare, constrângerile fiscale vor fi foarte puternice în următoarea decadă. Conform estimărilor, criza va exercita o presiune și mai mare asupra cheltuielilor legate de pensiile publice pe termen lung, deoarece creșterea economică se estimează fi foarte limitată, iar momentul în care se va produce redresarea completă este foarte nesigur. În mai multe State Membre, anumite contribuții la asigurările sociale au fost reorientate către scheme de pensii prin capitalizare nou înființate și obligatorii. Criza a subliniat această problemă de dublă plată și a făcut ca unele guverne să stopeze sau să reducă contribuțiile la scheme de pensii private pentru a ameliora finanțele schemelor de pensii publice.

Pe termen scurt, scăderea ratei dobânzilor și a valorii activelor a afectat rata randamentului și solvabilitatea schemelor de pensii prin capitalizare: în 2008, fondurile de pensii private au pierdut mai mult de 20,0% din valoarea lor. De asemenea, mai mulți finanțatori ai unor fonduri de pensii ocupaționale au întâmpinat dificultăți în respectarea obligațiilor lor. Totuși, deoarece puține scheme au fost constrânse să își vândă pasivele curente, autoritățile de supraveghere au putut să simplifice reglementările privind estimarea și solvabilitatea pentru a acorda timp în vederea redresării piețelor. Fondurile de pensii au fost în măsură să recupereze o parte din pierderile lor în 2009, însă multe rămân încă mult sub nivelurile de solvabilitate cerute.

Diferențele în ceea ce privește capacitatea schemelor finanțate prin capitalizare de a rezista crizei arată faptul că diferențele de concept, de reglementare și de strategie a investițiilor au o importanță evidentă. Pierderile variază în funcție de practicile de investiții și de capacitatea de a face față șocurilor, precum și în funcție de eficiența repartizării sarcinii între instituțiile de pensii, contribuabili și beneficiari. Din păcate, schemele din țările unde exigențele în materie de solvabilitate sunt mai puțin stricte și unde pierderea valorii activelor este extrem de mare tind, de asemenea, să dispună de o protecție mai slabă a drepturilor constituite și de mecanismele cele mai puțin flexibile de repartizare a sarcinii. Prin urmare, drepturile pot fi pierdute și instituțiile de pensii pot fi tentate să pună capăt schemelor, deoarece nu mai dispun de mijloace pentru a asigura din nou solvabilitatea acestora.

De asemenea, criza va avea un impact grav asupra viitoarelor pensii, deoarece mulți lucrători își vor pierde locurile de muncă și vor rămâne șomeri o anumită perioadă, iar alții vor trebui poate să accepte salarii mai mici sau un timp de lucru redus. Una dintre provocări va fi asigurarea menținerii unui nivel adecvat al pensiilor și în aceste situații. Prin urmare, criza a adăugat următoarele dimensiuni la programul de reformă existent:

– necesitatea mai urgentă de a depăși lacunele în materie de adecvare;

- necesitatea mai urgentă de a adopta reforme care să îmbunătățească viabilitatea finanțelor publice;
- un accent mai mare pe creșterea vârstei efective de pensionare;
- necesitatea de a revizui reglementarea schemelor de pensii prin capitalizare, pentru a garanta eficacitatea și fiabilitatea lor în ciuda eventualelor crize financiare majore, asigurând în același timp proporționalitatea reglementării și faptul că aceasta nu cauzează insolvența angajatorilor sau nu îi stimulează pe aceștia să abandoneze schemele de pensii;
- necesitatea de a garanta că piețele financiare sunt reglementate în mod eficient și inteligent, ținând seama de rolul tot mai important al fondurilor de pensii. Summiturile G20 de la Pittsburg și Toronto au subliniat faptul că toate organismele financiare ar trebui reglementate și că este și mai necesar să se definească norme comune.

5.1.4. Priorități pentru modernizarea politicii de pensii în UE-27

Obiectivele principale ale reformei pensiilor sunt asigurarea caracterului adecvat și a viabilității sistemelor de pensii. Însă, pentru ca sistemele de pensii să își poată respecta promisiunile și pentru ca strategia „Europa 2020” să aibă succes, va fi necesar acum să se abordeze toate direcțiile acestei strategii într-un mod coordonat.

5.1.4.1. Obiective principale: adecvare și viabilitate

Adecvarea și viabilitatea sunt două fațete ale aceleiași monede. Dacă există un risc de inadecvare a pensiilor, este posibil să existe presiuni în favoarea unor creșteri *ad hoc* ale pensiilor sau o cerere mai mare pentru alte prestații, punând în pericol viabilitatea. De asemenea, dacă un sistem de pensii nu este viabil, el se va dovedi a fi inadecvat pe termen lung, când vor fi necesare rectificări subite. Adecvarea și viabilitatea sistemelor de pensii trebuie examinate în comun.

Asigurarea caracterului adecvat al pensiilor

Garantarea unui venit din pensii adecvat este obiectivul sistemelor de pensii și reprezintă un aspect care ține de solidaritatea fundamentală dintre generații și din cadrul aceleiași generații. Majoritatea reformelor sistemelor de pensii de până acum au vizat îmbunătățirea viabilității. Va fi necesară o modernizare ulterioară a sistemelor de pensii pentru a acoperi lacunele legate de adecvare. Deoarece ratele de înlocuire pentru pensiile publice vor scădea în majoritatea cazurilor, este important să se ofere suficiente oportunități de constituire a unor drepturi complementare: de exemplu, permițând creșterea duratei vieții active și facilitând accesul la scheme de pensii suplimentare. Lacunele pot fi provocate de lipsa de creditare compensatorie pentru perioadele de șomaj, boală sau perioadele consacrate responsabilităților familiale, precum și de lipsa de acoperire pentru grupurile vulnerabile, cum ar fi lucrătorii cu contracte pe termen scurt și cei atipici, sau

insuficienta garantiilor privind pensia minima sau a venitului persoanelor varstnice, insa remedierea acestor probleme ridica intrebări legate de finantare. În cadrul schemelor de pensii prin capitalizare, reducerea riscului legate de investitii, în special aproape de faza de lichidare și în timpul acesteia, și îmbunătățirea repartizării riscurilor între titularii și furnizorii de pensii, pe baza avantajelor asigurării colective, pot crește caracterul adecvat al veniturilor din pensii. De asemenea, se poate dovedi necesar să se prevadă surse de venituri pentru perioada ulterioară vieții active care să nu se limiteze la pensii.

Asigurarea viabilității

Multe reforme ale sistemelor de pensii au contribuit la limitarea creșterii cheltuielilor viitoare legate de pensiile publice, însă este necesar să se adopte de urgență măsuri suplimentare pentru a conferi un caracter mai durabil sistemelor, contribuind astfel la viabilitatea pe termen lung a finanțelor publice, în special în țări unde se preconizează cheltuieli viitoare ridicate în domeniul pensiilor publice. Absența de măsuri politice decisive în favoarea viabilității sistemelor va transfera sarcina ajustării fie asupra viitorilor lucrători, fie asupra viitorilor pensionari care ar putea să nu fie pregătiți pentru pensii mai mici decât cele așteptate, astfel cum a subliniat Consiliul European. Având în vedere situația finanțelor publice și creșterea preconizată inacceptabilă a nivelurilor datoriei publice, consolidarea fiscală va reprezenta o constrângere obligatorie pentru toate politicile, inclusiv cele referitoare la pensii. Pactului de stabilitate și de creștere oferă cadrul pentru monitorizarea viabilității finanțelor publice, inclusiv a sistemelor de pensii. De asemenea, în cazul în care îngrijirea formală ar înlocui tot mai mult îngrijirea informală în viitor, ar putea crește presiunea în favoarea cheltuielilor în sectorul îngrijirilor acordate persoanelor varstnice. Prin urmare, sunt extrem de importante reformele care consolidează potențialul de creștere economică al UE, de exemplu, stimulând oferta de forță de muncă. O creștere mai puternică a productivității forței de muncă aduce beneficii tuturor cetățenilor, deoarece permite creșterea nivelului de trai. În ceea ce privește viabilitatea finanțelor publice, este și mai importantă ameliorarea ratelor de ocupare a forței de muncă, în special pentru lucrătorii varstnici.

5.1.4.2. Obținerea unui echilibru durabil între durata vieții profesionale și durata vieții după pensionare

Timpul petrecut după ieșirea la pensie a crescut considerabil în ultimul secol, deși există mari diferențe între Statele Membre în această privință. În prezent, timpul petrecut în calitate de pensionar reprezintă în general o treime din viața adultă și această proporție va crește substanțial în același timp cu speranța de viață, în afara cazului în care durata vieții active crește la rândul său și cetățenii ies la pensie mai târziu. Mai puțin de 50,0% dintre cetățeni lucrează încă la vârsta de 60 de ani. Acest fapt este contrar angajamentelor asumate de Statele Membre în cadrul Consiliului

European de la Barcelona de a crește cu cinci ani vârsta la care cetățenii își încetează activitatea profesională. De asemenea, această situație nu este conformă cu obiectivul stabilit de strategia „Europa 2020” de a atinge o rată a ocupării forței de muncă de 75,0% și are un impact negativ asupra potențialului de creștere. Creșterea rapidă a raportului de dependență a persoanelor vârstnice ar putea fi evitată într-o mare măsură dacă cetățenii ar munci mai mult. În caz contrar, ar fi inevitabilă diminuarea prestațiilor și majorarea contribuțiilor.

Garantarea faptului că timpul petrecut la pensie nu continuă să crească în comparație cu durata vieții active ar contribui la asigurarea caracterului adecvat și a viabilității. Prin urmare, ar trebui să crească vârsta la care cetățenii încetează activitatea profesională și percep o pensie. Multe state membre au decis deja să crească vârsta de admisibilitate pentru perceperea unei pensii complete în cadrul schemelor lor de pensii publice

Este din ce în ce mai evident că acesta reprezintă un semnal important pentru lucrători și pentru angajatori, care îi motivează să tindă către o vârstă efectivă de ieșire la pensie mai avansată.

Mai multe state membre au demonstrat că o ajustare automată a vârstei de pensionare în urma creșterii viitoare a speranței de viață reprezintă o opțiune politică promițătoare pentru consolidarea viabilității sistemelor de pensii. În timp ce abordarea privind ajustările condiționale ar putea fi preconizată și pentru alte riscuri, revizuirea periodică a adecvării și viabilității sistemelor de pensii ar putea constitui un mod diferit sau complementar de facilitare a unei reacții oportune și eficiente față de condițiile aflate în curs de schimbare, între care multe sunt dificil de prevăzut.

Posibilitatea de a institui o vârstă de pensionare universală a fost dezbătută întotdeauna, din cauza diferențelor care există, de la o profesie la alta, în ceea ce privește vârsta de intrare pe piața forței de muncă și starea de sănătate a lucrătorilor. Majoritatea Statelor Membre abordează această provocare prin politici energice de ameliorare a sănătății și siguranței la locul de muncă, prevăzând diverse căi de ieșire pentru cei care întâmpină reale probleme înainte de vârsta de pensionare. Eforturile naționale sunt susținute de strategia europeană în materie de sănătate și securitate.

Câteva state membre țin seama acum de diferențele privind vârsta de intrare pe piața muncii, combinând măsuri care vizează creșterea vârstei de pensionare cu cele care vizează creșterea numărului de ani de contribuții necesare pentru a avea dreptul la o pensie completă. De asemenea, în paralel cu adoptarea de măsuri vizând prelungirea vieții active, va fi important să se abordeze probleme cum sunt disparitățile salariale și inegalitățile pe piața forței de muncă între femei și bărbați.

Deoarece vârsta de ieșire de pe piața forței de muncă este încă scăzută, se pune întrebarea - dacă ar fi util să se definească principiile UE-27 și căile către sisteme de pensii adecvate și viabile, aplicate în mod diferențiat, în funcție de particularitățile diferitelor sisteme de pensii?.

Astfel de căi ar trebui să le permită cetățenilor să își constituie drepturi adecvate și să consolideze viabilitatea economiilor europene. În acest context, ar trebui completate reformele sistemelor de pensii prin eforturi substanțiale pentru a le permite lucrătorilor să își mențină capacitatea de a se integra pe piața muncii pe parcursul întregii lor vieți active, oferind oportunități adecvate de reconversie profesională. Noile tehnologii și servicii care permit oferirea unor modalități de lucru flexibile prin munca la distanță și perfecționarea competențelor pot contribui la menținerea lucrătorilor vârstnici mai mult timp la locul de muncă.

Printre măsurile-cheie care le-ar permite lucrătorilor vârstnici, femei și bărbați, să rămână mai mult timp pe piața forței de muncă se numără accesul pentru toți, indiferent de vârstă, sex și origine etnică, la piețele forței de muncă și la formare, precum și prevederea unor măsuri speciale pentru persoanele cu handicap. Fondul social european sprijină măsuri menite să îmbunătățească capacitatea de integrare pe piața muncii și să crească ratele ocupării forței de muncă pentru femei și bărbați de toate vârstele. Comisia Europeană pregătește în prezent **Anul European al îmbătrânirii active 2012** care ar trebui să încurajeze Statele Membre, partenerii sociali și părțile interesate să creeze oportunități și condiții de lucru mai bune pentru participarea lucrătorilor vârstnici pe piața forței de muncă.

Aceasta ar putea presupune adaptarea stimulentei sociale și financiare privind munca, inclusiv examinarea de către Statele Membre a rolului pe care îl dețin dispozițiile lor fiscale.

Alte măsuri ar putea include ajustarea gestionării vârstei, a modalităților de lucru și a atitudinilor pe piața forței de muncă și a locurilor de muncă, precum și preconizarea de condiții speciale pentru lucrătorii independenți vârstnici. Prelungirea vieții active pentru a reflecta progresul continuu al speranței de viață ar aduce un dublu beneficiu: ea ar asigura un nivel de trai mai ridicat și pensii mai viabile. Pentru a obține pensii mai viabile și mai adecvate, este important ca lucrătorii, și foarte adesea cei tineri, să păstreze mai mult timp locuri de muncă cu salarii și timp de lucru care să le ofere dreptul de a beneficia de viitoare drepturi de pensie. Statele Membre iau deja măsuri pentru a sprijini prelungirea vieții active. Politicile din domeniul sănătății menite să ajute cetățenii să îmbătrânească având o stare de sănătate mai bună pot contribui la prelungirea vieții active, pot reduce presiunea asupra sistemelor de pensii și pot îmbunătăți viabilitatea. Problemele de sănătate reprezintă unul dintre cele mai importante motive ale pensionării anticipate.

5.1.4.3. Înlăturarea obstacolelor din calea mobilității în UE

Politicile și reglementările trebuie să faciliteze libera circulație a factorilor de producție, în special forța de muncă și capitalul, pentru a utiliza resursele în mod eficient și pentru a crea condiții favorabile pentru maximizarea veniturilor. O mai mare flexibilitate a mobilității legate de locurile de muncă sprijină capacitatea de adaptare a economiei și consolidează modelul social european.

Exploatarea întregului potențial al pieței unice ar putea aduce beneficii semnificative pentru toți cetățenii.

Mobilitatea pensiilor

Regulamentele UE privind coordonarea sistemelor de securitate socială au protejat în ultimele cinci decenii drepturile la pensie ale cetățenilor mobili din UE-27 și ale membrilor familiilor acestora. Noile regulamente 883/2004 și 987/2009 extind această protecție și garantează luarea în considerare pentru acumularea de drepturi de pensie a perioadelor de asigurare realizate într-un alt Stat Membru. Aceste regulamente sunt limitate la schemele de pensii publice și cele profesionale, în care drepturile se bazează pe legislație: Recentele reforme naționale menționate mai sus ar putea astfel să necesite o extindere a regulamentelor de coordonare și a standardelor minime pentru a îmbunătăți accesul lucrătorilor mobili la drepturi la pensie suplimentară, în interiorul Statelor Membre și între acestea.

În 2005, Comisia a propus o directivă vizând stabilirea unor standarde minime pentru acumularea, păstrarea și transferabilitatea de drepturi la pensie suplimentară. Mobilitatea internă a fost inclusă deoarece nu era practică o separare între mobilitatea internă și cea externă.

Propunerea a fost revizuită de Comisie în 2007 pentru a suprima aspectele legate de transferabilitate, pe care unii le considerau dificile din punct de vedere tehnic sau ca fiind o sursă de complicații și abuzuri. Prin urmare, accentul a fost pus pe acumularea de drepturi în timp util și pe păstrarea lor ulterioară. Cu toate acestea, nu a fost încă posibilă obținerea unanimității necesare în cadrul Consiliului pentru adoptarea directivei.

Este necesar un nou elan pentru a găsi o soluție pentru toți lucrătorii mobili. Pe piața actuală a forței de muncă, care trebuie să facă față dificultăților suplimentare provocate de criza financiară și economică, cetățenii trebuie să poată să treacă cu ușurință de la un loc de muncă la altul în cursul vieții lor active, iar angajatorii ar trebui să fie în măsură să recruteze persoana adecvată, care posedă competențele necesare. Creșterea importanței diverselor forme de pensii prin capitalizare duce la creșterea necesității de acțiune. În acest context, se pune întrebarea legată de domeniul de aplicare: de exemplu, schemele de pensii publice și obligatorii prin capitalizare ar trebui incluse în măsurile UE-27?

Unele State Membre s-au dotat cu servicii de monitorizare a pensiilor care ajută cetățenii să urmărească evoluția drepturilor lor la pensie provenind din diferite surse în interiorul Statului Membru respectiv. Având în vedere mobilitatea tot mai mare a forței de muncă și recurgerea la o gamă mai largă de surse publice și private de venituri de pensii, un sistem de monitorizare la nivelul UE ar putea ajuta cetățenii mobili să urmărească evoluția drepturilor lor la pensie. Normele fiscale discriminatorii pot reprezenta un obstacol pentru mobilitatea pensiilor. Curtea de Justiție a hotărât că

este contrar dreptului UE să se impoziteze transferurile de capital de pensii dintr-un fond de pensii național către un fond stabilit într-o altă țară din Spațiul Economic European dacă transferurile de capital de pensii între fondurile de pensii naționale nu sunt impozitate. Comisia Europeană intenționează să examineze dacă există norme similare în alte State Membre.

5.1.4.4. Acoperirea lacunelor reglementării UE

Siguranța în ceea ce privește pensiile este importantă pentru a sprijini adecvarea. De asemenea, beneficiile macroeconomice pot fi simțite rapid, deoarece pensionarii reprezintă o sursă tot mai mare de consum stabil și regulat. Totuși, evoluția dispartă a sistemelor de pensii din statele membre și tendința către scheme cu contribuții definite ridică noi întrebări strategice.

Având în vedere că sistemele de pensii cu un singur nivel sunt înlocuite cu sisteme de pensii cu mai multe niveluri și pachetele de pensii simple sunt înlocuite cu cele complexe, cadrul european actual, fragmentat și incomplet, ar putea să nu mai fie suficient.

(1) În urma reformelor, unele scheme de pensii prin capitalizare, atât publice, cât și private, sunt reglementate de legislația UE în anumite State Membre, dar nu și în altele.

Această situație nu este în conformitate cu declarația relevantă din cadrul G20 de la Pittsburgh („13. [...] Toate întreprinderile al căror faliment ar putea reprezenta un risc pentru stabilitatea financiară trebuie să facă obiectul unei supravegheri și al unei reglementări coerente și consolidate, cu standarde înalte.. [...]”), astfel cum s-a reiterat în cadrul summitului G20 de la Toronto și nici nu reflectă faptul că fondurile de pensii au devenit actori-cheie pe piețele financiare.

(2) Scheme de pensii similare sunt reglementate de diferite norme ale UE, ceea ce pune probleme de coerență.

(3) Limitele între schemele de securitate socială și schemele private, între schemele profesionale și cele individuale, precum și între schemele facultative și cele obligatorii sunt neclare.

(4) Diferențele între economii în general și pensii nu sunt întotdeauna clare. Prin urmare, se pune întrebarea dacă denumirea „pensii” nu ar trebui limitată la un produs care are anumite caracteristici, cum ar fi securitatea, și norme care să limiteze accesul, inclusiv un mod de lichidare care încorporează plăți eşalonate la pensie.

De asemenea, se continuă tendința către înlocuirea schemelor cu beneficii definite prin scheme cu contribuții definite. Obiectivul care constă în a lega salariații de întreprindere prin “promisiuni” privind pensii ocupaționale pierde teren: angajatorii depind mai puțin de competențele specifice întreprinderii lor datorită progreselor tehnologice, iar angajații preferă din ce în ce mai mult flexibilitatea și mobilitatea. De asemenea, în timp ce schemele ocupaționale cu beneficii definite oferă o mai mare siguranță cu privire la venituri din pensii viitoare și reduc costurile datorită

dimensiunii lor și a repartizării riscurilor, ele pot constitui o povară prea greu de suportat pentru angajatori.

În prezent, aproape 60 de milioane de europeni sunt afiliați la scheme cu contribuții definite. Astfel de scheme sunt mult mai răspândite astăzi decât acum un deceniu și importanța lor va crește în continuare. Finanțatorul nu suportă riscul financiar, iar scheme cu contribuții definite sunt mai susceptibile să favorizeze prelungirea vieții active. Totuși, ele plasează riscurile legate de investiții, de inflație și de longevitate asupra afiliaților, care nu se află în situația de a suporta aceste riscuri în mod individual. Cu toate acestea, există modalități de reducere a acestor riscuri. Sistemele de randament minim garantat și modificarea structurii portofoliilor odată cu apropierea pensionării (strategia privind ciclul de viață) au un preț, însă bunele practici aplicate în diferite State Membre au arătat că acestea pot reduce volatilitatea pe termen scurt. Performanțele pieții pot fi intensificate prin politici economice și politici privind finanțele publice adecvate, precum și printr-o mai bună legislație. Ameliorarea practicilor de investiții și a conceperii schemelor poate atenua substanțial riscul și poate crește capacitatea de absorbție a șocurilor, ducând astfel la un echilibru mai bun între riscuri, securitate și accesibilitate financiară atât pentru titularii de pensii, cât și pentru furnizorii de pensii.

Repartizarea colectivă a riscurilor prin scheme hibride, cum ar fi o schemă cu contribuții definite cu un randament minim garantat sau o schemă parțial cu beneficii definite și parțial cu contribuții definite, ar putea modifica tendința actuală către scheme individualizate cu contribuții definite. De asemenea, inițiativele din acest sector promovează schemele de înaltă calitate. Unele scheme ocupaționale cu beneficii definite s-au adaptat, de asemenea, la evoluția demografică și structurală printr-o repartizare sporită a riscurilor între finanțatori, lucrători și pensionari. Structurile de guvernare colectivă existente în cadrul schemelor cu beneficii definite facilitează acest proces. De exemplu, este posibil să se treacă de la scheme bazate pe ultimul salariu la scheme bazate pe o medie a carierei, să se stabilească scheme bazate pe sold în numerar, să se permită ajustări în funcție de longevitate, să se modifice ratele de acumulare, să se adapteze vârsta normală de pensionare și să se aplice indexarea condițională.

În contextul discuțiilor strategice purtate la nivel internațional, se pune întrebarea dacă reglementarea actuală la nivelul UE-27 este în măsură să răspundă evoluției către schemele cu contribuții definite. Ar putea fi necesară o reevaluare a directivei privind instituțiile pentru furnizarea de pensii ocupaționale în domenii cum ar fi guvernarea, gestionarea riscurilor, conservarea activelor, normele de investiții și comunicarea de informații. În plus, cadrul UE actual nu vizează faza de acumulare, care cuprinde: (i) conceperea planurilor în vederea atenuării volatilității pe termen scurt a randamentelor și (ii) alegerea investițiilor și opțiunile de investiții standard. În plus, având în vedere faptul că valoarea pensiilor în cadrul schemelor cu contribuții definite poate depinde de anul ieșirii la pensie, trebuie să se includă faza de lichidare în reglementarea piețelor, adoptând de exemplu

norme privind achiziționarea unei anuități (cu privire la caracterul obligatoriu sau facultativ și la calendar etc.).

5.2. Quantumul pensiilor din Uniunea Europeană

5.2.1. Aspecte generale

În Rapoartele Unite asupra Pensiilor au subliniat, an de an, interdependența dintre sustenabilitatea financiară și **acordarea de pensii corespunzătoare** în contextul societăților care îmbătrânesc și nevoia de reforme cuprinzătoare în spiritul asigurării unor sisteme de pensii adecvate, accesibile financiar și durabile. Aceste rapoarte solicită Statelor Membre ale Uniunii Europene să îmbunătățească stimulentele pentru ca persoanele vârstnice să rămână mai mult pe piața forței de muncă, întărind legătura dintre contribuții și beneficii, crescând finanțările publice și private, având în vedere implicațiile pe termen lung ale cheltuielilor cu pensiile, determinate de creșterea duratei de viață.

Toate Statele Membre se confruntă cu această problemă, dar nevoia de reformă diferă de la o țară la alta, în mod esențial din două motive : în primul rând provocarea demografică nu este la fel de severă peste tot. Germania și câteva țări sud europene – Italia, Portugalia și Spania se confruntă cu cele mai mari probleme. Aici, numărul de pensionari va crește în următoarele decenii, în timp ce populația activă care contribuie la formarea PIB va scădea dramatic, datorită ratei natalității scăzute și a speranței de viață în creștere. La polul opus, populația Marii Britanii și a Franței va îmbătrâni într-un ritm mai puțin alert, în special din cauza ratei natalității mai crescute.

5.2.2. Quantumul pensiilor medii

Cele mai mari valori ale quantumului pensiei medii în anul 2008, au fost în următoarele țări: Franța (2.845€), Danemarca (2.824€), Austria (2.774€), Suedia (2.651€), Luxemburg (2.560€), și mai mici în: Slovacia (428€), Estonia (403€), Letonia (305€), Bulgaria (168 €), **România** (161€). (Anexa nr.14).

În ceea ce privește quantumul pensiei medii lunare pentru limită de vârstă , cele mai mari valori se înregistrează în anul 2008, în următoarele țări: Luxemburg (5.688€), Danemarca (4.054€), Austria (4.024€), Suedia (3.764€), Olanda (3.640 €) și mai mici în: Estonia (592 €), Lituania (566€), Letonia (357€), Bulgaria (223 €), **România** (188€). (Anexa nr.14).

Aceste largi diferente reflectă faptul că veniturile medii salariale³² sunt foarte diferite (variind de la mai puțin de 5.000 € pe an la mai mult de 25.000 € pe an), precum și diversitatea sistemelor de pensii.

Pensia pentru limită de vârstă a reprezentat ca procent în pensia medie cele mai mari valori în Luxemburg(218,8%), Slovenia(185,7%), Polonia(180,0%), Grecia(177,3%), Spania(168,3%) și cele mai mici în Cipru(125,9%), Franța(124,4%), Letonia(117,0%), **România** (116,4%), și Marea Britanie (114,7%).

Europenii privesc cu pesimism onorarea contractului de pensionare în viitor. Se crede, că pensiile vor deveni insuficiente, indiferent cât de mari ar fi impozitele și contribuțiile colectate pentru finanțarea lor, din cauza reducerii populației în vârstă de muncă care să le susțină.

5.2.3. Quantumul pensiilor minime pentru limită de vârstă

Fata de țările din regiune, România nu face însă nota discordantă (83 € pe lună), Bulgaria plătiind cea mai mică pensie minimă din Uniunea Europeană, respectiv 70 € pe lună. Pensii similare ca valoare se mai platesc în Cehia – 84 € pe lună, Ungaria – 105 € pe lună, Estonia – 128 € pe lună sau Letonia, unde pensia minima variază între 70€ și 109€ pe lună, în funcție de numărul anilor de contribuție(Anexa nr.15).

Dintre țările dezvoltate, cea mai mare pensie minimă se incasează în Luxemburg, peste 1.500€ pe lună, dar și Austria are un sistem foarte atragător. Pe lângă pensia minimă, care variază între 772€ – 1.125€ pe lună, în funcție de starea civilă, austriecii mai primesc și un supliment de 81€, pentru copii, până când aceștia împlinesc 18 sau 27 de ani, în cazul în care fac o facultate. Dacă în familie există un copil cu dizabilități, acest supliment se acordă pe perioada nelimitată.

Pensii minime de câteva sute de euro lunar se plătesc și în Irlanda (461€), Grecia (aproximativ 500€), Franța (677€) sau Spania (525€ - 700€ funcție de vârstă și starea civilă). În Belgia, pensia minimă este de 1.005€ pentru vârstnicii necăsătoriți și de 1.255€ pentru familia de vârstnicii.

În ceea ce privește pensia maximă, puține țări au reglementat un astfel de sistem, quantumul maxim al pensiei individuale fiind stabilit în funcție de anii de vechime, de anii de contribuție sau de domeniul și condițiile de muncă.

³² Quantumul pensiilor fiind strict legat de quantumul veniturilor salariale

5.3. Procentul cheltuielilor pentru pensii în produsul intern brut, rata de înlocuire în țările Uniunii Europene³³ și raportul dintre numărul de pensionari și numărul de contribuabili

5.3.1. Procentul cheltuielilor pentru pensii în produsul intern brut

Așa cum reiese din Anexa nr.16, există o largă diferență între procentul cheltuielilor **totale** cu pensiile printre Statele Membre. El a variat în 2007 de la 6,0% - Letonia și Irlanda, 6,9% - Cipru, 7,0% - Bulgaria, până la 13,2% - Portugalia, 13,6% - Franța, 13,9% - Austria și 15,0% - Italia. Acest procent al cheltuielilor cu pensiile este determinat atât de nivelul acestor beneficii cât și de procentul din populație care primește aceste beneficii.

Majoritatea țărilor se păstrează în primele 10 poziții și din punct de vedere al ratei de înlocuire, cu excepția Olandei (12,0%) și Belgiei (11,4%), care coboară sub aceste poziții (Anexa nr.16).

În ceea ce privește proiecția procentului cheltuielilor **totale** de pensii, la nivelul UE-27, acesta va crește cu 0,8% în anul 2060 față de anul 2008. Există o mare diversitate între Statele Membre (2060/2008), pornind de la un declin de 2,8% în Polonia, la o creștere 15,6% în Luxemburg. În 3 State Membre, procentul cheltuielilor sistemului de pensii, va crește cu peste 10,0%: Luxemburg (15,6%), Grecia (11,5%) și Cipru (10,8%). În alte 3 State Membre, Slovenia (9,0%), **România** (8,3%), Spania (5,8%), procentul cheltuielilor sistemului de pensii, va crește între 5,0% - 10,0%, iar în alte state, acest procent va scădea sub nivelul din 2008: Austria, Letonia, Italia, Olanda, Danemarca, Estonia, Suedia, Polonia. Pentru majoritatea Statelor Membre, creșterea va fi sub 5,0%: Bulgaria, Malta, Lituania, Belgia, Slovacia, Ungaria, Finlanda, Irlanda, Cehia, Marea Britanie, Germania, Franța și Portugalia.

Proiecția la nivelul anului 2060 indică o lărgire a diferenței între cel mai mic și cel mai mare procent al cheltuielilor cu pensiile printre Statele Membre. El va varia de la 4,9% - Estonia, 5,1% - Letonia, 8,6% - Irlanda, până la 17,7% - Cipru, 18,6% - Slovenia, 23,9% - Luxemburg și 24,1% - Grecia.

Este de remarcat faptul că **România** nu a înregistrat în ultimii ani deficite majore ale fondului sistemului public de pensii, dar se pare că pe termen lung deficitele vor fi din ce în ce mai mari, deci din ce în ce mai greu de finanțat. Procentul alocat din Produsul Intern Brut pentru **cheltuielile cu publice cu pensiile** a oscilat în jurul valorii de 6,0% în perioada 2001-2008 (tabelul nr.17).

³³Rata de înlocuire reprezintă raportul dintre pensia medie a persoanelor cu vârsta între 65-74 ani și venitul mediu al persoanelor care lucrează cu vârsta între 50-59 ani;

Tabelul nr.17

Anii	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Procent pensii de asigurari sociale in PIB (%)	6,1	6,2	6,6	5,9	6,1	6,1	5,9	6,3	6,5	8,0

5.3.2.Rata de înlocuire în țările Uniunii Europene

Ratele de înlocuire furnizează posibilitatea de a privi situația fiecărei țări în parte și evaluează în ce măsură sistemele actuale și viitoare de pensii pot să asigure faptul că persoanele vârstnice au resurse pentru a susține standarde adecvate de trai. Ratele de înlocuire indică gradul în care sistemele de pensii permit lucrătorilor tipici să își păstreze nivelul lor de trai anterior atunci când se deplasează de la muncă la pensionare. Indicatorul dezvoltat în prognoză de către de ISG³⁴ evaluează în ce măsură schimbările în sistemele de pensionare pot afecta în timp nivelul pensiilor, în special având în vedere presiunea exercitată de către îmbătrânirea populației asupra cheltuielilor cu pensiile, rezultate în funcție de diferite nivele salariale sau de diferite profile de câștig.

Ratele de înlocuire pentru 2007 descriu situația persoanelor care se pensionează în prezent, iar ratele în perspectiva anului 2046 descriu situația persoanelor care se vor pensiona în viitor, reflectând efectele eventualelor reforme ale sistemelor de pensii. Rezultatele pentru 2007 prezintă situația sistemului de pensii sub legislația curentă, incluzând norme tranzitorii care vor fi puse în aplicare treptat, prin legiferare în reformele adoptate, fiind incluse regulile de indexare curente pentru diverse tipuri de pensii. Calculele pentru 2046 indică reformele sistemelor de pensii în plină maturitate. Astfel, aceste calculele vor permite o evaluare a caracterului adecvat al pensiilor, luând în considerare modificările care vor fi adoptate în multe țări, ca urmare a reformelor ce se vor înfăptui.

Comparabilitatea între Statele Membre privind ratele de înlocuire curente și cele proiectate depinde de gradul în care definițiile și clasificările realizate la nivelul UE-27 sunt reprezentative în diferitele State Membre. Ratele de înlocuire variază considerabil între Statele Membre, putând afecta direct comparabilitatea rezultatelor bazate pe acestea. De aceea, în principal, analizele se concentrează mai mult pe diferențele între ratele de înlocuire în timp sau între diferite profiluri, mai degrabă decât pe niveluri.

Comparabilitatea între ratele de înlocuire depinde și de modul în care contribuțiile la pensii se împart între angajator și angajat. Pentru un anumit cost al forței de muncă, o mai mare contribuție

³⁴Indicator Sub-Group (ISG), grup de lucru din cadrul Comitetului Social Protecție (SPC) a definit un set de indicatori în cadrul Metodei de Coordonare Deschise în scopul monitorizării progresului spre obiectivele cu termene limită convenite în domeniul pensiilor.

plătită de angajator presupune câștiguri brute mai mici pentru angajat și, prin urmare, o rată mai mare de înlocuire brută. De aceea informațiile privind rata de înlocuire brută sunt sistematic completate de o rată de înlocuire netă.

Atât în anul 2007, cât și în anul 2046, ratele de înlocuire variază semnificativ de la o țară la alta și diferă în funcție de sex, starea civilă, durata vieții active și sistemele de finanțare a pensiilor. Astfel în anul 2007, ratele de înlocuire au avut cele mai mari valori în: Grecia -73,0%, Italia – 68,0%, Franța– 63,0% și cele mai mici în: **România** -29,0%, Irlanda – 27,0%, Estonia – 26,0% și Letonia – 24,0%). În anul 2046, ratele de înlocuire vor avea cele mai mari valori în: Grecia -80,0%, Cipru – 57,0%, Spania– 52,0%, până la Polonia-26,0%, Estonia – 16,0% și Letonia – 13,0%).(Anexa nr.17),

În din țările care au deținut primele 10 poziții în ierarhia după acest indicator în 2007, s-au menținut, tot în această ierarhie, doar Germania, Finlanda, Franța, Italia, Spania, restul - Austria, Cipru, Polonia, Portugalia și Suedia coborând sub primele 10 clasate, în locul lor intrând Belgia, Cipru, Luxemburg, Malta și Olanda

Interpretarea acestui indicator trebuie făcută cu prudență, deoarece o valoare mare a acestui indicator nu semnifică neapărat o situație înfloritoare pentru pensionari, ci o conservare mai bună a puterii de cumpărare din ultima perioadă a vieții active, după cum o valoare mică a acestui indicator poate însemna o putere de cumpărare chiar mai bună pentru pensionarii acelei țări, funcție de nivelul de dezvoltare economică.

Sistemele de pensii din Europa Centrală și Estică s-au confruntat cu schimbări specifice în tranziția de la economia de comandă la cea de piață, în **România** acest indicator a scăzut de la 65,0% la începutul anilor '90 la 29,0% în 2007(Anexa nr.17), indicând o reducere semnificativă veniturilor vârstnicilor români față veniturile înregistrate în ultima perioadă a vieții active. Polonia și Slovenia au reușit un succes considerabil prin menținerea ratei de înlocuire la valoarea din anul 1989.

5.3.3. Raportul dintre numărul de pensionari și numărul de contribuabili

În ceea ce privește raportul dintre numărul de pensionari și de contribuabili în sistemele publice de pensii (Anexa nr.18), se observă că diferența între cea mai mică și cea mai mare valoare se va lărgi în timp, de la 65,0%(2007) la 81,0%(2060), indicând, în timp, creșterea gradului de împovărare a tuturor sistemelor publice de pensii, fapt explicabil prin intensificarea fenomenului de îmbătrânire și creșterea gradului de dependență.

Cele mai mici valori, în 2007 și pe tot parcursul perioadei de prognoză 2010-2060, se înregistrează în Irlanda (28,0% - 2007 și 53,0%-2060), iar cele mai mari se înregistrează în **România** (93,0- 2007) și Lituania (123,0% - 2060). De menționat că **România** va înregistra cele mai mari valori și în intervalul de prognoză 2010-2050, la acest indicator.

În anul 2060, situația va deveni deosebit de împovărătoare pentru unele țări, care vor depăși 100,0% la acest indicator, respectiv: Lituania (123,0%), Bulgaria(122,0%), **România** (122,0%), Slovenia(118,0%), Ungaria(107,0%), Polonia(107,0%),, Luxemburg(103,0%), Slovacia(102,0%), Grecia(102,0%).

5.4. Gradul de acord/dezacord ale cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene privind oportunitatea majorării vârstei de pensionare în următorii 20 ani

Date centralizate, pe țări membre UE-27, din Eurobarometrul--"Expectations of European citizens regarding the social reality in 20 years' time", Analytical Report, Mai, 2008, Flash Eurobarometer 227 – The Gallup Organization, privind gradul de acord/dezacord al cetățenilor, la afirmația "Pe termen lung (20 ani)- Vârsta legală de pensionare ar trebui să se majoreze", relevă următoarea situație (Anexa nr.19):

- pentru acord total, pe primele poziții se situează: Franța(61,2%), Italia(60,0%), Marea Britanie (53,0%), iar pe ultimele Olanda(11,6%), Cipru(10,0%), Spania(7,7%);
- pentru acord, pe primele poziții se situează: Olanda (75,0%), Malta (66,0%), Danemarca (60,8%), iar pe ultimele Cehia (35,0%), Franța (31,6%), Italia (25,2%);
- pentru acord total și acord (însulate) , pe primele poziții se situează: Franța(92,8%), Grecia (91,1%), Austria (89,7%), iar pe ultimele **România** (62,7%), Bulgaria(61,6%), Lituania (56,7%), Spania(56,1%);
- pentru dezacord total, pe primele poziții se situează: **România** (10,6%), Bulgaria (8,1%), Luxemburg (7,9%), iar pe ultimele Cipru(0,9%), Olanda(0,5%), Malta (0,3%);
- pentru dezacord, pe primele poziții se situează: Spania (35,5%), Lituania (30,0%), Polonia (29,1%), iar pe ultimele Austria (5,9%), Marea Britanie (5,4%), Franța (3,1%);
- pentru dezacord total și dezacord (însulate), pe primele poziții se situează: Spania (38,9%), Lituania(35,1%), Franța(33,8%), **România** (33,1%), iar pe ultimele Austria (8,8%), Grecia (7,8%), Franța (6,8%).

Se observă poziția fruntașă a **României**, cu 10,6% din respondenți, la varianta dezacord total, respectiv locul al patrulea, respectiv 33,1% la cele 2 variante însumate dezacord total și dezacord, ceea ce semnifică faptul că o parte importantă din cetățenii români nu agreează ideea

rămânerii în activitate până la vârste mai avansate în perspectiva următorilor 20 ani, deși prognozele indică o creștere explozivă și continuă a ratei de dependență a vârstnicilor, **România** putând ajunge în 2060 la 65,3%, fiind depășită doar de 3 țări: Polonia (68.9%) Slovacia (68,5%) și Lituania(65,5%).

5.5.Sistemul public de pensii în România

5.5.1.Evoluție în perioada 1990-2010

Un alt segment al sistemului de protecție socială cu un impact direct și important asupra asistenței sociale l-a constituit sistemul de pensii de stat.În perioada comunistă, **România** a avut unul dintre cele mai bune sisteme de pensii de stat, cu tradiție, acceptat în majoritate de populație,echitabil,care asigura pensionarilor un trai decent.Diferența dintre valoarea medie a pensiei și salariul mediu era foarte mică,astfel încât pensionarii se situau cam la același nivel de trai cu restul populației.

Datorită faptului că populația aptă de muncă era obligată să muncească în economia socialistă, la împlinirea vârstei de pensionare, acesta beneficia de pensie, sistemul fiind astfel înalt incluziv.După evenimentele din 1989,modificările structurale care s-au produs în economia românească au determinat mari schimbări și în domeniul resursei de muncă incluse în activități salariale.Restrukturările de personal s-au extins în toate întreprinderile de stat,ceea ce a determinat o mare presiune asupra categoriei de personal care, apropiindu-se de vârsta de pensionare,totuși nu îndeplinea condițiile de pensionare.

În scopul diminuării presiunii cu plata salariilor și al creării unor locuri de muncă pentru tinerele generații s-au adoptat diferite forme de reducere a vârstei de pensionare-pensionarea anticipată- care facilitau calea spre pensionare a persoanelor ce se apropiau de vârsta pensionării. Pe de o parte, s-au diminuat astfel eforturile întreprinse de către agenții economici, iar pe de altă parte, măsurile adoptate au condus în scurt timp la creșterea numărului de pensionari, mai mult decât s-ar fi putut susține prin bugetul asigurărilor sociale de stat.De asemenea,s-a diminuat drastic numărul de salariați contribuabili la bugetul asigurărilor sociale de stat,astfel încât,după 1994 acesta a devenit deficitar, punând în dificultate valoarea reală a pensiilor.Sistemul de pensionare a influențat în acest fel asistența socială, având în vedere că mulți beneficiari de diferite forme de asistență socială sunt pensionari,valoarea pensiei neasiguând un trai decent.

Legislația din domeniul pensiilor adoptată în 1977 (Legea nr.3/1977) a suferit doar ajustări și indexări,urmărind rata declarată a inflației,fără a trece prin schimbări radicale,deși nu mai corespundea realităților existente în domeniul salarizării sau al pieții muncii,ceea ce a condus la apariția unor mai inechități în modul de stabilire a pensiei și la acutizarea crizei de finanțare a

pensiilor. Separarea bugetelor, măsură adoptată după 1989, urmarea în fapt o mai bună și mai echitabilă valorificare a fondurilor, dar s-a dovedit a avea și neajunsuri, cum ar fi fărâmițarea excesivă a bugetelor sociale în **România**. La sporirea costurilor de administrare a bugetelor astfel divizate, s-a adăugat lipsa de lichidități într-un sector sau altul, în timp ce unele înregistrau excedente a căror valoare a fost afectată de inflație, altele erau deficitare, așa încât nu s-au obținut beneficii efective din resursele existente.

Ca urmare a creșterii rapide a numărului de pensionari în 1990 (prin reducerea vârstei de pensionare cu 5 ani), au fost adoptate măsuri de creștere a nivelului contribuțiilor la asigurările sociale de stat (CAS) pentru a face față nevoilor de plată ale sistemului. Nivelul CAS a sporit la 20,0% din fondul de salarii și apoi la 22,0% din 1991 (2,0% rezervate pentru medicamentele distribuite gratuit). În 1992, s-au instituit grupele de muncă în funcție de natura serviciilor prestate, ceea ce presupunea o contribuție suplimentară și creșterea proporțională a facilităților de pensionare, dreptul de a beneficia de pensie cu reducerea vârstei de pensionare, fiind o compensare a lipsei de dotare pentru locurile cu muncă grea. Prin instituirea grupelor de muncă a crescut și mai mult numărul pensionarilor. În prezent, s-a restrâns foarte mult acordarea grupelor de muncă prin legislația aflată în vigoare. În 1990 s-au instituit și alte drepturi sociale care au împovărat și mai mult bugetul asigurărilor sociale de stat, cum ar fi concediul plătit pentru îngrijirea copilului până la un an, asigurare care a fost finanțată astfel până în 2006, când a fost “transferată” bugetului de stat și asimilată formelor de asistență socială, denumită indemnizație pentru creșterea copilului de până la 2 ani. Această decizie a fost adoptată atât pentru protejarea fondului de pensii devenit deficitar, dar și pentru încurajarea natalității, aflate în continuă scădere.

O altă schimbare decisivă în creșterea numărului de pensionari a constituit-o decizia de integrare în sistemul asigurărilor sociale de stat a unor sisteme de contribuții independente până în 1989, cum ar fi: cel al meșteșugarilor, al uniunilor de creație, al unor culte religioase, care între timp au rămas complet fără resurse financiare.

O nouă lege a pensiilor a fost adoptată cu foarte mare întârziere, abia în 2000, intrând în vigoare în luna aprilie 2001, care a adus schimbări nepopulare, creând tensiuni, inechități și nemulțumiri majore în sistem. Valoarea redusă a punctului de pensie, nevoile majore de medicamente, alimente ale populației cu vârstă de pensionare, creșterea prețurilor la utilitățile publice au condus la diminuarea exagerată a valorii reale a pensiilor, în acest fel un număr mare de pensionari trăind la limita decenței, situându-se în apropierea pragului de sărăcie

Toate aceste schimbări și măsuri adoptate au determinat ca o parte însemnată de pensionari să devină beneficiari ai drepturilor sociale din asistență. Acest fapt are influență directă asupra asistenței sociale, în sensul în care o parte importantă de beneficiari de subvenții sociale (formă de asistență socială care se acordă în completarea veniturilor proprii) este constituită din pensionari.

În ultima perioadă, toate bugetele sociale se confruntă cu lipsa resurselor financiare ca urmare a îngustării bazei de colectare a contribuțiilor (diminuarea numărului plătitorilor), a reducerii numărului populației ocupate și a numărului de salariați, a neîncasării sumelor cuvenite (uneori cu acceptul autorităților, care acordau scutiri sau reeșalonări la plata contribuțiilor legale la aceste bugete), a muncii fără forme legale – ”munca la negru”, fără plata impozitelor și a contribuțiilor sociale. În domeniul asigurărilor sociale, politica socială este adoptată la nivel național prin elaborarea și promulgarea actelor normative ce reglementează perioadele de contribuție, procentele cu care se contribuie și modul de stabilire și de plată a pensiei. Politicile locale din acest domeniu nu pot completa ansamblul de măsuri decât parțial și nesemnificativ prin organizarea unor servicii de socializare sau de susținere a anumitor categorii de pensionari, fără intervenția majoră cu sprijin financiar din bugetele locale. Implementarea actelor normative din domeniu se face de către instituțiile descentralizate în teritoriu aflate în subordinea Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse, managementul financiar și organizatoric aparținând Casei Naționale de Pensii.

5.5.2. Principiile de funcționare și modul de organizare al sistemului public de pensii în România

În temeiul art. 2 din Legea nr. 263/2010, sistemul public de pensii se organizează și funcționează potrivit următoarelor principii de bază:

- a) principiul unicității, potrivit căruia statul organizează și garantează sistemul public de pensii bazat pe aceleași norme de drept, pentru toți participanții la sistem;
- b) principiul obligativității, potrivit căruia persoanele fizice și juridice au, conform legii, obligația de a participa la sistemul public de pensii, drepturile de asigurări sociale exercitându-se corelativ cu îndeplinirea obligațiilor;
- c) principiul contributivității, conform căruia fondurile de asigurări sociale se constituie pe baza contribuțiilor datorate de persoanele fizice și juridice participante la sistemul public de pensii, drepturile de asigurări sociale cuvenindu-se în temeiul contribuțiilor de asigurări sociale plătite;
- d) principiul egalității, prin care se asigură tuturor participanților la sistemul public de pensii, contribuabili și beneficiari, un tratament nediscriminatoriu, între persoane aflate în aceeași situație juridică, în ceea ce privește drepturile și obligațiile prevăzute de lege;
- e) principiul repartiției, pe baza căruia fondurile de asigurări sociale se redistribuie pentru plata obligațiilor ce revin sistemului public de pensii, conform legii;
- f) principiul solidarității sociale, conform căruia participanții la sistemul public de pensii își asuma reciproc obligații și beneficiază de drepturi pentru prevenirea, limitarea sau înlăturarea riscurilor asigurate prevăzute de lege;

- g) principiul autonomiei, bazat pe administrarea de sine stătătoare a sistemului public de pensii, conform legii;
- h) principiul imprescriptibilității, potrivit căruia dreptul la pensie nu se prescrie;
- i) principiul incesibilității, potrivit căruia dreptul la pensie nu poate fi cedat, total sau parțial.

Conform art. 4 al Legii nr. 263/2010, de la 1.01.2011, Casa Națională de Pensii și Alte Drepturi de Asigurări Sociale devine Casa Națională de Pensii Publice, denumită în continuare (CNPP), instituție care păstrează modul de organizare și funcționare, preia personalul, precum și drepturile și obligațiile acesteia.

Administrarea sistemului public de pensii se realizează prin CNPP și prin casele de pensii sectoriale, care se înființează, funcționează și îndeplinesc atribuțiile prevăzute de prezenta lege. În subordinea CNPP funcționează case județene de pensii, în fiecare municipiu-reședință de județ, precum și Casa de Pensii a Municipiului București. CNPP poate înființa case locale de pensii, în funcție de numărul și structura asiguraților, care funcționează sub conducerea și controlul casei județene de pensii, respectiv ale Casei de Pensii a Municipiului București.

Conform art. 5 al Legii nr. 263/2010, asigurații sistemului public de pensii pot fi cetățeni români, cetățeni ai altor state sau apatrizi, pe perioada în care au, domiciliul sau reședința în **România**. Pot fi asigurați ai sistemului public de pensii și cetățenii români, cetățenii altor state și apatrizii care nu au domiciliul sau reședința în **România**, în condițiile prevăzute de instrumentele juridice cu caracter internațional la care **România** este parte. Asigurații au obligația să plătească contribuții de asigurări sociale și au dreptul să beneficieze de prestații de asigurări sociale.

Conform art. 6 al Legii nr. 263/2010, în sistemul public de pensii sunt asigurate **obligatoriu**, prin efectul legii: persoanele care desfășoară activități pe baza de contract individual de muncă, funcționarii publici, cadrele militare în activitate, soldații și gradații voluntari, polițiștii și funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciarelor, din domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale, persoanele care își desfășoară activitatea în funcții electivă sau care sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului, precum și membrii cooperatori dintr-o organizație, șomerii, cadrele militare trecute în rezervă, polițiștii și funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare ale caror raporturi de serviciu au încetat, persoanele care realizează venituri de natură profesională, altele decât cele salariale, respectiv din drepturi de autor și drepturi conexe sau contracte/convenții încheiate potrivit Codului Civil.

Conform art. 7 al Legii nr. 263/2010, persoanele juridice sau fizice la care își desfășoară activitatea asigurații pe bază de contract individual de muncă, denumite angajatori, instituțiile care efectuează plata drepturilor de șomaj pentru șomerii, precum și instituțiile care efectuează plata

drepturilor pentru cadrele militare trecute în rezervă, polițiștii și funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare ale căror raporturi de serviciu au încetat, sunt obligate să depuna în fiecare lună, la termenul stabilit de CNPP și casele de pensii sectoriale, declarația nominală de asigurare.

Fondul sistemului public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale se constituie pe baza plății contribuției de asigurări sociale, iar contribuabilii sistemului public **sunt** după caz, conform art. 27 alin. (1) din Legea nr. 263/2010:

- a) asigurații care datorează contribuții individuale de asigurări sociale;
- b) angajatorii și instituțiile care efectuează plata ajutoarelor cadrelor militare trecute în rezervă, polițiștii și funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciarelor ale căror raporturi de serviciu au încetat;
- c) persoanele juridice la care își desfășoară activitatea persoanele cu funcții electivă sau care sunt numite în cadrul autorității executive, legislative ori judecatorești, pe durata mandatului, precum și membrii cooperatori, asimilate angajatorului;
- d) Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, care administrează bugetul asigurărilor pentru șomaj, instituție care, pentru șomeri, este asimilată angajatorului;
- e) persoanele care realizează venituri de natură profesională, altele decât cele salariale, respectiv din drepturi de autor și drepturi conexe sau contracte/convenții încheiate potrivit Codului Civil, precum și avocații, personalul clerical și cel asimilat din cadrul cultelor recunoscute prin lege, neintegrate în sistemul public, sau orice persoană care dorește să se asigure, respectiv să își completeze venitul asigurat.

Conform art. 27 alin. (1) din Legea nr. 263/2010, cotele de contribuții de asigurări sociale sunt diferențiate în funcție de condițiile de muncă normale, deosebite, speciale și alte condiții de muncă. Ele se aprobă anual prin lege.

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

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

Ca urmare, **România** ramâne nu doar cu cea mai mica pensie in UE-27 (anul 2008, 161,1€ (Anexa nr.14), cu cea mai mica vârstă efectivă (56,9 ani în 2009, Anexa nr.13) și legală de pensionare (va crește treptat până la 63 de ani pentru femei în 2030 și până la 65 de ani pentru barbati în 2015), cu cea mai subdezvoltată piață a fondurilor publice de pensii administrate privat (cu doar 0,5% din PIB, față de Bulgaria – 4,0% din PIB, Letonia, Slovacia – 5,0% din PIB, Estonia – 7,0% din PIB, Ungaria – 10,0%, Polonia – 14,0% din PIB), dar și cu cea mai mică contribuție la pilonul II pe pensii in randul statelor care au astfel de sisteme (cu excepția doar a Letoniei).

5.5.3. Modificările aduse de noua lege a pensiilor nr.263/2010

După cum se cunoaște, sistemul de pensii din **România** se află în fața unei etape noi de reformă, determinată de o serie de factori macro-economi și sociali care au impus schimbări atât în ceea ce privește sistemul public de pensii (elementele parametrice, condițiile de eligibilitate pentru diferitele categorii de pensie, creșterea gradului de responsabilitate și control, etc), cât și în ceea ce privește sistemele neintegrate acestuia.

Principalele direcții ale reformei vizează:

- **Lărgirea sferei de cuprindere a asigurării obligatorii** – prin integrarea în sistemul unitar de pensii publice a persoanelor care aparțineau unor sisteme speciale (pensiile militare), precum și a persoanelor care realizează venituri din profesii liberale;
- **Îmbunătățirea sustenabilității financiare a sistemului de pensii** – prin introducerea unor condiții mai restrictive privind accesul la pensia anticipată parțială și la pensia de invaliditate;
- **Mentținerea standardului de viață al pensionarilor în plată** – prin corelarea puterii de cumpărarea a pensionarilor în raport cu rata inflației;
- **Asigurarea unui tratament corect al persoanelor asigurate**, viitori pensionari – prin reglementarea modului de stabilire a pensiei în directă corelație cu nivelul veniturilor asigurate pentru care s-au achitat contribuțiile de asigurări sociale;
- **Descurajarea pensionărilor anticipate** – prin majorarea coeficientului de penalizare a pensiei;
- **Implementarea unor criterii mai stricte în ceea ce privește accesul la pensia de invaliditate** și intensificarea controalelor ulterioare;
- **Creșterea vârstelor de pensionare** ca urmare a creșterii speranței de viață a populației și egalizarea graduală – până în anul 2030 – a stagiului complet de cotizare pentru femei și bărbați.

Trebuie menționat că aceste direcții de acțiune se circumscriu preocupărilor generale manifestate, în domeniul pensiilor, de Statele Membre ale Uniunii Europene, documente comunitare recente subliniind faptul că, în contextul unei societăți cu o populație îmbătrânită, va fi din ce în ce mai greu să se asigure sustenabilitatea financiară a sistemelor de pensii.

De asemenea, se apreciază că trebuie să existe un raport adecvat între populația activă și populația retrasă la pensie, în acest sens fiind făcută recomandarea de a se limita accesul la pensia anticipată.

În final, este demn de menționat și faptul că, în anul 2003, Comisia Europeană a elaborat Raportul privind pensiile sigure și adecvate, document în care a fost subliniată următoarea idee: *"cheia succesului reformelor rezidă în echilibrul între preocupările sociale și cele financiare"*.

Cum se va realiza creșterea vârstelor de pensionare pentru femei și bărbați?

La data intrării în vigoare a Legii nr.263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, prevederile Legii nr.19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cele ale Legii nr.164/2001 privind pensiile militare de stat, precum și o serie de alte dispoziții referitoare la vârstele de pensionare ale unor categorii socio-profesionale **au fost abrogate**.

Astfel, potrivit prevederilor art. 53 din Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, vârsta standard de pensionare este 63 de ani pentru femei și de 65 de ani pentru bărbați. Atingerea acestor vârste se va realiza printr-o creștere graduală, conform eșalonării prevăzute în anexa nr. 5/Lege nr.263/2010.

Cu alte cuvinte, **în intervalul ianuarie 2011 – ianuarie 2015**, vârsta de pensionare a femeilor va crește de la 59 de ani la 60 de ani, iar cea a bărbaților va crește de la 64 de ani la 65 de ani.

La finele acestei perioade, se continuă creșterea graduală a vârstei de pensionare **numai** pentru femei, de la 60 de ani la 63 de ani, **până în anul 2030**.

Totodată, este reglementată creșterea stagiului minim de cotizare la **15 ani**, atât pentru femei, cât și pentru bărbați. Atingerea acestui stagiul minim se va realiza prin creșterea graduală conform eșalonării prevăzute în anexa nr. 5/Lege nr.263/2010.

Cu alte cuvinte, **în intervalul ianuarie 2011 – ianuarie 2015**, stagiul minim de cotizare va crește de la 13 ani la 15 ani, atât pentru femei, cât și pentru bărbați.

De asemenea, stagiul complet de cotizare va ajunge la **35 de ani** atât pentru femei, cât și pentru bărbați. Atingerea acestui stagiul se va realiza printr-o creștere graduală, conform eșalonării (anexa nr. 5/Lege nr.263/2010).

Cu alte cuvinte, **în intervalul ianuarie 2011 – ianuarie 2015**, stagiul complet de cotizare pentru femei va crește de la 28 ani la 30 de ani, iar pentru bărbați de la 33 de ani la 35 de ani.

La finele acestei perioade, se continuă creșterea graduală a stagiului complet de cotizare numai pentru femei, de la 30 de ani la 35 de ani, **până în anul 2030.**

Cum se va realiza creșterea vârstelor de pensionare pentru personalul din domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale ?

Având în vedere integrarea în sistemul unitar al pensiilor publice a cadrelor militare în activitate, a polițiștilor și funcționarilor publici cu statut special din sistemul administrației penitenciarelor, din domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale, Legea nr.263/2010 reglementează și condițiile de pensionare pentru aceste categorii de asigurați, după cum urmează:

- Vârsta standard de pensionare de **60 de ani**, atât pentru femei, cât și pentru bărbați;
- Stagiul minim de cotizare în specialitate de **20 de ani**, atât pentru femei, cât și pentru bărbați;
- Stagiul complet de cotizare de **30 de ani**, atât pentru femei, cât și pentru bărbați;

Atingerea vârstelor standard de pensionare și a stagiilor de cotizare menționate mai sus se va realiza conform eșalonării prevăzute în anexa nr.6/Lege nr.263/2010, într-un interval cuprins **între luna februarie 2011 și luna ianuarie 2030.**

Ce se va întâmpla cu pensiile stabilite prin legi speciale, aflate în plată la data intrării în vigoare a legii privind sistemul unitar de pensii publice?

Conform prevederilor art. 1 din Legea nr. 119/2010 privind stabilirea unor măsuri în domeniul pensiilor, au fost recalculat, conform principiului contributivității, următoarele categorii de pensii stabilite în baza unor legi speciale:

- a) pensiile militare de stat;
- b) pensiile de stat ale polițiștilor și ale funcționarilor publici cu statut special din sistemul administrației penitenciarelor;
- c) pensiile de serviciu ale personalului auxiliar de specialitate al instanțelor judecătorești și al parchetelor de pe lângă acestea;
- d) pensiile de serviciu ale personalului diplomatic și consular;
- e) pensiile de serviciu ale funcționarilor publici parlamentari;
- f) pensiile de serviciu ale deputaților și senatorilor;
- g) pensiile de serviciu ale personalului aeronautic civil navigant profesionist din aviația civilă; și
- h) pensiile de serviciu ale personalului Curții de Conturi

Conform dispozițiilor Hotărârii de Guvern nr. 737/2010 privind metodologia de recalculare a categoriilor de pensii de serviciu prevăzute la art. 1, lit. c) – h) din Legea nr. 119/2010, începând cu luna **septembrie 2010**, pensiile de serviciu stabilite în fostul sistem public au fost recalculat conform algoritmului de calcul prevăzut de Legea nr. 19/2000, modificată și completată.

De asemenea, potrivit dispozitiilor Hotararii de Guvern nr. 735/2010 pentru recalcularea pensiilor stabilite potrivit legislatiei privind pensiile militare de stat, a pensiilor de stat ale politistilor si ale functionarilor publici cu statut special din sistemul administratiei penitenciarelor, aceste categorii de pensii au fost prevazute a fi recalculate conform algoritmului de calcul utilizat pentru pensiile din sistemul public, intr-o perioada de 5 luni de la data intrarii in vigoare a hotararii de guvern mentionate anterior.

Recalcularea a fost efectuata de casele de pensii sectoriale care functioneaza in subordinea institutiilor in evidenta a carora se afla persoanele beneficiare.

Persoanele aparțin sistemelor speciale de pensii care vor fi integrate în sistemul de pensii publice vor plăti contribuțiile de asigurări sociale?

- În sistemul public de pensii sunt **asigurate obligatoriu**, prin efectul legii, **și următoarele categorii de persoane**:
 - **soldatii și gradații voluntari** care își desfășoară activitatea pe baza unui contract individual de muncă,
 - **cadrele militare în activitate,**
 - **soldații și gradații voluntari,**
 - **polițiștii,**
 - **funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare, din domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale;**
- Declarația nominală de asigurare **se transmite casei de pensii sectoriale**, de către angajatorii din domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale;
- **Cotele de contribuție de asigurări sociale pentru anul 2011 sunt:**

- pentru condiții normale de muncă	31,3%
- pentru condiții deosebite de muncă	36,3%
- pentru condiții speciale de muncă	41,3%
- **Cota contribuției individuale de asigurări sociale** este de **10,5%**, indiferent de condițiile de muncă;
- Introducerea contribuției de asigurări sociale suportată de cadrele militare în activitate, soldații și gradații voluntari, polițiștii și funcționarii publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare, din domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale **nu va diminua venitul net al acestora;**
- Drepturile salariale și veniturile asigurate **se majorează corespunzător** diferenței între cota de contribuție individuală de asigurări sociale prevăzută de Legea 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice și cota de contribuție individuală prevăzută de legislația anterioară;

În ceea ce privește dreptul la pensie, acesta se va stabili conform aceluiași principiu al contributivității, pe baza sistemului de puncte care a fost introdus din 2001 pentru pensionarii din fostul sistem al asigurărilor sociale de stat.

Pe cale de consecință, va fi determinat un punctaj mediu anual prin valorificarea soldei brute care a constituit baza de calcul a contribuției de asigurări sociale, iar punctajul mediu anual determinat se va înmulți cu valoarea unui punct de pensie, stabilită în condițiile legii.

Cum se determină și care va fi evoluția valorii punctului de pensie?

Valoarea punctului de pensie se stabilește prin legea pensiilor; în conformitate cu prevederile Legii nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, la data intrării în vigoare a legii valoarea punctului de pensie este de 732,8 lei.

Începând cu 1 ianuarie 2012, valoarea punctului de pensie va fi indexată anual cu 100,0% din rata inflației, la care se adaugă 50,0% din creșterea reală a câștigului salarial mediu brut, înregistrate în anul precedent.

De exemplu, dacă în anul 2011 se va înregistra o rată a inflației de 5,3% și o creștere a câștigului salarial brut de 0,4%, valoarea punctului de pensie de 732,8 lei va fi indexată cu 5,3% (100,0% rata inflației), la care se adaugă 0,2% (50,0% x 0,4%), adică cu 5,5%, rezultând o valoare a punctului de pensie de 773,1 lei.

În situația în care unul dintre acești indicatori înregistrează valori negative, la stabilirea valorii punctului de pensie se utilizează indicatorul cu valoare pozitivă, iar în situația în care ambii indicatori au valori negative, se păstrează ultima valoare a punctului de pensie. În acest fel, conform acestei formule de indexare, **valoarea punctului de pensie nu va scădea.**

Începând cu anul 2021, valoarea punctului de pensie urmează a se indexa anual cu 100,0% rata inflației, la care se va adăuga 45,0% din creșterea reală a câștigului salarial mediu brut, înregistrate în anul precedent. Procentul din creșterea reală a câștigului salarial mediu brut, luat în considerare la indexarea anuală a valorii punctului de pensie, urmează a se reduce, gradual, cu câte 5,0% în fiecare an.

Începând cu anul 2030, potrivit legii, valoarea punctului de pensie urmează a se indexa cu 100,0% rata inflației înregistrată în anul precedent.

De asemenea, pentru persoanele care se vor înscrie la pensie începând cu 1 ianuarie 2012, la punctajul mediu anual determinat se va aplica un **indice de corecție**, calculat ca raport între 43,3% din câștigul salarial mediu brut realizat pe anul precedent și valoarea unui punct de pensie în vigoare la acea dată. Indicele de corecție menționat se aplică o singură dată, la înscrierea inițială la

pensie. **Acest lucru va face ca, la momentul pensionării, să existe o legătură strânsă între câștigul salarial avut și pensia obținută de noul pensionar.**

Având în vedere că într-un orizont mediu de timp nici creșterile salariale nu vor mai înregistra creșteri semnificative, situație care se regăsește și la nivelul altor state, este posibil că decuplarea valorii punctului de pensie de câștigul salarial mediu brut, începând din anul 2030, nu va avea efecte negative asupra cuantumului pensiilor.

Care sunt modificările pe care legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice le prevede cu referire la pensia anticipată, respectiv pensia anticipată parțială?

Pensia anticipată

- Potrivit prevederilor Legii nr. 263/2011 privind sistemul unitar de pensii publice, intrată în vigoare la data de **01.01.2011**, **pensia anticipată** se cuvine cu cel mult **5 ani** înainte de împlinirii vârstei standard de pensionare, persoanelor care au realizat un stagiul de cotizare cu **cel puțin 8 ani** mai mare decât stagiul complet de cotizare prevăzut de lege.

Față de legislația anterioară, care prevedea acordarea pensiei anticipate pentru asigurații care au depășit stagiul complet de cotizare cu cel puțin 10 ani, prezenta lege este mai generoasă.

La stabilirea acestei categorii de pensii **nu sunt luate în considerare perioadele asimilate stagiului de cotizare** (stagiul militar obligatoriu, perioada studiilor superioare absolvite la zi, pensionarea de invaliditate, școala militară);

- Perioadele asimilate stagiului de cotizare se vor valorifica la trecerea la pensia pentru limită de vârstă;
- Este interzis cumulul pensiei anticipate cu venituri obținute în calitatea de asigurat obligatoriu al sistemului unitar de pensii publice; **excepția o reprezintă consilierii locali și consilierii județeni**. Pentru a evita înregistrarea unor debite reprezentând drepturi încasate necuvenit, persoana aflată în situație de cumul al pensiei anticipate cu alte venituri de natura celor menționate mai sus trebuie să solicite casei teritoriale de pensii/casei de pensii sectoriale care achită drepturile suspendarea plății pensiei anticipate;
- Trecerea de la pensia anticipată la pensia pentru limită de vârstă **se face din oficiu**, spre deosebire de legislația anterioară, care condiționa această trecere de depunerea unei cereri de către pensionar;
- **Reducerea vârstei** standard de pensionare prevăzută pentru pensia anticipată **nu poate fi cumulată** cu nici o altă reducere prevăzută de lege sau de alte acte normative.

În cazul persoanelor asigurate care fac parte din cadrele militare în activitate, a polițiștilor și funcționarilor publici cu statut special din sistemul administrației penitenciarelor, din domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale, Legea nr.263/2010 **impune obligativitatea realizării stagiului minim de cotizare în specialitate** și regăsirea în anumite situații expres prevăzute de lege.

Pensia anticipată parțială

- Potrivit prevederilor Legii nr. 263/2011 privind sistemul unitar de pensii publice, intrată în vigoare la data de **01.01.2011**, **pensia anticipată parțială** se cuvine cu cel mult **5 ani** înaintea împlinirii vârstei standard de pensionare, persoanelor care au realizat un stagiul de cotizare cu **până la 8 ani** mai mare decât stagiul complet de cotizare prevăzut de lege;
- La stabilirea acestei categorii de pensii **nu sunt luate în considerare perioadele asimilate stagiului de cotizare** (stagiul militar obligatoriu, perioada studiilor superioare absolvite la zi, pensionarea de invaliditate, școala militara);
- Perioadele asimilate stagiului de cotizare se vor valorifica la trecerea la pensia pentru limită de vârstă;
- Este interzis cumulul pensiei anticipate parțiale cu venituri obținute în calitate de asigurat obligatoriu al sistemului unitar de pensii publice; **excepția o reprezintă consilierii locali și consilierii județeni**. Pentru a evita înregistrarea unor debite reprezentând drepturi încasate necuvenit, persoana aflată în situație de cumul al pensiei anticipate parțiale cu alte venituri de natura celor menționate mai sus trebuie să solicite casei teritoriale de pensii/casei de pensii sectoriale care achită drepturile suspendarea plății pensiei anticipate parțiale;
- Trecerea de la pensia anticipată parțială la pensia pentru limită de vârstă **se face din oficiu**, spre deosebire de legislația anterioară, care condiționa această trecere de depunerea unei cereri de către pensionar;
- **Reducerea vârstei** standard de pensionare prevăzută pentru pensia anticipată parțială **nu poate fi cumulată** cu nici o altă reducere prevăzută de lege sau de alte acte normative.
- Procentul de penalizare a cuantumului pensiei este fix – **0,75%** pentru fiecare lună de anticipare, ceea ce poate conduce la o **penalizare maximă de 45,0%** din cuantumul pensiei pentru limită de vârstă. Legislația anterioară prevedea procente diferențiate, cuprinse între 0,5% și 0,50%, iar **penalizarea maximă ajungea la 30,0%**.
- Penalizarea se aplică până la **îndeplinirea condițiilor pentru obținerea pensiei pentru limită de vârstă.**

Cu titlu de noutate absolută, Legea nr. 263/2010, privind sistemul unitar de pensii publice introduce posibilitatea **pensionării anticipate parțiale fără penalizare pentru** persoanele care au locuit cel puțin 30 de ani în zonele afectate de poluarea remanentă datorită extracției și prelucrării minereurilor neferoase cu conținut de cupru, plumb, sulf, cadmiu, arseniu, zinc, mangan, fluor, clor, respectiv Baia Mare, Copșa Mică și Zlatna, pe o rază de 8 km în jurul acestor localități.

Aceste persoane vor putea beneficia de reducerea vârstei standard de pensionare cu **2 ani**, fără penalizarea prevăzută de lege.

Care sunt măsurile de reducere a numărului de pensii de invaliditate noi și de descurajare a pensionărilor de invaliditate abuzive, nejustificate medical?

1. Diversificarea condițiilor referitoare la stagiul de cotizare necesar în funcție de vârsta asiguratului a fost necesară pentru:

- *a asigura o mai bună corelare a vârstei asiguratului la data apariției stării invalidante cu stagiul de cotizare pe care îl putea realiza până la o anumită vârstă.* Măsura este în favoarea tinerilor cu studii superioare care nu puteau realiza 5 ani (sau cel puțin jumătate din acest stagiul) pentru a se califica pentru acest tip de pensie.

a elimina dispozițiile prea generoase ale prevederilor anterioare în contextul creșterii eșalonate a vârstelor standard de pensionare. Spre exemplu, este inechitabil ca o persoană (bărbat) în vârstă de 63 de ani să fie înscrisă la pensie de invaliditate în condițiile în care, potrivit legislației anterioare, se cereau doar 12 ani și jumătate de stagiul de cotizare, comparativ cu o persoană de 63 de ani (barbat) care se pensiona pentru limita de vârstă, dar care a realizat stagiul complet de cotizare de 32 de ani. (ianuarie 2009 – noiembrie 2010).

2. Diminuarea punctajului stabilit pentru fiecare an de stagiul potențial³⁵ acordat în cazul pensiilor de invaliditate.

Tabelul nr.18

Tipul pensiei de invaliditate	Legea 19/2000	Legea nr.263/2010
gradul I	0,75 puncte	0,70 puncte
gradul II	0,60 puncte	0,55 puncte
gradul III	0,40 puncte	0,35 puncte

Motivație:

³⁵ stagiul potențial - perioada de timp prevăzută de prezenta lege, considerată stagiul de cotizare și acordată la calculul pensiei de invaliditate, ca o creditare pentru stagiul de cotizare nerealizat din cauza afecțiunilor invalidante, **se** determină ca diferență între stagiul complet de cotizare prevăzut de lege și stagiul de cotizare realizat până la data acordării pensiei de invaliditate

Diminuarea punctajului acordat pentru stagiul potential a fost necesara intrucat prevederile legislatiei anterioare s-au dovedit a fi:

- *mult prea generoase* în raport cu principiul contributivității (acest stagiou potențial este perioada necontributivă);
- *profund inechitabile* din punctul de vedere al persoanelor asigurate care, în multe situații, nu realizează – pe baza contribuțiilor – un punctaj asemanător.

Activitatea de expertiză medicală a fost regândită astfel:

- **Presupune o mai mare responsabilizare a medicului expert al asigurarilor sociale**, în sensul ca Raportul medical de evaluare completat de medicul expert al asigurărilor sociale va înlocui documentarul medical completat de medicul curant (specialist pentru boala principal invalidantă);
- **Intărește rolul Institutului National de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă (INEMRCM) în procedura de control și supraveghere** a modului de aplicare a criteriilor și normelor pe baza cărora se face încadrarea în gradele de invaliditate. Astfel, CNPP și casele de pensii sectoriale, prin intermediul INEMRCM și al Comisiilor Centrale de Expertiză Medico - Militară ale Ministerului Apărării Naționale, Ministerului Administrației și Internelor și Serviciului Român de Informații, după caz, **organizează, îndrumă și controlează activitatea de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.**
- Comisiile medicale menționate mai sus pot convoca, pentru expertizare suplimentară, pensionarul de invaliditate, concluziile expertizării fiind obligatorii și definitive.
- **Are în vedere organizarea unor centre regionale de expertiza medicală și recuperare a capacității de muncă** care, pe lângă exercitarea unor atribuții similare celor pe care – pana în prezent – le exercită INEMRCM, vor avea și misiunea soluționării contestațiilor la deciziile de încadrare în grade de invaliditate;
- **Reverificarea dosarelor medicale la care există suspiciuni**, prin efectuarea de investigații suplimentare la unități agreate de centrele regionale, pe baza încheierii de convenții între casele de pensii și spitale, laboratoare, clinici de specialitate;
- **Verificarea încadrării în grad de invaliditate** a tuturor pensionarilor de invaliditate aflați în evidența Casei Naționale de Pensii Publice, prin sistemul de verificare și control al INEMRCM (Institutul și centrele regionale). Procesul a fost deja demarat conform prevederilor art. 6 din Legea nr. 119/2010 privind stabilirea unor măsuri în domeniul pensiilor, în temeiul căruia a fost emis Ordinul 1418/2010 privind aprobarea Procedurii de încadrare în grade de invaliditate în vederea înscrierii la pensia de invaliditate și a Procedurii de verificare a încadrării în grad de invaliditate,

Reducerea vârstei de pensionare pentru persoanele care au desfășurat activități în condiții deosebite și/sau speciale de muncă (grupa I și/sau a - II - a de muncă) se regăsește în cuprinsul reglementărilor legii nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice?

Potrivit noii legislații care reglementează sistemul unitar de pensii publice, persoanele care au desfășurat activitate în condiții deosebite, speciale sau alte condiții de muncă, beneficiază de reducerea vârstei standard de pensionare în condițiile realizării stagiului complet de cotizare prevăzut de lege.

A. În situația persoanelor care au realizat stagii de cotizare în **condiții deosebite** de muncă, reducerile vârstei standard de pensionare sunt cuprinse între 1 și 8 ani, în funcție de numărul anilor lucrați în aceste condiții (tabelul nr.1/Lege nr.263/2010). **Stagiul minim** de cotizare realizat în condiții deosebite de muncă pentru care se acordă reducerea vârstei standard de pensionare este **de 6 ani**.

B. De asemenea, vârsta standard de pensionare se reduce și în cazul persoanelor care au desfășurat activitate în **condiții speciale** de muncă, respectiv:

- a) în unitățile miniere, pentru personalul care își desfășoară activitatea în subteran cel puțin 50,0% din timpul normal de muncă în luna respectivă;
- b) activitățile de cercetare, explorare, exploatare sau prelucrare a materiilor prime nucleare, zonele I și II de expunere la radiații;
- c) activitățile din domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale, prevăzute de actele normative cu regim clasificat, emise până la data intrării în vigoare a prezentei legi;
- d) în aviația civilă, pentru personalul navigant prevăzut în anexa nr.1/Lege nr.263/2010;
- e) activitățile și unitățile prevăzute în anexele nr. 2 și 3/Lege nr.263/2010;
- f) activitatea artistică desfășurată în profesiile prevăzute în anexa nr. 4/Lege nr.263/2010, dar și pentru persoanele care au lucrat în domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale, respectiv în alte condiții de muncă (deosebite și speciale).

În această situație, reducerea vârstei standard de pensionare este cuprinsă între 1 și 13 ani, în funcție de stagiul de cotizare realizat în aceste condiții de muncă. Reducerea minimă este de 1 an și se aplică persoanelor care au realizat un stagiul de cotizare în condiții speciale sau alte condiții de muncă de minim 2 ani (tabelul nr.2/Lege nr.263/2010).

Reducerea vârstei standard de pensionare operează în **condițiile realizării stagiului complet de cotizare** prevăzut de lege în cazul persoanelor care au lucrat în locuri de muncă încadrate în condiții speciale, respectiv cele prevăzute la art. 30/Lege nr.263/2010.

Excepție!

Persoanele care au desfășurat activitate în domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale, respectiv în alte condiții de munca (deosebite și speciale), beneficiază de reducerea vârstei standard de pensionare în **condițiile realizării stagiului minim de cotizare** prevăzut de lege, anexa nr.6/Lege nr.263/2010.

Reducerile vârstelor standard de pensionare, precum și cele prevăzute de alte acte normative **pot fi cumulate** fără ca reducerea totală să fie mai mare de 13 ani.

Vârstele de pensionare reduse în aceste conditii nu pot fi mai mici de 50 de ani pentru femei și de 52 de ani pentru bărbați, respectiv de 45 de ani pentru persoanele care au desfășurat activitate în domeniul apărării naționale, ordinii publice și siguranței naționale.

Excepții!

I.Persoanele care și-au desfășurat activitatea **cel puțin 20 de ani**, în unitățile miniere, în subteran **cel puțin 50,0% din timpul normal de muncă** în luna respectivă, beneficiază de reducerea vârstei standard de pensionare cu 20 de ani.

Vârsta standard de pensionare nu poate fi mai mică de 45 de ani.

II.Beneficiază de **reducerea vârstei** standard de pensionare **cu 15 de ani** persoanele care au realizat un **stagiul de cotizare de cel puțin 20 de ani** în următoarele profesii:

1. Balerin
2. Dansator
3. Acrobat
4. Jongler
5. Clovn
6. Călăreț de circ
7. Dresor de animale sălbatice
8. Solist vocal de operă și de operetă
9. Instrumentist la instrumente de suflat
10. Cascador

Vârsta standard de pensionare nu poate fi însă mai mica de 50 de ani.

TOTUȘI, în cazul balerinilor și acrobaților, vârsta de pensionare nu poate fi mai mică de **40 de ani pentru femei și 45 de ani pentru bărbați.**

III.Persoanele care au desfășurat activități de cercetare, explorare, exploatare sau prelucrare a materiilor prime nucleare, zonele I și II de expunere la radiații și au realizat un stagiul de cotizare de cel puțin 15 ani în zona I de expunere la radiații sau de cel puțin 17 ani în zona a II-a de expunere la radiații, beneficiază de **pensie pentru limită de vârstă indiferent de vârstă.**

Stagiul complet de cotizare este de:

- 22 ani și 6 luni, în cazul celor care au desfășurat activitate în zona I de expunere la radiații;
- 25 de ani și 6 luni, în cazul celor care au desfășurat activitate în zona a II-a de expunere la radiații.

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

În **România**, în sistemul public, conform art. 51 din Legea nr. 263/2010, se acordă următoarele categorii de pensii:

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

a.pensia pentru limită de vârstă

Pensia pentru limită de vârstă reprezintă pensia cea mai cunoscută și se acordă asiguraților care îndeplinesc, cumulativ, la data pensionării, condițiile privind vârsta standard de pensionare și stagiul minim de cotizare realizat în sistemul public (art.53 din Legea nr. 263/2010).

Astfel, vârsta standard de pensionare este de 65 de ani pentru bărbați și 63 de ani pentru femei. Atingerea acestei vârste se realizează prin creșterea eșalonării prevazute în anexa nr.5/Lege nr.263/2010.

Stagiul minim de cotizare este de 15 ani, atât pentru femei, cât și pentru bărbați. Atingerea acestui stagiul se realizează prin creșterea stagiului minim de cotizare, conform eșalonării prevazute în anexa nr. 5/Lege nr.263/2010.

Stagiul complet de cotizare este de 35 de ani, atât pentru femei, cât și pentru bărbați. Atingerea acestui stagiul se realizează prin creșterea stagiului complet de cotizare, conform eșalonării prevazute în anexa nr. 5/Lege nr.263/2010.

b. pensia anticipată

Asigurații care au depășit stagiul complet de cotizare prevăzut la art.53(3) din Legea nr. 263/2010 cu cel puțin 8 ani pot solicita pensia anticipată cu cel mult 5 ani înaintea vârstelor standard de pensionare care sunt 63 de ani pentru femei și 65 de ani pentru bărbați (art.53(1) din Legea nr. 263/2010).

Quantumul pensiei anticipate se stabilește în aceleași condiții cu cel al pensiei pentru limită de vârstă, însă în stabilirea stagiului de cotizare necesar acordării pensiei anticipate nu se iau în considerare perioadele asimilate prevazute la art. 49 alin. (1) lit. a)-c) și g)/ Lege nr.263/2010.

Conform art.64, alin(1) și alin(2) din Legea nr. 263/2010, la data îndeplinirii condițiilor pentru acordarea pensiei pentru limita de vârstă, pensia anticipată se transforma în pensie pentru limită de

vârsta și se recalculează prin adaugarea perioadelor asimilate și a eventualelor stagii de cotizare realizate în perioada de suspendare a plății pensiei anticipate. Transformarea pensiei anticipate în pensie pentru limită de vârstă, se face din oficiu.

c. pensia anticipată parțial

Art. 65 alin.(1) din Legea nr. 263/2010 stabilește că asigurații care au realizat stagiile complete de cotizare, precum și cei care au depășit stagiul complet de cotizare cu până la 8 ani pot solicita pensie anticipată parțială cu reducerea vârstelor standard de pensionare cu cel mult 5 ani.

Conform art.65 alin.(4) din Legea nr. 263/2010, cuantumul pensiei anticipate parțiale se stabilește din cuantumul pensiei pentru limită de vârstă care s-ar fi convenit, prin diminuarea acestuia cu 0,75% pentru fiecare lună de anticipare, până la îndeplinirea condițiilor pentru obținerea pensiei pentru limită de vârstă, însă în stabilirea stagiului de cotizare necesar acordării pensiei anticipate parțiale nu se iau în considerare perioadele asimilate prevazute la art. 49 alin. (1) lit. a)-c) și g)/ Lege nr.263/2010.

Conform art.67, alin(1) și alin(2) din Legea nr. 263/2010, la data îndeplinirii condițiilor pentru acordarea pensiei pentru limită de vârstă, pensia anticipată parțială se transformă în pensie pentru limită de vârstă și se recalculează prin eliminarea diminuării prevazute la art. 65 alin. (4) și prin adaugarea perioadelor asimilate și a eventualelor stagii de cotizare realizate în perioada de suspendare a plății pensiei anticipate parțiale. Transformarea pensiei anticipate parțiale în pensie pentru limită de vârstă, se face din oficiu.

d. pensia de invaliditate

Art. 68 alin.(1) din Legea nr. 263/2010 stabilește că au dreptul la pensie de invaliditate asigurații care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă din cauza:

- a) accidentelor de munca și bolilor profesionale, conform legii;
- b) neoplaziilor, schizofreniei și SIDA;
- c) bolilor obișnuite și accidentelor care nu au legatură cu munca.

Conform Art. 69/ Legea nr. 263/2010, în raport cu gradul de reducere a capacității de muncă, invaliditatea este:

- a) de gradul I, caracterizată prin pierderea totală a capacității de munca și a capacității de autoingrijire;
- b) de gradul II, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă, cu păstrarea capacității de autoingrijire;

- c) de gradul III, caracterizată prin pierderea a cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, persoana putând să presteze o activitate profesională, corespunzătoare a cel mult jumătate din timpul normal de muncă.

Conform Art. 74/ Legea nr. 263/2010, au dreptul la pensie de invaliditate, indiferent de stagiul de cotizare realizat, persoanele prevazute la art. 68 alin. (1) lit. a) si b), alin. (2), (3) și (4)/Legea nr. 263/2010.

Conform Art. 77/ Legea nr. 263/2010, pensionarii de invaliditate încadrați în gradul I de invaliditate au dreptul, în afara pensiei, la o indemnizație pentru însoțitor, în cuantum fix. Cuantumul indemnizației pentru însoțitor reprezintă 80,0% din valoarea unui punct de pensie, stabilită în condițiile legii. Indemnizația pentru insoțitor se suporta de la bugetul de stat.

Conform Art. 82/ Legea nr. 263/2010, la data îndeplinirii condițiilor pentru acordarea pensiei pentru limită de vârstă, pensia de invaliditate devine pensie pentru limita de vârstă. Se acorda, din oficiu, cuantumul cel mai avantajos. Indemnizația pentru insoțitor prevazută la art. 77 (invaliditate gr.I) se menține și pe durata acordării pensiei pentru limită de vârstă.

e. pensia de urmaș

Au dreptul la pensie de urmaș copiii și soțul supraviețuitor, dacă persoana decedată era pensionar sau îndeplinea condițiile pentru obținerea unei pensii (art. 83 din Legea nr. 263/2010).

Potrivit art.84, **copiii** au dreptul la pensie de urmaș:

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

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

- dreptul la pensie de urmaș pe tot timpul vieții, la împlinirea vârstei standard de pensionare, dacă durata căsătoriei a fost de cel puțin 15 ani. (art. 85 alin.(1));
- în cazul în care durata căsătoriei este mai mică de 15 ani, dar de cel puțin 10 ani, cuantumul pensiei de urmaș se diminuează cu 0,5% pentru fiecare lună, respectiv 6,0% pentru fiecare an de căsătorie în minus (art. 85 alin.(2) din Legea nr.263/2010);
- soțul supraviețuitor are dreptul la pensie de urmaș, indiferent de vârstă, pe perioada în care este invalid de gradul I sau II, dacă durata căsătoriei a fost de cel puțin 1 an (art. 86 alin.(1));

- soțul supraviețuitor – conform art. 86 alin.(2) din Legea nr. 263/2010 – are dreptul la pensie de urmaș, indiferent de vârstă și de durata căsătoriei, dacă decesul soțului susținător s-a produs ca urmare a unui accident de muncă, a unei boli profesionale sau tuberculozei și dacă nu realizează venituri lunare dintr-o activitate profesională pentru care asigurarea este obligatorie sau acestea sunt mai mici de 35,0% din câștigul salarial mediu brut pe economie;
- soțul supraviețuitor, care nu îndeplinește condițiile prevăzute la art. 85 și la art. 86 alin. (1) din Legea nr. 263/2010, beneficiază de pensie de urmaș pe o perioadă de 6 luni de la data decesului, dacă în această perioadă nu realizează venituri lunare dintr-o activitate profesională pentru care asigurarea este obligatorie sau acestea sunt mai mici de 35,0% din câștigul salarial mediu brut pe economie(art.87 din Legea nr.263/2010);
- soțul supraviețuitor care are în îngrijire la data decesului susținătorului unul sau mai mulți copii în vârstă de până la 7 ani, beneficiază de pensie de urmaș până la data împlinirii de către ultimul copil a vârstei de 7 ani, în perioadele în care nu realizează venituri lunare dintr-o activitate profesională pentru care asigurarea este obligatorie sau acestea sunt mai mici de 35,0% din castigul salarial mediu brut, (art. 88 din Legea nr.263/2010);

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

Conform art.89 alin.(1) din Legea nr. 263/2010, pensia de urmaș se calculează, după caz, din:

- pensia pentru limită de vârstă aflată în plată sau la care ar fi avut dreptul susținătorul decedat;
- pensia de invaliditate gradul I, în cazul în care decesul susținătorului a survenit înaintea îndeplinirii condițiilor pentru obținerea pensiei pentru limită de vârstă;

Cuantumul pensiei de urmaș se stabilește prin aplicarea unui procent asupra punctajului mediu anual realizat de susținător, în funcție de numărul urmașilor îndreptățiți, astfel (art.89 alin.(2) din Legea nr. 263/2010):

- pentru un singur urmaș – 50,0%;
- pentru 2 urmași – 75,0%;
- pentru 3 sau mai mulți urmași – 100,0%.

Cuantumul pensiei de urmaș, în cazul orfanilor de ambii părinți, reprezintă însumarea drepturilor de urmaș, calculate după fiecare părinte (art.90 din Legea nr. 263/2010).

Soțul supraviețuitor care are dreptul la o pensie proprie și îndeplinește condițiile pentru obținerea pensiei de urmaș după soțul decedat poate opta pentru cea mai avantajoasă pensie (art.92 din Legea nr. 263/2010).

f. pensia socială minimă garantată

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

Această pensie se determină ca diferență între aceste cantumuri și nivelul pensiei aflat în plată, stabilit de Legea nr. 263/2010.

5.5.5. Vârsta efectivă de pensionare în România

România are una din cele mai mici vârste efective de pensionare din UE-27, fiind pe ultimul loc la nivel total (56,9 ani), penultimul loc feminin (56,1 ani, ultimul loc Slovenia - 55,2 ani) și tot penultimul loc masculin (57,8 ani, ultimul loc Luxemburg - 57,7 ani) (Anexa nr.13)

În ceea ce privește situația principalelor categorii de pensii, situația se prezintă în tabelul nr.19.

Tabelul nr.19
-ani-

Tip pensie	Total	Feminin	Masculin
Asigurări sociale de stat	56,9	56,1	57,8
Limită de vârstă	59,5	58,3	60,7
Anticipată	58,4	56,7	61,3
Anticipată parțială	57,5	55,7	60,5
Invaliditate gr.1	51,8	49,7	52,8
Invaliditate gr.2	51,1	49,7	52,4
Invaliditate gr.3	52,0	50,9	53,0

Pe categorii, cele mai mari valori ale vârstei efective, la nivel total – 59,5 ani (limită de vârstă), feminin – 58,3 ani (limită de vârstă), masculin –61,3 ani (anticipată). Cele mai mici valori ale vârstei efective, pentru invaliditate gr.2 – 51,1 ani, sex feminin – 49,7 ani, sex masculin –52,4 ani.

5.5.6. Analiza cantumului pensiilor pe categorii și pe sexe în sistemul asigurărilor sociale de stat și în sistemul agricultorilor

5.5.6.1. Sistemul asigurărilor sociale de stat

- Număr pensionari

Numărul femeilor pensionare a fost mai mare, în anul 2010, decât al bărbaților pensionari la următoarele categorii de pensii (% din total): limită vârstă (51,5%), anticipată parțial (62,0%), anticipată (63,6%), IOVR (70,7%) și ajutor social (74,7%) și mai mic la următoarele categorii de pensii (% din total): invaliditate gr1 (33,1%), invaliditate (47,4%), invaliditate gr2 (47,4%), invaliditate gr3 (49,1%).(tabelul nr.20).

Tabelul nr.20
-persoane-

	Limita vârstă	Anticipată	Anticipata parțial	Inval	Inval gr1	Inval gr2	Inval gr3	Ajutor social	lovr
Total pensionari	3.184.823	9.248	123.602	880.914	41.163	506.284	333.467	1.486	9.261
Feminin	1.640.670	5.886	76.691	417.225	13.642	239.964	163.619	1.110	6.550
Masculin	1.544.153	3.362	46.911	463.689	27.521	266.320	169.848	376	2.711
% feminin în total	51,5	63,6	62,0	47,4	33,1	47,4	49,1	74,7	70,7

- **Cuquantumul pensiilor**

Pensiile de care au beneficiat femeile, pentru toate categoriile de pensie, au fost mai mici în medie, în anul 2010, față de cele ale bărbaților cu procente cuprinse între 1,0%-20,0%(cu excepția IOVR). Așa cum se poate observa, în sistemul asigurărilor sociale de stat, pensile femeilor vârstnice, pentru limită de vârstă, au un cuquantum reprezentând între 80,0% - 99,0% din pensiile bărbaților vârstnici, apropiindu-se cel mai mult în cazul pensiei anticipate și al ajutorului social. (tabelul nr.21).

Tabelul nr.21
lei

	Limita vârstă	Anticipată	Anticipata parțial	Inval	Inval gr1	Inval gr2	Inval gr3	Ajutor social	lovr
Total	858	976	696	555	554	561	546	192	244
Feminin	767	947	654	515	504	519	509	192	182
Masculin	955	1.027	763	591	579	599	582	194	393
Procent Feminin/masculin(%)	80,3	92,2	85,7	87,1	87,1	86,6	87,5	99,0	46,3

Explicația acestui fenomen se datorează faptului că femeile care au ales pensia anticipată au avut, în medie, un punctaj similar bărbaților, având ca explicație nivelul apropiat al veniturilor salariale pe durata vieții active și un stagiul de cotizare aproape identic, iar în cazul ajutorului social variabila sex, neavând nici o semnificație în determinarea cuquantumului ajutorului social,fiind o pură întâmplare.

Cea mai mică valoare a cuquantumului pensiei femeilor raportată la pensia bărbaților este în cazul pensiei IOVR (46,0%), fapt explicabil atât prin numărul mult mai mic al văduvelor de război față de al veteranilor de război, cât și prin cuquantumul mai redus al îndemnizațiilor primite de acestea.

Rezultatul acestui fenomen este, că femeia ajunsă la vârste avansate este mai săracă și într-o stare de sănătate mai proastă, fapt care o face mai vulnerabilă și mai dependentă de măsuri de protecție socială.

Pensia medie de asigurări sociale de stat (fără agricultori) a fost în 2010, de 739 lei:

Pentru limită de vârstă, total - 858 lei, femei -767 lei.

În anul 2010³⁶, pensiile medii cele mai mari s-au regăsit în Municipiul București (939 lei), județele Hunedoara (896 lei) și Brașov (891 lei) și cele mai mici în județele Vrancea (623 lei), Vaslui (623 lei), Botoșani (610 lei) și Giurgiu (594 lei) (Anexa nr.20).

• **Număr pensionari beneficiari ai pensiei minime³⁷ și valoarea medie suportată de la Bugetul de Stat**

În anul 2010³⁸, cel mai mare număr de pensionari beneficiari ai pensiei minime s-au regăsit în județele Suceava(16.390), Bacău(14.117), Constanța(14.056) , Bihor(13.957) și cel mai mic în județele Tulcea (5.278), Covasna (4.195), București (81) (Anexa nr.21).

În anul 2010, cea mai mare valoare a diferenței suportată de la Bugetul de Stat s-au înregistrat în județele Bistrița-Năsăud (101 lei), Vrancea (100 lei), Dâmbovița (98 lei) și Alba (97 lei) și cea mai mică în județele Ialomița (83 lei), Dolj (83 lei), București (81 lei) (Anexa nr.21).

5.5.6.2.Sistemul agricultorilor

• **Număr pensionari**

Așa cum se poate observa din tabelul nr.22, în sistemul agricultorilor, numărul femeilor pensionare pentru limită de vârstă a fost covârșitor mai mare decât al bărbaților pensionari, respectiv de 7,0 ori mai mare, reprezentând 87,6% din total, în anul 2010.

Tabelul nr.22
-persoane-

	Limita vârstă	Invaliditate	Invaliditate gr1	Invaliditate gr2
Total pensionari agricultori	651.003	15.003	1,397	13,606
Feminin	570.071	11.643	828	10815
Masculin	80.932	3.360	569	2791
% feminin în total	87,6	77,6	59,3	79,5

• **Cuquantumul pensiilor**

³⁶ Sursa datelor: www.cnpas.org

³⁷ Începând cu data de 1 aprilie 2009, prin OUG nr.6/2009, a fost instituită pensia socială minim garantată, în valoare de 300 lei, iar de la data de 1 octombrie 2009, cuantumul acesteia a fost majorat la 350 lei, beneficiarii sistemului public de pensii cu domiciliul în România, a căror pensie se situa sub aceste cuantumuluri, au primit diferența de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

³⁸ Sursa datelor: www.cnpas.org

În cea ce privește cuantumul pensiilor, în sistemul agricultorilor, pensiile femeilor sunt aproximativ egale cu cele ale bărbaților, cu excepția categoriei pensie de invaliditate unde pensia medie a femeilor a fost cu 26,5% mai mare decât pensia medie a bărbaților, în anul 2010.

Tabelul nr.23
lei

	Limita vârstă	Invaliditate	Invaliditate gr1	Invaliditate gr2
Total	329	223	184	227
Feminin	329	234	196	237
Masculin	331	185	166	188
Procent feminin/masculin(%)	99,4	126,5	118,1	126,1

Pensia medie din sistemul agricultorilor a fost, în 2010, de 309 lei.

Pentru limită de vârstă, total - 329 lei, femei -329 lei.

În anul 2010³⁹, pensiile medii cele mai mari s-au regăsit în județele Ialomița (326 lei), Brăila (325 lei) Călărași (321 lei) și Giurgiu (321 lei) și cele mai mici în județele Harghita (281 lei), Ilfov (273 lei) și București (212 lei) (Anexa nr.22).

• **Număr pensionari beneficiari ai pensiei minime și valoarea medie suportată de la Bugetul de Stat**

În anul 2010⁴⁰, cel mai mare număr de pensionari beneficiari s-au regăsit în județele Dolj (13.717), Olt (13.409), Iași (13.012) și cel mai mic în județele Covasna (1.366), Brașov (1.097), București (122) (Anexa nr.23).

În anul 2010, cea mai mare valoare a diferenței suportată de la Bugetul de Stat s-au înregistrat în județele București (133 lei), Ilfov (115 lei), Gorj (111 lei) și cea mai mică în județele Teleorman (77 lei), Botoșani (77 lei), Dolj (74 lei) (Anexa nr.23).

³⁹ Sursa datelor: www.cnpas.org

⁴⁰ Sursa datelor: www.cnpas.org

SĂNĂTATEA VÂRSTNICILOR

6.1. Aspecte generale

Starea de sănătate "face diferența" între a fi apt de muncă și a nu fi apt de muncă și de aici impactul asupra vârstei de pensionare și a cheltuielilor cu pensile. Reformele naționale în domeniul sănătății, care și-au propus ca scop ajutorarea cetățenilor să îmbătrânească într-o stare de sănătate bună, precum și acțiunile UE de promovare a conceptului de "îmbătrânire sănătoasă", pot contribui, la atingerea obiectivelor europene(2020), de reținere a cetățenilor cât mai mult timp pe piața forței de muncă.

O populație îmbătrânind într-o stare de sănătate rea semnifică o forță de muncă mai redusă, cu mulți oameni incapabili să muncească din cauza problemelor de sănătate, vârste mai mici de pensionare și de aici, cheltuieli mai mari cu pensile. O populație în stare de sănătate bună poate continua să muncească pe măsură ce îmbătrânește, contribuind la creșterea vârstei de pensionare și reducerea cheltuielilor cu pensile.

O stare bună de sănătate este un element esențial al bunăstării umane, reprezentând o valoare în sine. La nivel individual o stare bună de sănătate reprezintă o **componentă importantă a capitalului uman**, permițând oamenilor să își desfășoare activitățile, să își îndeplinească țelurile, să aibă o viață completă, să fie membri activi ai societății. La nivel societal, o stare de sănătate ridicată este un element cheie al capitalului uman al fiecărei țări, contribuind la competitivitatea ei față de alte țări.

Abordarea sănătății în studiile de sociologie a avut ca punct de plecare recunoașterea faptului că sănătatea reprezintă rezultatul unor factori multipli, inclusiv factori de natură socială.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește sănătatea fiind nu doar absență a bolii sau a unei dizabilități, ci o stare completă de bunăstare fizică, mentală și socială. Sănătatea este o resursă pentru viața de zi cu zi, constituind un concept pozitiv care subliniază resursele sociale și personale, ca și capacitățile fizice.

Sănătatea este una din componentele capitalului uman. Bogdan Voicu (2005) consideră capitalul uman ca fiind format din 2 componente: capitalul educațional (abilitățile dobândite de indivizi în procesul de instruire școlară, dar și în afara acestuia) și capitalul biologic (abilitățile fizice

ale indivizilor, sintetizate cel mai adesea în starea de sănătate). Am putea adăuga că, pe lângă abilitățile fizice și cele mentale sunt esențiale în starea de sănătate.

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

6.2. Factorii determinați ai stării de sănătate

„Sănătatea este rezultatul unei combinații complexe de factori cu relevanță la nivel individual și la nivel macro”. La nivel **individual**, starea de sănătate depinde de numeroși factori interrelaționați, precum: moștenirea genetică, poziția socială, opțiunile în ceea ce privește stilul de viață, comportamentele, atitudinile și valorile adoptate cu privire la starea de sănătate.

Deși moștenirea genetică are un rol important în predispoziția pentru anumite probleme de sănătate, factorii sociali sunt esențiali în păstrarea sănătății și îngrijirea sănătății.

Poziția socială reprezintă un factor complex care contribuie la starea de sănătate prin componentele sale: vârstă, gen, statut socioeconomic (nivel educațional, ocupație, venit). Componentele poziției sociale constituie factori importanți în determinarea stării de sănătate, prin condițiile de viață și de muncă pentru care pot opta oamenii, fie prin oportunitatea alegerii unui stil de viață sănătos și a unor servicii medicale de calitate.

Există o relație strânsă între capitalul educațional și cel biologic: „(...) studiile relevând că indivizii cei mai educați optează pentru servicii medicale de calitate sporită, selectând alternativele cele mai adecvate pentru menținerea sănătății în parametri optimi” (Voicu, 2005). Nivelul educațional influențează strategiile de viață dezvoltate de oameni pentru a avea o viață bună, implicit pentru menținerea unei stări bune de sănătate (Anderson, 2004, Precupețu, 2008), printr-un nivel mai ridicat de informare și cunoștințe cu privire la sănătate și alegerea unui stil de viață în concordanță cu aspectele menționate anterior.

Bogdan Voicu (2005) evidențiază interrelaționarea dintre bunăstarea materială și starea de sănătate, subliniind rolul sănătății ca resursă importantă pentru dezvoltarea individuală, permițând participarea pe piața forței de muncă și asigurarea veniturilor necesare pentru satisfacerea necesităților. Avem de a face cu o relație circulară între ocupare și stare de sănătate - “O stare precară de sănătate are impact în ceea ce privește posibilitățile de angajare, dar în același timp și neocuparea/ șomajul contribuie la o stare de sănătate precară, existând mai multe circuite: social,

emoțional, comportamental și material. În special, lipsa veniturilor are cel mai puternic efect”. Venitul reprezintă un factor universal în determinarea inegalităților în sănătate, atât la nivel individual, cât și la nivel societal. Și Bogdan Voicu (2005) evidențiază acest lucru arătând că există o strânsă legătură între capitalul educațional, starea de sănătate și resursele economice, relația putând fi susținută atât teoretic, cât și empiric. „Prezența unei resurse umane bine educate și cu o formă fizică (sănătate) mai bună determină o productivitate ridicată a muncii, o mai bună organizare a activității economice, o producție mai ridicată, venituri superioare. Acestea, la rândul lor permit noi investiții în educație și în sănătate, determinând producerea unei resurse umane mai bine educate și mai sănătoase. Pe de altă parte, indivizii mai sănătoși vor avea posibilități mai mari de a se educa, în timp ce indivizii mai educați vor fi mai capabili și mai dispuși să prevină bolile și să își îngrijească sănătatea” (Voicu,2005).

Alți factori care țin de poziția socială, precum vârsta, genul, mediul rezidențial, etnia/rasa contribuie și ei la determinarea stării de sănătate a unei persoane. Studiile arată că deprecierea stării de sănătate este relaționată cu înaintarea în vârstă, precum și diferențe în ceea ce privește sănătatea între femei și bărbați. Deși femeile au, în general, o speranță de viață mai ridicată decât bărbații, ele sunt mai predispuse la boli de scurtă durată și boli cronice, în timp ce bărbații sunt mai predispuși la boli fatale (boli cardiovasculare) (Zanden, 1988/1990). Inegalitățile de gen în ceea ce privește sănătatea provin atât de la diferențele fiziologice, cât și de la cele care țin de stilul de viață (idem). Și în ceea ce privește inegalitățile etnice sau rasiale în domeniul sănătății, acestea țin, pe de o parte, de predispozițiile genetice, dar și de obiceiurile și comportamentele adoptate.

Totuși, diferențele etnice sau rasiale legate de starea de sănătate pot fi determinate de inegalitățile existente la nivelul structurii sociale. Statutul socioeconomic al unei persoane influențează, prin numeroase circuite, starea sa de sănătate. El determină circumstanțele imediate ale vieții unei persoane: condițiile de muncă, condițiile de locuit, accesul la servicii sociale (de îngrijire a sănătății sau educație etc.). Accesul la o sursă de apă potabilă, la o locuință având facilități sanitare, la o încălzire adecvată a locuinței etc. contribuie la starea de sănătate (Doboș, 2003). Desfășurarea muncii într-un mediu toxic sau predispus la accidente de muncă, o muncă solicitantă din punct de vedere fizic sau psihic constituie alți factori determinanți ai stării de sănătate.

Diferențele socioeconomice determină, pe de o parte, starea de sănătate, iar pe de altă parte, accesul și calitatea serviciilor de îngrijire a sănătății (Anderson și alții, 2009). „Un nivel suficient al veniturilor are o influență puternică asupra accesului la serviciile de sănătate. Controlând influența acestuia, nivelul educațional are un efect important, iar genul păstrează un efect semnificativ, dar slab” (Rose și Newton, 2010). Vârsta nu determină inegalități semnificative asupra accesului la serviciile de îngrijire a sănătății (idem). Stilul de viață adoptat de către o persoană are un impact important asupra stării de sănătate a acesteia, prin comportamentele de risc (consumul

de alcool, tutun, droguri etc.), caracteristicile alimentației, practicarea exercițiilor fizice, modul de petrecere a timpului liber și limitarea stresului, comportamente de prevenire a diferitelor boli. De asemenea, importante sunt valorile și atitudinile relaționate sănătății, acestea influențând comportamentele legate de starea de sănătate (Precupețu, 2008). Atitudinile, valorile și comportamentele relaționate sănătății au și o componentă socioculturală, o mare parte dintre acestea fiind determinate cultural.

Nivelul de informare al unei persoane cu privire la drepturile de îngrijire a sănătății sau asupra diferitelor boli poate contribui la prevenirea și menținerea unei stări bune de sănătate.

Starea de sănătate a oamenilor este determinată și de factori care acționează la nivel de **macrosocial** (comunitate, regiune, societate), precum calitatea serviciilor de îngrijire a sănătății, calitatea mediului înconjurător (Precupețu, 2008). Alți factori la nivel societal, care contribuie la starea de sănătate, evidențiați de Comisia asupra Determinanților Sociali ai Sănătății din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății, sunt cei care țin de contextul socioeconomic al țării, tipul de guvernare, de politicile macroeconomice, sociale sau de sănătate, dar și de normele și valorile culturale și societale (CSDH, 2008).

Phillips (2006) consideră că o societate se poate departaja de o altă societate în ceea ce privește calitatea vieții, dacă oamenii din aceea societate trăiesc mai mult, mai sănătos și au vieții mai împlinite decât într-o altă societate. Autorul prezintă teza lui Richard Wilkinson în ceea ce privește diferențele privind starea de sănătate în diferite societăți, mai ales în societățile în curs de dezvoltare. Wilkinson (1996) subliniază în lucrarea sa „Unhealthy Societies” că starea de sănătate a unei populații dintr-o societate nu este determinată doar de bunăstarea economică, ci și de inegalitatea socială a veniturilor și de coeziunea socială. Ipoteza de bază a lui Wilkinson este că un nivel mai ridicat al inegalității veniturilor determină o inegalitate mai ridicată în ceea ce privește sănătatea.

6.3. Sănătatea socială

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

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

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

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

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

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

Datele cercetării “Calitatea Vieții 2010”, realizată de Institutului de Cercetare a Calității Vieții, indică faptul că satisfacția față de viața de familie variază, funcție de vârstă, cei mai nemulțumiți fiind cei mai în vârstă. Astfel, persoanele cu vârsta între 55-64 ani se declară în proporție de 86,0% foarte mulțumiți și mulțumiți de viața de familie, 11,0% nici mulțumiți și nici nemulțumiți, iar 3,0% nemulțumiți și foarte nemulțumiți. Persoanele cu vârsta peste 65 ani se declară în proporție de 77,0% foarte mulțumiți și mulțumiți de viața de familie, 14,0% nici mulțumiți și nici nemulțumiți, iar 9,0% nemulțumiți și foarte nemulțumiți.

6.4. Sănătatea subiectivă a vârstnicilor

Ca dimensiune a calității vieții, sănătatea poate fi abordată prin indicatori subiectivi –sunt obținuți la nivel individual în cadrul anchetelor sociologice și se referă la: percepțiile, evaluările oamenilor cu privire la starea lor de sănătate sau la serviciile de îngrijire a sănătății - evaluarea propriei stări de sănătate, auto-raportarea unor boli cronice sau dizabilități, percepția limitărilor datorate bolii sau dizabilității, satisfacția față de starea de sănătate, percepția accesului la servicii de sănătate, evaluarea serviciilor de sănătate, evaluarea serviciilor de sănătate sau satisfacția față de acestea.

O serie de indicatori, obținuți tot în cadrul anchetelor, sunt indicatorii care se referă la comportamentele și atitudinile, valorile cu privire la starea de sănătate, precum: consumul de alcool, tutun, droguri, practicarea exercițiilor fizice, comportamente legate de prevenirea bolilor (controale medicale periodice, tratament, etc), importanța acordată sănătății, atitudinea față de schimbarea stilului de viață pentru reducerea efectelor unor boli, etc.

Alte dimensiuni care pot face parte din domeniul sănătății sunt cele care se referă la valorile și atitudinile față de sănătate/boală, cunoștințele sau nivelul de informare cu privire la sănătate, diferite boli, servicii de sănătate, precum și la costurile necesare pentru îngrijirea sau întreținerea sănătății.

Sănătatea subiectivă este unul din indicatorii principali ai sănătății și ai calității vieții cu care operează Organizația Mondială a Sănătății. Este indicatorul prin care se monitorizează sănătatea și calitatea vieții și se află, totodată, pe lista indicatorilor de sănătate ai Uniunii Europene. De regulă, se separă răspunsurile "foarte bună" și "bună" de o parte, iar pe de altă parte răspunsurile "medie", "rea" și "foarte rea".

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

Sănătatea subiectivă este o măsură care include diferite dimensiuni ale sănătății (fizică, socială, emoțională). Noțiunea "apreciere subiectivă", sugerează că nu avem de a face cu o analiză cognitivă sistematică, ci mai degrabă cu o reacție emoțională. În general, anchetele nu stabilesc starea de sănătate în modul în care medicii pun un diagnostic.

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

În acest cadru general se disting următoarele aspecte:

a) vârstnicii europeni

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

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

- ◆ Persoanele anchetate au o percepție a sănătății pozitivă, cele nemulțumite de starea lor de sănătate sunt mai numeroase la vârste avansate decât cele mai tinere. Cu cât vârsta este mai avansată, percepția este mai negativă;
- ◆ Vârstnicii semnaleză mai frecvent decât tinerii deteriorarea stării lor de sănătate și se plâng de sănătate în mai mare măsură decât aceștia;
- ◆ La toate vârstele, femeile percep o stare mai defavorabilă a sănătății;
- ◆ Mulți vârstnici, suferind de boli cronice sau incapacități se consideră într-o stare de sănătate bună. Cel puțin la vârste înaintate, sănătatea nu înseamnă numai absența bolii sau vindecarea ei, ci trebuie înțeleasă într-o manieră globală.

b)vârstnicii români

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

În cercetările Institutului Național de Statistică⁴¹, sănătatea subiectivă s-a măsurat prin caracterizarea de către subiecți a propriei sănătăți. În ceea ce privește persoanele de 65 ani și peste, rezultatele au fost următoarele:

Tabelul nr.24
-procente-

	Grupa de vârstă	Opinia privind starea de sănătate					
		Total	Foarte bună	Bună	Satisfăcătoare	Rea	Foarte rea
Total	65-74 ani	100,0	1,8	24,8	52,6	16,6	4,2
	75 ani și peste	100,0	0,5	12,1	53,6	26,4	7,4
Feminin	65-74 ani	100,0	1,4	19,4	55,1	19,1	5,0
	75 ani și peste	100,0	0,3	10,1	52,6	29,2	7,8
Masculin	65-74 ani	100,0	2,2	32,1	49,3	13,2	3,2
	75 ani și peste	100,0	1,0	15,4	55,1	21,7	6,8
Urban	65-74 ani	100,0	1,6	23,2	53,4	18,0	3,8
	75 ani și peste	100,0	0,3	9,9	55,2	27,2	7,4
Rural	65-74 ani	100,0	2,0	26,1	51,9	15,4	4,6
	75 ani și peste	100,0	0,7	13,8	52,4	25,7	7,4

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

⁴¹ Datele privind starea de sănătate a vârstnicilor români au fost preluate din lucrarea "Condițiile de viață ale populației din România, în anul 2009", Institutul Național de Statistică, 2010

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

Datele cercetării "Calitatea Vieții 2010"⁴², arată că pe măsură ce vârsta crește, evaluarea stării de sănătate se înrăutățește. Totuși această înrăutățire progresivă a stării de sănătate declarată este abruptă, mai ales pentru categoriile de peste 55 ani.

Asfel, persoanele cu vârsta între 55-64 ani declară într-o proporție de 38,0% stare de sănătate proastă și foarte proastă, 44,0% satisfăcătoare, iar 18,0% bună și foarte bună. Persoanele cu vârsta peste 65 ani se declară în proporție de 60,0% stare de sănătate proastă și foarte proastă, 26,0% satisfăcătoare, iar 14,0% bună și foarte bună.

Aceasta demonstrează faptul că starea de sănătate proastă la aceste categorii de vârstă poate fi rezultatul acumulării unor probleme pe parcursul ciclului de viață și nu numai al vârstei însăși.

Comportamentele preventive sunt mai accentuate la populația de 65 ani și peste și mai reduse la tineri. 37,0% din tineri (18-24 ani obișnuiesc să meargă la medic pentru controale de rutină, pe când 52,0% din cei cu vârsta de peste 65 ani au același comportament.

6.5. Indicatori statistici ai sănătății

6.5.1. Durata medie a vieții

6.5.1.1. În Romania

a) la naștere

Speranța de viață la naștere rămâne unul din indicatorii cei mai utilizați pentru măsurarea stării de sănătate a unei populații și a nivelului de dezvoltare. Speranța de viață la naștere reprezintă un indicator complex, de sinteză, care se bazează pe tabelele de mortalitate, reflectând "destul de fidel efectul îngrijirilor medicale acumulate de-a lungul mai multor generații, depinzând de un complex de factori legați de dezvoltarea economică, nivel de trai, tradițiile culturale în ceea ce privește tratamentul medical". (Voicu, 2005)

În **România**, speranța de viață la naștere a fost pentru anul 2009 de 73,33 ani, respectiv 77,09 ani pentru femei și 69,68 ani pentru bărbați. În mediul urban, speranța de viață era de 74,16

⁴²Institutului de Cercetare a Calității Vieții a realizat cercetarea Calitatea Vieții 2010 folosind un eșantion reprezentativ la nivel național de 1161 persoane în vârstă de peste 18 ani. Cercetarea de teren s-a desfășurat în perioada 25 iunie – 10 iulie 2010 în 78 localități și 127 puncte de eșantionare. Eșantionarea utilizată este probabilistică/multistadială, eșantionul fiind extras din listele electorale. Eroarea de eșantionare este de ±3,0%

ani (77,67 ani feminin, 70,58 ani masculin), iar în mediul rural de 72,23 ani (76,36 ani feminin, 68,51 ani masculin).

Durata medie de viață a populației din mediul urban a fost superioară celei din rural cu 1,93 ani. Pentru ambele sexe, durata medie a vieții a fost mai mare în urban decât în rural, diferențele fiind mai accentuate pentru populația masculină (2,07 ani), decât pentru populația feminină (1,31 ani).

Evoluția duratei medii a vieții a fost condiționată de un complex de factori, o importanță deosebită revenind modului de viață, stării de sănătate, alimentației, nivelului educației sanitare, dar și condițiilor economico-sociale.

În perioada 2002-2009, durata medie a vieții a crescut continuu, pe total și pe sexe, în special la sexul feminin. Diferența între mediile de rezidență este în favoarea mediului urban cu procente care au oscilat între 1,3%-2,0%, după 1990.(Anexa nr.24).

Nivelul ridicat al mortalității masculine pe tranșele de vârstă de 60 ani și peste, a determinat o scădere a numărului de supraviețuitori (Lx^{43}) de sex masculin față de cel feminin, la vârstele avansate, numărul femeilor supraviețuitoare depășind cu mult pe cel al bărbaților supraviețuitori (la 90 ani și peste fiind dublu). (Anexa nr.25)

Urmare a faptului că speranța de viață este mai mare în mediul urban față de mediul rural, corespunzător numărul de supraviețuitori va fi mai ridicat în mediul urban față de mediul rural, la ambele sexe.(Anexa nr.25)

Pe regiuni, în anul 2009, durata medie a vieții (speranța de viață) în **România** a avut următoarele caracteristici: (Anexa nr.26):

- ❑ pentru sexul feminin, cea mai mare valoare a fost în regiunea București-Ilfov (78,43 ani), iar cea mai scăzută în regiunea Vest (76,41 ani), iar pentru sexul masculin, cea mai mare valoare a fost în regiunea București-Ilfov (71,23 ani), iar cea mai scăzută în regiunea Sud-Est (69,13 ani).
- ❑ În mediul urban, pentru sexul feminin, cea mai mare valoare a fost în regiunea București-Ilfov (78,56 ani), iar cea mai scăzută în regiunea Vest (76,71 ani), iar pentru sexul masculin, cea mai mare valoare a fost în regiunea București-Ilfov (71,51 ani), iar cea mai scăzută în regiunea Vest (69,85 ani).
- ❑ În mediul rural, pentru sexul feminin, cea mai mare valoare a fost în regiunea București-Ilfov (76,96 ani), iar cea mai scăzută în regiunea Nord-Vest (75,86 ani) iar pentru sexul masculin, cea mai mare valoare a fost în regiunea Nord-Est (68,96 ani), iar cea mai scăzută în regiunea Sud-Est (67,82 ani).

⁴³Număr supraviețuitori la vârsta x ani – persoane dintr-o generație ipotetică de 100.000 născuți vii în anul 2009, x = 60,70,80,90 ani

Pe județe, în anul 2009, durata medie a vieții (speranța de viață) în **România** a avut următoarele caracteristici: (Anexa nr.27):

- ❑ pentru sexul feminin, cea mai mare valoare a fost în județul București (78,65 ani) iar cea mai mică în Satu-Mare (74,67 ani), iar pentru sexul masculin, cea mai mare valoare în județul Vâlcea (71,74 ani), iar cea mai scăzută în județul Satu-Mare (66,17 ani).
- ❑ În mediul urban, pentru sexul feminin, cea mai mare valoare în județul Iași (78,97 ani) iar cea mai scăzută în Satu-Mare (75,37 ani), iar pentru sexul masculin, cea mai mare valoare în județul Vâlcea (72,14 ani), iar cea mai scăzută în județul Satu-Mare (67,13 ani).
- ❑ În mediul rural, pentru sexul feminin, cea mai mare valoare în județul Vrancea (78,26 ani) iar cea mai scăzută în Satu-Mare (73,98 ani), iar pentru sexul masculin, cea mai mare valoare în județul Vâlcea (70,95 ani), iar cea mai scăzută în județul Satu-Mare (65,26 ani).
- ❑ cea mai mare diferență între sexe în județul Călărași, respectiv 8,90 ani și cea mai mică în județul Bistrița-Năsăud, 5,91 ani.
- ❑ În mediul urban, cea mai mare diferență între sexe în județul Călărași, respectiv 9,01 ani și cea mai mică în județul Gorj, 5,53 ani.
- ❑ În mediul rural, cea mai mare diferență între sexe în județul Brăila, respectiv 10,13 ani și cea mai mică în județul Brașov 5,95 ani.

Speranța de viață a avut evoluții contradictorii în **România**, de scădere în perioada 1995-1997, urmată de o creștere continuă în perioada 2000-2009, evoluții similare înregistrându-se și pe sexe.

b)la vârsta de 65 ani –pe total și la vârsta de 60 ani pe județe

Acest indicator raportat la persoanele de 65 ani și peste, respectiv 60 ani reflectă corect influența condițiilor de viață ale populației asupra numărului de ani pe care îi mai poate trăi o persoană vârstnică.

Situația speranței de viață la vârsta de 65 ani, respectiv 60 ani, pe sexe și medii, în anul 2009, este reflectată în tabelul nr.25.

**Tabelul nr.25
ani**

Vârstele	Pe sexe			Pe medii					
	Total	Feminin	Masculin	Urban			Rural		
				Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin
65	15,60	17,01	13,90	15,69	17,17	13,87	15,55	16,90	13,92
60	19,13	20,99	17,02	19,24	21,17	17,02	19,06	20,87	17,01

b1) la vârsta de 65 ani –pe total

La ambele vârste – 65 ani, respectiv 60 ani, cea mai mare speranță de viață, în anul 2009, o au femeile din urban (17,17 ani, respectiv 21,17 ani).

Decalajul între sexe este mai accentuat la vârsta de 60 ani și peste (4,15 ani urban, respectiv 3,86 ani rural), comparativ cu vârsta de 65 ani și peste (3,30 ani urban , respectiv 2,98 ani rural).

După 65 ani diferențele dintre speranțele de viață între sexe, scad odată cu vârsta, la vârsta de 85 ani ajungând în anul 2009, la 0,42 ani, față de 3,11 ani la vârsta de 65 ani.(tabelul nr.26).

Tabelul nr.26
- ani -

Perioada	Vârsta (ani)	Total ⁴⁴	Feminin	Masculin	Diferența (F-M)
1992-1994	65	14,08	15,16	12,75	2,41
	70	10,94	11,62	10,01	1,61
	75	8,19	8,59	7,62	0,97
	80	5,91	6,11	5,60	0,51
	85	4,19	4,28	4,05	0,23
2002-2004	65	14,66	15,91	13,14	2,77
	70	11,50	12,29	10,44	1,85
	75	8,67	9,10	8,02	1,08
	80	6,33	6,50	5,99	0,51
	85	4,55	4,58	4,42	0,16
2004-2006	65	1,00	16,26	13,45	2,81
	70	11,77	12,58	10,68	1,90
	75	8,88	9,34	8,18	1,16
	80	6,47	6,67	6,08	0,59
	85	4,63	4,67	4,47	0,20
2009	65	15,60	17,01	13,90	3,11
	70	12,30	13,25	11,06	2,19
	75	9,36	9,92	8,55	1,37
	80	6,84	7,13	6,36	0,77
	85	4,88	5,02	4,60	0,42

Este sesizabilă în ultimii ani creșterea decalajului dintre sexe, în favoarea sexului feminin în ceea ce privește speranța de viață (la diverse vârste, în intervalul 65-85 ani), ceea ce semnifică că din ce în ce mai multe femei vor avea șansa de a ajunge la vârste avansate.

b2) la vârsta de 60 ani pe județe

Pe județe, în anul 2009, speranța de viață la vârsta de 60 ani, în **România** s-au avut următoarele caracteristici: (Anexa nr.28):

- ❑ pentru sexul feminin, cea mai mare valoare în județul Vâlcea (22,28 ani) iar cea mai scăzută în Satu-Mare (19,23 ani), față de sexul masculin, cea mai mare valoare în județul Vâlcea (18,13 ani), iar cea mai scăzută în județul Satu-Mare (15,06 ani).
- ❑ cea mai mare diferență între sexe în județul Brăila, respectiv 5,18 ani și cea mai mică în județul Gorj, 2,92 ani.

⁴⁴Numărul de ani estimat că îi mai are de trăit o persoană ajunsă la o anumită vârstă, prezentat de Institutul Național de Statistică din România.

6.5.1.2. În Uniunea Europeană

a) la naștere

Speranța de viață la naștere (durata medie a vieții) în Uniunea Europeană a fost, în 2008⁴⁵, de 78,8 ani, din care 75,7 ani pentru bărbați și 81,7 pentru femei. Pe sexe, în țările Uniunii Europene, în anul 2009, speranța de viață avea:

- pentru sexul feminin, cele mai mari valori în Franța (84,3 ani), Spania (84,2 ani), Italia (83,7 ani), Cipru (82,8 ani), Suedia(82,7 ani) Finlanda (82,7 ani) și cele mai mici valori în Lituania (78,0 ani), Ungaria(77,8 ani), Letonia (77,6 ani), **România** (77,1 ani),Bulgaria(77,0 ani);
- pentru sexul masculin, cele mai mari valori în Suedia (78,6 ani), Italia (78,4 ani), Olanda (78,0 ani), Cipru (78,0 ani), Spania (78,0 ani), Franța (77,3 ani) și cele mai mici valori în Bulgaria (69,9 ani),Ungaria (69,6 ani), **România** (69,6 ani), Estonia (69,1 ani), Letonia (67,7 ani) și Lituania (66,9 ani) (Anexa nr.29).

Alături de țările baltice și Bulgaria, **România** se situează printre țările cu cea mai scăzută speranță de viață la naștere, între țările din UE-27. Astfel, deși la nivel național, în ultimii 10 ani, speranța de viață pentru sexul feminin a fost în continuă creștere, totuși la nivelul Uniunii Europene, **România** se situează pe penultimul loc (77,1 ani), din punctul de vedere al acestui indicator, înaintea Bulgariei (77,0 ani), ceea ce indică faptul că măsurile de protecție socială și asistență a femeilor vârstnice sunt încă deficitare la nivel național, mult sub standardele Uniunii Europene. În ceea ce privește speranța de viață pentru sexul masculin, **România** se situează printre ultimele poziții, cu 69,6 ani, fiind urmată doar de Estonia (69,1 ani), Letonia (67,7 ani) și Lituania(66,9 ani),

În ceea ce privește evoluția acestui indicator în perspectiva orizontului de prognoză 2020-2050 (Anexa nr.30), se desprind următoarele concluzii:

-durata medie a vieții va crește continuu în toate țările membre UE-27, fapt explicabil prin prin scăderea în timp a ratei mortalității generațiilor și creșterii constante a abilității medicinei de a salva vieți;

-pe **total**, cea mai mică valoare a indicatorului o deține Lituania (72,5 ani, 2009) și tot Lituania o va avea și la sfârșitul intervalului de prognoză (78,7 ani, 2045-2050); valoarea maximă se înregistrează în Italia (81,2 ani, 2009), însă Franța va avea valoarea maximă la sfârșitul intervalului de prognoză (86,0 ani, 2045-2050);

- pe sexe, pentru sexul **feminin** cea mai mică valoare a indicatorului o deține Bulgaria (77,0 ani, 2009), însă cele mai mici valori pe parcursul intervalului de prognoză le va avea **România** (78,9 ani până la 82,2 ani), valoarea maximă se înregistrează în Franța (84,3 ani 2009) și tot Franța o va avea și la sfârșitul intervalului de prognoză (88,9 ani, 2045-2050), pentru sexul **masculin**, cea mai mică

⁴⁵Datele la nivelul Uniunii Europene au fost disponibile la nivelul anului 2008.

valoarea a indicatorului o deține Lituania (66,9 ani, 2009) și tot Lituania o va avea și la sfârșitul intervalului de prognoză (74,5 ani, 2045-2050); valoarea maximă se înregistrează în Suedia (78,6 ani, 2009), și tot Suedia o va avea și la sfârșitul intervalului de prognoză (83,5 ani, 2045-2050); -diferența între cea mai mică și respectiv cea mai mare speranță de viață tinde să se aplatizeze în timp, astfel pentru sexul feminin, de la 7,3 ani (2009) la 6,7 ani (2045-2050), iar pentru sexul masculin, de la 11,7 ani (2009) la 7,3 ani (2045-2050), -diferențele dintre speranțele de viață ale femeilor față de speranțele de viață ale bărbaților se vor diminua, pentru majoritatea țărilor, pe parcursul intervalului de prognoză.

b)la vârsta de 65 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 sănătate⁴⁶” și “speranța de viață cu incapacități”, permit să se țină seama nu numai de durata vieții, ci și de calitatea acesteia.

Acești indicatori sunt calculați separat pentru bărbați și femei și permit analize diferențiate ale stării de sănătate, evidențiază inegalitățile în fața bolii și a morții dintre diferite grupuri sociale.

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

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

Informațiile la nivelul anului 2008, pentru țările Uniunii Europene, cu privire la **speranța de viață la 65 ani**, sunt evidențiate astfel:

⁴⁶Speranța de viață în ani sănătoși este un indicator relevant pentru starea de sănătate a populației. Ea introduce noțiunea de calitate a vieții, în sensul centrării pe anii de viață sănătoși ai individului, fără limitări din cauza bolilor sau a dizabilităților – afecțiunile cronice, tulburările psihice, dizabilitatea fizică care sunt prelevante la vârsta a treia.

Tabelul nr.27

Nr.crt.	Țara/ Regiunea	Femei					Bărbați				
		Total ani	Fără incapacitate		Cu incapacitate		Total ani	Fără incapacitate		Cu incapacitate	
			ani	%	ani	%		ani	%	ani	%
-	UE-27⁴⁷	20,7	8,9	43,0	11,8	57,0	17,2	8,7	50,6	8,5	49,4
-	Europa de Est										
1	Bulgaria	16,7	9,3	55,7	7,4	44,3	13,5	8,7	64,4	4,8	35,6
2	Cehia	18,8	8,2	43,6	10,6	56,4	15,3	7,4	48,4	7,9	51,6
3	Ungaria	18,1	6,3	34,8	11,8	65,2	14,0	5,5	39,3	8,5	60,7
4	Polonia	19,1	7,5	39,3	11,6	60,7	14,8	6,9	46,6	7,9	53,4
5	România⁴⁷	17,2	7,8	45,3	9,4	54,7	14,0	7,7	55,0	6,3	45,0
6	Slovacia	17,8	2,6	14,6	15,2	85,4	13,8	2,9	21,0	10,9	79,0
-	Europa de Nord										
7	Danemarca	19,5	12,3	63,1	7,2	36,9	16,6	12,0	72,3	4,6	27,7
8	Estonia	18,9	4,2	22,2	14,7	77,8	13,6	3,9	28,7	9,7	71,3
9	Finlanda	21,4	8,9	41,6	12,5	58,4	17,5	8,0	45,7	9,5	54,3
10	Irlanda	20,4	10,3	50,5	10,1	49,5	17,2	9,4	54,7	7,8	45,3
11	Letonia	17,9	4,9	27,4	13,0	72,6	13,0	4,8	36,9	8,2	63,1
12	Lituania	18,1	6,3	34,8	11,8	65,2	13,4	5,7	42,5	7,7	57,5
13	Suedia	21,0	13,8	65,7	7,2	34,3	18,0	12,9	71,7	5,1	28,3
14	Marea Britanie ⁴⁷	20,3	11,5	56,7	8,8	43,3	17,7	10,3	58,2	7,4	41,8
-	Europa de Sud										
15	Grecia	19,8	8,1	40,9	11,7	59,1	17,8	8,9	50,0	8,9	50,0
16	Italia ⁴⁷	22,0	7,2	32,7	14,8	67,3	18,2	7,9	43,4	10,3	56,6
17	Malta	20,1	11,4	56,7	8,7	43,3	17,0	10,4	61,2	6,6	38,8
18	Portugalia	20,3	5,4	26,6	14,9	73,4	16,9	6,6	39,1	10,3	60,9
19	Slovenia	20,5	9,3	45,4	11,2	54,6	16,4	9,2	56,1	7,2	43,9
20	Spania	22,1	8,6	38,9	13,5	61,1	18,1	9,8	54,1	8,3	45,9
21	Cipru	20,4	7,7	37,7	12,7	62,3	17,9	9,3	52,0	8,6	48,0
-	Europa de Vest										
22	Austria	21,1	7,3	34,6	13,8	65,4	17,7	7,3	41,2	10,4	58,8
23	Belgia ⁴⁷	20,9	10,3	49,3	10,6	50,7	17,3	10,1	58,4	7,2	41,6
24	Franta	23,0	9,8	42,6	13,2	57,4	18,5	8,7	47,0	9,8	53,0
25	Germania	20,7	6,6	31,9	14,1	68,1	17,6	6,2	35,2	11,4	64,8
26	Luxemburg	21,0	11,6	55,2	9,4	44,8	17,4	10,8	62,1	6,6	37,9
27	Olanda	20,7	9,6	46,4	11,1	53,6	17,4	9,7	55,7	7,7	44,3

Cea mai mare speranță de viață la vârsta de 65 ani, se înregistrează în Franța, pentru femei (23,0 ani), și în Franța pentru bărbați (18,5 ani) și cea mai mică în Bulgaria(16,7 ani) pentru femei și în Letonia (13,0 ani) pentru bărbați.

Așa cum se constată, cea mai mare speranță de viață sănătoasă, la vârsta de 65 ani, se înregistrează în Danemarca, atât pentru femei (13,8 ani, 65,7%), cât și pentru bărbați (12,9 ani, 72,3%) și cea mai mică în Slovacia (2,6 ani, 14,6%) pentru femei și tot Slovacia (2,9 ani, 21,0%) pentru bărbați .

⁴⁷Ultimele date disponibile la nivelul Uniunii Europene și la nivelul acestor țări pentru anii sănătoși de viață sunt din anul 2008

În ceea ce privește speranța de viață cu incapacități la vârsta de 65 ani, maximul se înregistrează în Slovacia pentru femei (15,2 ani) și în Germania pentru bărbați (11,4 ani) și minimul se înregistrează în Suedia pentru femei (7,2 ani) cât și în Danemarca pentru bărbați (4,6 ani).

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 un grad de dependență mai mare. Astfel la nivelul Uniunii Europene, la vârsta de 65 ani, femeile au o speranță de viață (20,7 ani) mai mare decât bărbații (17,2 ani), însă numărul anilor cu incapacitate trăit de femei (11,8 ani) îl depășește pe cel al bărbaților (8,5 ani) – o dată în plus trebuie acordată o atenție specială acordării asistenței medicale necesare femeilor vârstnice, pentru ca anii pe care ele îl trăiesc în plus comparativ cu bărbații să nu fie împovărat de dizabilități.

Astfel, din tabelul nr.27 rezultă că în toate țările femeile vârstnice au un număr de ani cu incapacitate superior aceluiași indicator pentru bărbații vârstnici; cea mai mare diferență fiind în Spania (5,2 ani) și cea mai mică Marea Britanie (1,4 ani).

În anul 2008, **România** a prezentat o speranță de viață în ani sănătoși la vârsta de 65 ani și peste este mai mică atât la femei cât și la bărbați, față de majoritatea statelor dezvoltate ale Uniunii Europene, singurele care se află sub valorile **României** la acest indicator, fiind Ungaria, Polonia, Slovacia (Europa de Est), Estonia, Letonia, Lituania (Europa de Nord), Portugalia (Europa de Sud), Austria, Germania (Europa de Vest) (tabelul nr.27).

O stare de sănătate bună la vârste avansate este rezultatul unei predispoziții genetice conjugate cu factori ce privesc stilul de viață –o dietă sănătoasă, reținerea de la fumat, implicarea în exerciții fizice și evitarea consumului de alcool în exces.

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

Se poate reține următoarea concluzie, care de altfel se regăsește în toate recomandările europene cu privire la obiectivele statelor în materia de politică de sănătate: îmbunătățirea speranței de viață în ani sănătoși –obținându-se astfel nu numai o stare de sănătate mai bună ci și un nivel mai scăzut al cheltuielilor publice cu serviciile de sănătate și/sau îngrijirile pe termen lung.

6.5.2.Mortalitatea și principalele cauze ale deceselor

6.5.2.1.Mortalitatea

În 2009 au fost 257.213 decese, cu 4.011 mai multe decât în 2008 (253.202), rata mortalității ajungând la 12,0 decese la 1000 de locuitori, în ușoară creștere față de anul anterior. (tabelul nr.28)

În anul 2009, rata mortalității masculine (număr de decedați la 1.000 locuitori) de 13,2‰ a fost superioară celei feminine (10,9‰), ca și în anul precedent.

Tabelul nr.28

Indicatori	Total		65 ani și peste		% 65 ani și peste în total	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Număr decese	253.202	257.213	182.683	186.047	72,1	72,3
Rata mortalității – decese la 1.000 locuitori						
Total	11,7	12,0	57,1	58,1	488,0	484,2
Feminin	10,7	10,9	50,7	51,5	473,8	472,5
Masculin	13,0	13,2	66,5	67,7	511,5	512,9

Potrivit datelor din tabelul nr.28, rezultă că, în anul 2009, au decedat 186,0 mii persoane vârstnice (65 ani și peste) (reprezentând 72,3% din totalul deceselor generale), cu 1,81% mai mult față de 2008 (182,7 mii persoane vârstnice).

Din Anexa nr.31, rezultă, în anul 2009, procentul ridicat al deceselor femeilor vârstnice în total decese femei, respectiv 81,9% față de 64,0% - procentul deceselor bărbaților vârstnici în total decese bărbați. În mediul rural, procentul deceselor femeilor vârstnice în total decese femei – 85,1%, este superior celui din mediul urban -78,1%. Corespunzător, procentul deceselor feminine vârstnice în total decese persoane vârstnice este mai mare față de cel al bărbaților vârstnici, atât pe total (52,7% față de 47,3%), cât și pe medii de rezidență –urban, respectiv rural.

Astfel, deși pe ansamblu țară numărul deceselor masculine l-a depășit pe cel al deceselor feminine, la persoanele vârstnice situația este inversă. (tabelul nr.29)

Tabelul nr.29

Anul	Indicatori	Numărul de decese masculine la 100 decese feminine		
		Total	Urban	Rural
2008	Decese - total	115,0	116,9	113,4
	Decese persoane vârstnice (65 ani și peste)	89,9	88,5	91,0
2009	Decese - total	114,9	115,3	114,7
	Decese persoane vârstnice (65 ani și peste)	89,7	87,6	91,3

În schimb însă ratele de mortalitate pentru femeile vârstnice sunt inferioare celor înregistrate de bărbații vârstnici, respectiv 51,49 ‰, comparativ cu 67,70 ‰, diferență care se menține, cu aproximație și pe medii de rezidență. Concluzia care se desprinde - deși în valoare absolută numărul deceselor femeilor vârstnice este mai mare decât al bărbaților vârstnici, ratele lor de mortalitate sunt mai mici datorită faptului că pe ansamblu sunt mai numeroase decât bărbații vârstnici.

Deși la nivel general, ratele de mortalitate ale vârstnicilor în anul 2009 față anul 2008 au crescut (Anexa nr.32), la aproape toate grupele de vârstă –după 65 ani, se manifestă o tendință de scădere a mortalității vârstnicilor, atât pentru bărbați, cât și pentru femei, cu ușoare creșteri pe anumite grupe/sex. (tabelul nr.30).

Tabelul nr.30

**Numărul deceselor populației vârstnice (+ 65 ani),
pe grupe de vârstă, la 1.000 persoane**

Anul	Sexul	65-69 ani	70-74 ani	75-79 ani	80-84 ani	85 ani si peste
	2008	Total	24,6	38,2	61,1	102,7	191,9
Feminin		16,6	28,6	51,9	94,5	188,9
Masculin		34,8	51,6	74,9	116,4	197,9
2009	Total	24,7	37,7	60,5	102,4	191,2
	Feminin	16,6	28,3	50,8	93,3	189,1
	Masculin	35,2	51,0	75,3	117,7	195,4

Mortalitatea vârstnicilor a înregistrat, în anul 2009, un minim de 24,7 ‰ la grupa de vârstă 65-69 ani și un maxim de 191,2 ‰ la grupa de vârstă 85 și peste, pentru sexul feminin un minim de 16,6 ‰ la grupa de vârstă 65-69 ani și un maxim de 189,1 ‰ la grupa de vârstă 85 și peste. La sexul feminin, pentru toate tranșele de vârstă, rata de mortalitate a fost superioară în mediul rural față de mediul urban – ceea ce indică o stare de sănătate mai precară a femeilor din mediul rural față de urban (Anexa nr.32).

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

6.5.2.2.Principalele cauze ale deceselor

a.Nivel țară

În **România**, în anul 2009, 94,7% din totalul deceselor au fost generate de 5 grupe mari de cauze: bolile aparatului circulator, tumorile, bolile aparatului digestiv, bolile aparatului respirator și accidentele (leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe), procent în scădere față de anul anterior, 2008 (94,9%). Pentru sexul feminin procentul principalelor clase de boli a fost de 95,2% în 2009 și de 95,4% în 2008.

Decesele înregistrate în anul 2009 au continuat să aibă ca principală cauză bolile aparatului circulator (boala ischemică a inimii – 20,3% și bolile cerebro-vasculare - 19,0%) și tumorile, decesele datorate acestor 2 cauze au reprezentat 78,5% din totalul deceselor, procent similar celui din anul 2008.

Tabelul nr.31

**Mortalitatea generală, pe principalele grupe de boli
- număr decese la 100.000 locuitori -**

Cauze de deces	2008			2009		
	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc
Total	1.177,4	1.068,2	1.292,4	1.198,0	1.086,6	1.315,4
Boli ale aparatului circulator	712,1	727,2	696,2	719,8	735,3	703,4
Tumori	216,2	170,3	264,4	220,7	175,1	268,8
Boli ale aparatului digestiv	71,9	55,6	89,0	76,7	57,6	96,7
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor externe	59,5	26,2	94,6	56,8	24,3	90,9
Boli ale aparatului respirator	57,2	40,0	75,4	60,0	42,4	78,6

Analizând structura deceselor pe principalele cauze, în anul 2009, pe sexe și medii de rezidență s-au desprins următoarele concluzii (Anexa nr.33):

- Comparativ cu anul 2008, în anul 2009 s-a menținut ordinea principalelor cauze de deces. Pe primul loc ca pondere în total decese, s-au situat tot bolile aparatului circulator (60,1%), urmate de tumori (18,4%), bolile aparatului digestiv (6,4%), pe ultimile locuri situându-se bolile aparatului respirator (5,0%) și leziunile traumatice, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe (4,7%);
- Mortalitatea feminină a avut valori superioare celei masculine în cazul bolilor aparatului circulator și a bolilor endocrine, de nutriție și de metabolism. Pentru celelalte cauze se manifestă o supramortalitate masculină, cu precădere în cazul tumorilor, leziunilor traumatice, otrăvirilor și alte consecințe ale cauzelor externe, bolilor aparatului digestiv și bolilor aparatului respirator;
- Ratele specifice de mortalitate pe principalele cauze de deces au crescut, pe total, în anul 2009 față de anul 2008, la majoritatea claselor de boli, cu excepția bolilor infecțioase și

parazitare și a leziunilor traumatice, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe, tendință percepută și la total sex feminin;

- Valori superioare ale ratelor de mortalitate în mediul urban față de mediul rural se înregistrează doar în cazul tumorilor (total, feminin) și bolilor endocrine și de metabolism.

b.Persoane vârstnice (65 ani și peste)

În **România**, în anul 2009, 96,4% din totalul deceselor din rândul persoanelor vârstnice au fost generate de 5 grupe mari de cauze: bolile aparatului circulator, tumorile, bolile aparatului respirator, bolile aparatului digestiv și accidentele (leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe), procent în creștere față de anul anterior, 2008 (95,6%). Pentru sexul feminin procentul principalelor clase de boli a fost de 96,6% în 2009 și de 96,7% în 2008.

Similar situației la nivelul întregii țări, principalele cauze ale deceselor vârstnicilor le constituie bolile aparatului circulator (circulator boala ischemică a inimii – 22,9% și bolile cerebro-vasculare - 22,8%) și tumorile. Din totalul deceselor înregistrate în 2009, 85,8% au avut astfel de cauze, procent superior celui de la nivel țară, 78,5%, fapt explicabil prin rate superioare ale mortalității în rândul vârstnicilor față de total populație la aceste cauze (de 5,7 ori mai mult pentru bolile aparatului circulator și 3,9 ori mai mult pentru tumori) .

Tabelul nr.32

**Mortalitatea a persoanelor vârstnice(+ 65 ani),
pe principalele grupe de boli**

- număr decese la 100.000 locuitori -

Cauze de deces	2008			2009			2008	2009
	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Masc/Fem (%)	Masc/Fem (%)
Total	5.712,0	5.071,2	6.645,9	5.806,3	5.148,8	6.769,7	131,1	131,5
Boli ale aparatului circulator	4.080,5	3.875,9	4.378,5	4.118,1	3.907,9	4.426,0	113,0	113,3
Tumori	848,6	608,7	1.198,1	866,0	631,0	1.210,3	196,8	191,8
Boli ale aparatului respirator	257,6	172,9	381,1	267,1	181,2	392,9	220,4	216,8
Boli ale aparatului digestiv	234,1	190,4	297,7	248,8	197,2	324,4	156,4	164,5
Boli ale aparatului genito-urinar	55,7	41,7	76,0	57,0	44,8	74,9	182,3	167,2

Analizând structura deceselor persoanelor vârstnice pe principalele cauze, în anul 2009, pe sexe și medii de rezidență s-au desprins următoarele concluzii (Anexa nr.33):

- Comparativ cu anul 2008, în anul 2009 s-a menținut ordinea principalelor cauze de deces. Pe primul loc s-au situat tot bolile aparatului circulator (70,9%), urmate de tumori (14,9%), aparatului respirator (4,6%), bolile aparatului digestiv (4,3%), și pe ultimul loc situându-se bolile leziunilor traumatice, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe(1,7%);

- Dacă s-ar elimina cel puțin jumătate din decesele datorate bolilor aparatului circulator, rata mortalității persoanelor vârstnice s-ar reduce la 37,5 ‰, (față de 58,1 ‰), iar rata mortalității femeilor vârstnice s-ar reduce la 31,9 ‰, (față de 51,5 ‰);
- Ratele specifice pe principalele cauze de deces diferă pe sexe, fiind favorabile în toate cazurile sexului masculin, cele mai mari diferențe între rate înregistrându-se în cazul bolilor aparatului respirator, tumorilor și bolilor aparatului genito-urinar (tabelul nr.32) ;
- Ratele specifice pe principalele cauze de deces au crescut, pe total, în anul 2009 față de anul 2008, la toate clasele de boli;
- În ceea ce privește diferențierea pe medii, valori superioare ale ratelor de mortalitate în mediul urban față de mediul rural, pentru ambele sexe, se înregistrează în cazul tumorilor și bolilor aparatului digestiv, bolilor aparatului genito-urinar, bolilor endocrine și de metabolism, bolilor infecțioase și parazitare, bolilor sistemului nervos, iar valori inferioare în cazul bolilor aparatului circulator, bolilor aparatului respirator și pentru leziunile traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe;
- Structura pe cauze de deces, a deceselor în rândul persoanelor vârstnice evidențiază un procent superior al bolilor aparatului circulator în structura deceselor femeilor vârstnice, 75,90%, față de 53,48% - procentul în structura deceselor bărbaților vârstnici, iar pentru tumori, un procent superior în structura deceselor bărbaților vârstnici - 20,44%, față de procentul corespunzător în structura deceselor femeilor vârstnice -12,26%;
- Procentul deținut de persoanele vârstnice în total decese, pe clase de boli, indică, pentru bolile aparatului circulator un procent de 91,90% reprezentat de decese femei vârstnice în total decese femei, iar pentru bărbații vârstnici un procent de 41,82% în total decese bărbați, corespunzător, pentru tumori, procentele au fost de 62,33% pentru femei vârstnice și de 11,44% pentru bărbații vârstnici.

6.5.3.Morbiditatea

Indicatorii referitori la morbiditate constituie alături de cei care reflectă speranța de viață și mortalitatea, o altă posibilitate de a caracteriza starea de sănătate a unei populații și tendințele înregistrate într-o perioadă dată.

Pentru a oferi câteva repere semnificative privind tipologia morbidității din **România** și tendințele acesteia din ultimii 2 ani, se vor folosi indicatori referitori la:

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

b) **Incidența numărului de ieșiri din spital** - indicator care măsoară ieșirile din spital ale pacienților internați pentru tratamentul diferitelor boli, raportate la numărul mediu al populației.

a) Rata de morbiditate

a1.Nivel țară

În **România**, în anul 2009, 83,7% din totalul îmbolnăvirilor noi au fost generate de 7 grupe mari de cauze: bolile aparatului respirator (46,0%), bolile aparatului digestiv (9,5%), bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv (8,2%), bolile aparatului genito-urinar (6,3%), bolile aparatului circulator (5,4%), bolile pielii și țesutului celular subcutanat (4,3%) și bolile infecțioase și parazitare (4,0%), procent în creștere față de anul anterior, 2008 (82,4%). Pentru sexul feminin, procentul deținut de principalele clase de boli în total îmbolnăviri a fost de 83,6% în 2009 și de 82,2% în 2008.

Îmbolnăvirile noi înregistrate în anul 2009 au continuat să aibă ca principală cauză bolile aparatului respirator, procentul acestora în total, 46,0%, fiind în creștere față de 2008, când a fost 42,6%.

Tabelul nr.33

**Rate de morbiditate generală, pe principalele clase de boli
- număr îmbolnăviri noi la 100.000 locuitori –**

Clase boli	2008			2009		
	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc
Total	67.910,7	73.069,3	62.481,7	71.759,8	77.725,7	65.477,1
Bolile aparatului respirator	28.896,7	29.626,3	28.128,9	32.979,3	34.066,4	31.834,6
Bolile aparatului digestive	6.950,1	7.342,8	6.536,8	6.798,2	7.244,2	6.328,5
Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, tesutului conjunctiv	5.758,9	6.327,0	5.161,0	5.855,7	6.577,2	5.096,0
Bolile aparatului genito-urinar	4.595,0	6.714,9	2.363,9	4.553,6	6.617,7	2.379,8
Bolile aparatului circulator	3.626,2	3.877,1	3.362,1	3.872,0	4.188,5	3.538,7
Boli ale pielii și țesutului celular subcutanat	3.062,7	3.174,3	2.945,2	3.111,0	3.264,7	2.949,2
Bolile infecțioase și parazitare	3.055,0	3.008,4	3.104,0	2.900,4	3.013,5	2.781,3

Analizând structura îmbolnăvirilor noi, în anul 2009, pe principalele cauze, pe sexe și medii de rezidență s-au desprins următoarele concluzii (Anexa nr.34):

- Comparativ cu anul 2008, în anul 2009 s-a menținut ordinea principalelor cauze de îmbolnăviri;
- Morbiditatea feminină a avut valori superioare celei masculine în majoritatea claselor de boli, cu excepția leziunilor traumatice, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor exterioare;
- Ratele de morbiditate pe principalele clase de boli au crescut, pe total, în anul 2009 față de anul 2008, la următoarele clase de boli: bolile aparatului respirator, bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, bolile aparatului circulator și bolile pielii și țesutului celular subcutanat și au scăzut în cazul bolilor aparatului digestiv, bolilor aparatului

genito-urinar și bolilor infecțioase și parazitare, tendință care s-a păstrat și pentru sexul feminin, cu excepția bolilor infecțioase și parazitare unde incidența a crescut;

- Valori superioare ale ratelor de morbiditate în mediul rural față de mediul urban se înregistrează doar în cazul bolilor aparatului circulator (feminin), sarcinii, nașterii și lăuziei (total, feminin) și leziunilor traumatice, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe.

a2. Persoane vârstnice (65 ani și peste)

Principalele clase de boli care au avut, în anul 2009, cea mai mare incidență în rândul persoanelor vârstnice (65 ani și peste) au fost bolile aparatului respirator (23,3%), bolile sistemul osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv (17,2%), bolile aparatului circulator (13,7%), bolile aparatului digestiv (11,6%), bolile aparatului genito-urinar (7,5%), bolile ochiului și anexelor sale (5,3%) și bolile endocrine, de nutriție și metabolism (4,0%).

Prelevanța a fost mai ridicată decât la populația generală, în rândul persoanelor vârstnice, respectiv de 2,88 ori la bolile aparatului circulator și 2,40 ori la bolile sistemul osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, cu valori mai ridicate pentru sexul masculin, respectiv 3,54 ori și 2,82 ori la bărbații vârstnici față de 2,43 ori și 2,10 ori la femeile vârstnice.

În **România**, în anul 2009, 82,6% din totalul îmbolnăvirilor noi au fost generate de aceste 7 grupe mari de cauze, procent în creștere față de anul anterior, 2008 (82,4%). Pentru sexul feminin, procentul acestor 7 grupe mari de cauze în total îmbolnăviri, a fost de 82,7% în 2009 și de 82,6% în 2008.

Îmbolnăvirile noi înregistrate în anul 2009 au continuat să aibă ca principală cauză bolile aparatului respirator, procentul acestora în total, 23,3%, fiind în creștere față de 2008, când a fost 22,4%.

Tabelul nr.34

**Rate de morbiditate a persoanelor vârstnice(+ 65 ani),
pe principalele clase de boli**

- număr îmbolnăviri noi la 100.000 locuitori –

Clase de boli	2008			2009			2008	2009
	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Masc/Fem (%)	Masc/Fem (%)
Total	78.295,5	71.649,6	87.979,5	81.536,0	73.862,3	92.779,3	81,4	79,6
Bolile aparatului respirator	17.525,6	15.093,8	21.069,0	19.025,8	15.933,5	23.556,6	71,6	67,6
Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv	13.822,0	13.530,5	14.246,9	14.038,5	13.818,7	14.360,4	95,0	96,2
Bolile aparatului circulator	10.112,1	8.991,1	11.745,5	11.134,3	10.171,9	12.544,3	76,5	81,1
Bolile aparatului digestiv	9.186,9	8.148,0	10.700,7	9.424,9	8.254,3	11.139,9	76,1	74,1
Bolile aparatului genito-urinar	5.928,8	5.916,9	5.946,1	6.108,9	5.938,9	6.357,8	99,5	93,4
Bolile ochiului și anexelor sale	4.095,4	3.782,3	4.551,6	4.285,7	3.818,8	4.969,9	83,1	76,8
Boli endocrine, de nutriție și metabolism	3.816,8	3.739,0	3.930,3	3.221,8	3.151,7	3.324,7	95,1	94,8

Analizând structura îmbolnăvirilor noi, pentru persoanele vârstnice, în anul 2009, pe principalele cauze, pe sexe și medii de rezidență s-au desprins următoarele concluzii (Anexa nr.34):

- Comparativ cu anul 2008, în anul 2009 s-a menținut ordinea principalelor cauze de îmbolnăviri;
- Morbiditatea masculină a avut valori superioare celei feminine în majoritatea claselor de boli, cu excepția bolilor sângelui, ale organelor hematopietice și unele tulburări ale mecanismului de imunitate și în cazul tulburărilor mentale și de comportament;
- Ratele de morbiditate pe principalele clase de boli au crescut, pe total, în anul 2009 față de anul 2008, la majoritatea claselor de boli, cu excepția bolilor endocrine, de nutriție și metabolism, leziunilor traumatice, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe, simptomelor, semnelor și rezultatelor anormale ale investigațiilor clinice și de laborator și în cazul bolilor sângelui, ale organelor hematopietice și unele tulburări ale mecanismului de imunitate, în plus, pentru sexul feminin s-au înregistrat scăderi și în cazul bolilor sistemului nervos și bolilor infecțioase și parazitare.
- Valori superioare ale ratelor de morbiditate în mediul rural față de mediul urban se înregistrează doar în cazul leziunilor traumatice, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe și în cazul simptomelor, semnelor și rezultatelor anormale ale investigațiilor clinice și de laborator (total, feminin).
- Structura pe clase de boli, a îmbolnăvirilor în rândul persoanelor vârstnice evidențiază un procent inferior al bolilor aparatului respirator în structura îmbolnăvirilor femeilor vârstnice (21,6%), față de 25,4% - procentul în structura îmbolnăvirilor bărbaților vârstnici, iar pentru bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, un procent superior în structura îmbolnăvirilor femeilor vârstnice (18,7%), față de procentul corespunzător în îmbolnăvirilor bărbaților vârstnici (15,5%);
- Procentul deținut de persoanele vârstnice în total îmbolnăviri, pe clase de boli, indică, pentru bolile aparatului respirator un procent de 42,9% reprezentat de îmbolnăviri femei vârstnice în total îmbolnăviri femei, iar pentru bărbații vârstnici un procent de 44,1% în total îmbolnăviri bărbați, corespunzător, pentru bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv, procentele au fost de 35,3% pentru femeile vârstnice și de 38,6% pentru bărbații vârstnici .

Problema morbidității și în special a incapacității, rămân cruciale pentru viitor și aceasta derivă din caracteristicile pe care morbiditatea le are la vârstnici:

-rată ridicată, respectiv persoanele vârstnice au tendința de a fi mai des bolnave;

-boli care se întâlnesc predominant la vârstnici: cancer, afecțiuni cardio-vasculare, infirmități fizice și tulburări mentale;

-persoanele vârstnice au nevoie de mai mult timp pentru a se reface și prezintă un risc crescut de cronicizare a unor boli (demența este o afecțiune tipică vârstei foarte înaintate și necesită servicii și îngrijiri profesionalizate);

-persoanele vârstnice au un risc mai mare de a suferi, în același timp de mai multe afecțiuni (multimorbiditatea).

b) Incidența numărului de ieșiri din spital

b1.Nivel țară

În **România**, în anul 2009, 82,9% din totalul internărilor în spital au fost generate de următoarele grupe mari de cauze: bolile aparatului circulator (14,1%), bolile aparatului respirator (13,9%), bolile aparatului digestiv (9,8%), tumorile (8,4%), sarcina, nașterea și lăuzia (8,0%), bolile aparatului genito-urinar (6,6%), tulburările mentale și de comportament (6,0%), bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv (5,9%), leziunilor traumatice, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe (5,5%), și bolile infecțioase și parazitare (4,7%), procent în scădere față de anul anterior, 2008 (83,3%). Pentru sexul feminin procentul deținut de principalele clase de boli în total internări în spital a fost de 83,6% în 2009 și de 84,1% în 2008.

Pe primul loc în principalele cauze ale internărilor în spital, în anul 2009 s-au situat bolile aparatului circulator, procentul acestora în total, 14,1%, fiind în creștere față de 2008, când a fost 13,8%.

Tabelul nr.35

Incidența numărului de ieșiri din spital, pe principalele clase de boli - număr ieșiri din spital la 100.000 locuitori -

Clase boli	2008			2009		
	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc
Total	22.157,7	24.106,6	20.106,6	22.512,9	24.274,8	20.657,3
Bolile aparatului circulator	3.056,7	3.081,2	3.030,9	3.178,3	3.184,7	3.171,6
Bolile aparatului respirator	3.029,4	2.676,0	3.401,3	3.133,9	2.751,8	3.536,3
Bolile aparatului digestive	2.227,8	2.215,8	2.240,5	2.206,6	2.166,8	2.248,6
Tumori	1.844,0	1.947,2	1.735,5	1.886,9	1.960,4	1.809,5
Sarcina, nașterea și lăuzia	1.840,1	3.588,5	x	1.794,0	3.497,6	X
Bolile aparatului genito-urinar	1.515,8	2.033,2	971,2	1.497,1	1.940,6	1.029,9
Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	1.293,7	924,9	1.681,9	1.347,0	1.290,6	1.406,3
Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv	1.281,7	1.513,1	1.038,2	1.322,8	1.573,0	1.059,4
Tulburari mentale și de comportament	1.274,4	1.244,0	1.306,5	1.244,1	908,6	1.597,5
Bolile infecțioase și parazitare	1.104,6	1.043,0	1.169,4	1.067,5	1.017,2	1.120,5

Analizând structura ieșirilor din spital, în anul 2009, pe principalele cauze, pe sexe și medii de rezidență s-au desprins următoarele concluzii (Anexa nr.35):

- Comparativ cu anul 2008, în anul 2009 s-a menținut ordinea principalelor clase de boli care au determinat internarea în spital;
- Incidența numărului de ieșiri din spital feminină a avut valori **superioare** celei masculine în cazul bolilor aparatului circulator, tumorilor, bolilor aparatului genito-urinar, bolilor sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv și valori **inferioare** în cazul bolilor aparatului respirator, bolilor aparatului digestiv, bolile infecțioase și parazitare și tulburărilor mentale și de comportament.
- Incidența numărului de ieșiri din spital pe principalele clase de boli a **creșcut**, pe **total**, în anul 2009 față de anul 2008, la următoarele clase de boli: bolile aparatului circulator, bolile aparatului respirator, tumori, bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv și tulburări mentale și de comportament și au scăzut la următoarele clase de boli: bolile aparatului digestiv, bolile aparatului genito-urinar, leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe
- Valori superioare ale incidenței numărului de ieșiri din spital în mediul urban față de mediul rural se înregistrează în majoritatea claselor de boli, cu excepția bolilor aparatului circulator și bolilor aparatului respirator.

b2.Persoane vârstnice (65 ani și peste)

Numărul de ieșiri din spital, în anul 2009, în rândul persoanelor vârstnice (65 ani și peste) a avut cele mai mari valori în cazul bolilor aparatului circulator (29,1%), tumorilor (11,7%), bolilor aparatului respirator (10,5%), bolilor aparatului digestiv (9,8%), bolilor sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv (7,3%), bolilor aparatului genito-urinar (6,3%), leziunilor traumatice, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe (5,4%), bolilor ochiului și anexelor sale (4,0%), reprezentând cumulativ pe aceste cauze, 84,1% din total.

Prevalența a fost mai ridicată decât la populația generală, în rândul persoanelor vârstnice, respectiv de 3,40 ori la bolile aparatului circulator și 2,30 ori în cazul tumorilor, cu valori mai ridicate pentru sexul masculin, respectiv 3,70 ori și 3,18 ori la bărbații vârstnici față de 3,19 ori și 1,72 ori la femeile vârstnice.

În **România**, în anul 2009, 84,1% din totalul ieșirilor din spital pentru persoanele vârstnice au fost generate de aceste 8 grupe mari de cauze, procent în scădere față de anul anterior, 2008 (84,5%). Pentru sexul feminin procentul principalelor clase de boli a fost de 83,2% în 2009 și de 83,4% în 2008.

Pe primul loc în principalele cauze ale internărilor în spital, în anul 2009 s-au situat bolile aparatului circulator, procentul acestora în total, 29,1%, fiind în creștere față de 2008, când a fost 28,8%.

Tabelul nr.36

**Incidența numărului de ieșiri din spital, a persoanelor vârstnice(+ 65 ani),
pe principalele clase de boli**

- număr ieșiri din spital la 100.000 locuitori –

Clase de boli	2008			2009			2008	2009
	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Masc/ Fem (%)	Masc/ Fem (%)
Total	35.569,5	32.652,2	39.820,5	37.082,8	34.123,7	41.418,4	82,0	82,4
Bolile aparatului circulator	10.239,5	9.594,0	11.180,1	10.806,3	10.173,8	11.733,1	85,8	86,7
Tumori	4.155,3	3.240,3	5.488,6	4.331,3	3.364,8	5.747,4	59,0	58,5
Bolile aparatului respirator	3.763,1	2.906,7	5.010,9	3.894,5	3.021,4	5.173,7	58,0	58,4
Bolile aparatului digestiv	3.525,2	3.228,8	3.957,1	3.630,0	3.315,1	4.091,4	81,6	81,0
Bolile sist. osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj.	2.569,6	2.942,9	2.025,7	2.706,6	3.145,0	2.064,2	145,3	152,4
Bolile aparatului genito-urinar	2.247,8	1.878,5	2.785,9	2.353,4	1.924,4	2.981,9	67,4	64,5
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor externe	2.004,1	1.890,6	2.169,4	2.011,6	1.945,9	2.107,8	87,1	92,3
Bolile ochiului și anexelor sale	1.559,0	1.559,0	1.558,9	1.500,4	1.489,5	1.516,3	100,0	98,2

Analizând structura incidenței numărului de ieșiri din spital, pentru persoanele vârstnice, în anul 2009, pe principalele cauze, pe sexe și medii de rezidență s-au desprins următoarele concluzii (Anexa nr.35):

- Comparativ cu anul 2008, în anul 2009 s-a menținut ordinea principalelor clase de boli care au determinat internarea în spital;
- Incidența numărului de ieșiri din spital feminină a avut valori inferioare celei masculine pentru toate clasele de boli;
- Incidența numărului de ieșiri din spital pe principalele clase de boli au crescut, pe total, în anul 2009 față de anul 2008, la majoritatea claselor de boli, cu excepția bolilor ochiului și anexelor sale și a bolilor infecțioase și parazitare;
- Valori superioare ale incidenței numărului de ieșiri din spital în mediul urban față de mediul rural se înregistrează în majoritatea claselor de boli, cu excepția bolilor aparatului respirator și leziunilor traumatice, otrăvirilor și altor consecințe ale cauzelor externe.
- Structura pe clase de boli, a ieșirilor din spital în rândul persoanelor vârstnice evidențiază un procent superior al **bolilor aparatului circulator** în structura ieșirilor din spital a femeilor vârstnice (29,8%), față de 28,3% - procentul în structura ieșirilor din spital a bărbaților vârstnici, iar pentru tumori, un procent inferior în structura ieșirilor din spital a femeilor vârstnice (9,9%), față de procentul corespunzător al ieșirilor din spital a bărbaților vârstnici (13,9%);
- Procentul deținut de persoanele vârstnice în totalul ieșirilor din spital, pe clase de boli, indică, pentru bolile ochiului și anexelor sale un procent de 57,2% reprezentat de ieșirile din spital femei vârstnice în total ieșirilor din spital femei, iar pentru bărbații vârstnici un procent de 45,9% în total ieșirilor din spital a bărbaților, corespunzător, pentru bolile aparatului

circulator, procentele au fost 46,0% pentru femeile vârstnice și de 55,2% pentru bărbații vârstnici.

6.6. Starea de sănătate a persoanelor vârstnice din România

6.6.1. Aspecte ale stării de sănătate a populației vârstnice, diferențiate pe sexe și medii de rezidență

Din cercetarea "Starea de sănătate a populației din România", Institutul Național de Statistică și Institutul Irecson (2008), rezultă următoarele aspecte generale ale stării de sănătate a populației vârstnice (numărul de boli cronice și incidența lor, numărul de vizite la medic, cei mai frecvent consultați medici specialiști, frecvența consumului de fructe și legume, opțiunea de a consuma sau nu tutun, opțiunea de a consuma sau nu alcool, desfășurarea activității fizice pe tipuri de activități), cu diferențiere pe sexe și pe medii de rezidență:

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, care a declarat că suferă de o boală cronică, după gradul de limitare a activității zilnice, pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul nr.37.

Tabelul nr.37
%

Nivel	Grupa de vârstă	Din total, după gradul de limitare al activității zilnice:			Persoane care au declarat – „nu știu/ refuz”
		Foarte limitat	Limitat într-o oarecare măsură	Nelimitat	
Total	65-74 ani	12,5	40,0	47,0	0,5
	75 ani și peste	26,2	45,7	27,9	0,2
Feminin	65-74 ani	13,9	43,3	42,4	0,4
	75 ani și peste	27,9	46,6	25,3	0,2
Masculin	65-74 ani	10,5	35,6	53,2	0,7
	75 ani și peste	23,4	44,1	32,0	0,5
Urban	65-74 ani	12,1	44,4	42,9	0,6
	75 ani și peste	26,6	47,2	25,8	0,4
Rural	65-74 ani	12,7	36,4	50,4	0,5
	75 ani și peste	25,9	44,6	29,4	0,2

52,5% din totalul populației vârstnice din tranșa de vârstă 65-74 ani și 71,9% din tranșa de vârstă 75 ani și peste declară gradul de limitare – foarte limitat și limitat într-o oarecare măsură, pentru sexul feminin procentele sunt de 57,2% și de 74,5%, comparativ cu sexul masculin 46,1% și de 67,5%, ceea ce semnifică o nevoie sporită a femeilor vârstnice pentru servicii de asistență și îngrijire la domiciliu. Pentru mediul urban procentele sunt de 56,5% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și de 73,8% pentru tranșa de vârstă 75 ani și peste, comparativ cu mediul rural procentele sunt de 49,1% și de 70,5%, ceea ce semnifică o nevoie sporită de servicii de asistență și îngrijire la domiciliu în mediul urban față de mediul rural.

- Bolile cronice afectează 58,6% din persoanele cu vârsta între 65-74 ani și 76,1% din

persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Pentru sexul feminin, procentele sunt de 64,0% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 78,4% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Pentru sexul masculin, procentele sunt de 51,4% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 72,3% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Se observă incidența mai mare a bolilor cronice la femeile vârstnice. Pentru mediul urban, procentele sunt de 65,1% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 79,1% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Pentru mediul rural, procentele sunt de 53,3% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 73,9% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Se observă incidența mai mare a bolilor cronice la persoanele vârstnice din mediul urban față de persoanele vârstnice din mediul rural.

- Procentele persoanelor vârstnice care suferă de boli cronice, pe tranșe de vârstă, după numărul de boli, pe sexe și medii de rezidență sunt prezentate în tabelul următor:

Tabelul nr.38
%

Nivel	Grupa de vârstă	Situatia în ceea ce privește numărul de boli			
		Nici o boală	1 boală	2 boli	3 boli și peste
Total	65-74 ani	35,4	25,0	20,4	19,2
	75 ani și peste	20,8	25,9	24,2	29,1
Feminin	65-74 ani	30,8	25,1	22,2	21,9
	75 ani și peste	18,6	24,9	25,6	30,9
Masculin	65-74 ani	41,6	24,9	17,8	15,7
	75 ani și peste	24,5	27,5	21,9	26,1
Urban	65-74 ani	28,9	24,4	21,9	24,8
	75 ani și peste	18,1	20,2	24,9	36,8
Rural	65-74 ani	40,7	25,5	19,1	14,7
	75 ani și peste	22,7	30,0	23,7	23,6

Se observă că bărbații vârstnicii declară într-o măsură mai mare nici o boală sau o boală, iar femeile vârstnice declară într-o măsură mai mare 2 boli sau 3 boli și peste, de asemenea, vârstnicii din mediul rural declară într-o măsură mai mare nici o boală sau o boală, iar vârstnicii din mediul urban declară într-o măsură mai mare 2 boli sau 3 boli și peste.

- Bolile cu cea mai mare incidență la persoanele vârstnice sunt: hipertensiunea arterială, artrită reumatoidă și afecțiunile lombare sau alte afecțiuni ale spatelui, iar procentele persoanelor bolnave din fiecare tranșe de vârstă, pe sexe și medii de rezidență se prezintă în tabelul nr.39:

Tabelul nr.39
%

Nivel	Grupa de vârstă	Tipul bolii		
		Hipertensiunea arterială	Artrită reumatoidă	Afecțiunile lombare sau alte afecțiuni ale spatelui
Total	65-74 ani	3,3	1,6	1,4
	75 ani și peste	2,8	1,7	1,3
Feminin	65-74 ani	4,1	2,1	1,6
	75 ani și peste	3,6	2,4	1,7
Masculin	65-74 ani	2,4	1,1	1,1
	75 ani și peste	2,0	1,1	1,0
Urban	65-74 ani	3,1	1,4	1,2
	75 ani și peste	2,4	1,3	1,0
Rural	65-74 ani	3,4	1,9	1,6
	75 ani și peste	3,4	2,2	1,8

Se observă că procentul femeile vârstnice suferinde de aceste afecțiuni este superior procentului bărbaților vârstnici, iar procentul persoanelor vârstnice din mediul rural suferinde de aceste afecțiuni este superior celui din mediul urban.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, care are limitări funcționale, fizice și senzoriale, pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul nr.40.

Tabelul nr.40
%

Nivel	Grupa de vârstă	Tipul problemei		
		Persoane cu limitări legate de vedere	Persoane cu limitări legate de auz	Persoane cu limitări locomotorii
Total	65-74 ani	3,6	14,2	18,7
	75 ani și peste	7,4	30,7	43,2
Feminin	65-74 ani	4,1	15,6	21,2
	75 ani și peste	8,3	31,7	47,2
Masculin	65-74 ani	2,8	12,3	15,4
	75 ani și peste	5,8	28,9	36,7
Urban	65-74 ani	3,5	11,7	19,1
	75 ani și peste	7,8	28,2	42,8
Rural	65-74 ani	3,6	16,3	18,5
	75 ani și peste	7,0	32,4	43,5

La toate tipurile de limitări, procentul femeilor vârstnice este superior bărbaților vârstnici, procentele pentru persoanele vârstnice cu limitări legate de vedere și cu limitări locomotorii sunt echilibrate între cele 2 medii de rezidență, iar pentru persoanele vârstnice cu limitări legate de auz, procentul celor din mediul rural îl depășește pe cel din mediul urban, iar limitările locomotorii dețin cele mari procente în rândul vârstnicilor, indiferent de sex și de mediul de rezidență.

- Structura populației feminine vârstnice pe tranșe de vârstă, care au efectuat o mamografie, după principalele motive ale ultimei mamografii, pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul nr.41.

Tabelul nr.41
%

Nivel	Grupa de vârstă	Medicul de familie, un medic generalist sau un specialist a sfătuit-o să facă mamografia fără să fie nimic în neregulă	Persoana însăși (medicul de familie/medicul generalist sau un specialist) a observat ceva în neregulă la sân	A avut cazuri de cancer de sân în familie
Total	65-74 ani	60,8	27,1	7,5
	75 ani și peste	70,1	12,5	4,3
Urban	65-74 ani	64,4	22,3	9,2
	75 ani și peste	69,7	9,0	5,3
Rural	65-74 ani	50,6	40,5	2,7
	75 ani și peste	71,7	27,4	-

Se observă că femeile vârstnice din mediul rural înregistrează procente mai ridicate la motivul - persoana însăși (medicul de familie/medicul generalist sau un specialist) a observat ceva în neregulă la sân, deși în rândul femeilor vârstnice din mediul rural, proporția celor care au avut cazuri de cancer de sân în familie este mai redusă.

- Structura populației feminine vârstnice pe tranșe de vârstă, după ultimul test pentru depistarea cancerului cervical, pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul nr.42

Tabelul nr.42
%

Nivel	Grupa de vârstă	Din total, femeii care au făcut cel puțin un test pentru depistarea cancerului cervical					Numărul femeilor care nu au făcut niciodată un test pentru depistarea cancerului cervical	Persoane care au declarat – „nu știu/ refuz”
		Total	În ultimele 12 luni	Cu mai mult de un an în urmă, dar nu cu mai mult de 2 ani	Cu mai mult de 2 ani în urmă, dar nu cu mai mult de 3 ani	Niciodată în ultimii 3 ani		
Total	65-74 ani	9,5	1,1	1,5	2,2	4,7	87,3	3,2
	75 ani și peste	5,4	0,1	0,6	0,6	4,1	89,2	5,4
Urban	65-74 ani	16,7	2,1	2,7	3,6	8,3	80,4	2,9
	75 ani și peste	10,9	0,2	1,5	1,3	7,9	82,6	6,5
Rural	65-74 ani	3,4	0,2	0,5	1,0	1,7	92,9	3,7
	75 ani și peste	1,3	-	-	-	1,3	94,1	4,6

Se observă că procentul femeilor vârstnice din mediul urban, care au făcut cel puțin un test pentru depistarea cancerului cervical este superior aceluiași procent pentru femeile vârstnice din mediul rural.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, după frecvența consumului de fructe (exclusiv sucuri de fructe), pe sexe și pe medii de rezidență se prezintă în tabelul nr.43.

Tabelul nr.43
%

Nivel	Grupa de vârstă	Din total, persoane care consumă fructe după frecvența consumului:						Persoane care nu consumă fructe	Persoane care au declarat – „nu știu/ refuz”
		Total persoane care consumă fructe	De 2 sau mai multe ori pe zi	O dată pe zi	Mai puțin de o dată pe zi, dar de cel puțin 4 ori pe săptămână	Mai puțin de 4 ori pe săptămână, dar cel puțin o dată pe săptămână	Mai puțin de o dată pe săptămână		
Total	65-74 ani	98,8	12,2	25,0	24,8	21,1	15,7	0,6	0,6
	75 ani și peste	98,2	9,7	23,3	24,7	21,6	18,9	0,9	0,9
Feminin	65-74 ani	99,0	13,3	25,4	25,2	21,0	14,1	0,4	0,6
	75 ani și peste	98,3	9,9	22,8	24,1	22,0	19,5	0,8	0,9
Masculin	65-74 ani	98,1	10,7	24,4	24,2	21,1	17,7	0,9	1,0
	75 ani și peste	97,9	9,3	24,1	25,6	21,0	17,9	1,2	0,9
Urban	65-74 ani	99,2	14,9	31,2	25,7	17,7	9,7	0,3	0,5
	75 ani și peste	99,1	12,8	28,4	24,4	19,0	14,5	0,5	0,4
Rural	65-74 ani	98,3	10,0	19,9	24,0	23,9	20,5	0,8	0,9
	75 ani și peste	97,5	7,4	19,7	24,9	23,5	22,0	1,2	1,3

Se observă că procentele persoanelor vârstnice care consumă fructe nu prezintă diferențeri majore între sexe (masculin, feminin), de asemenea, se constată în rândul persoanelor vârstnice din mediul rural un procent destul de ridicat din total, respectiv 20,5% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 22,0% pentru tranșa de vârstă 75 ani și peste, care au declarat că consumă fructe mai puțin de o dată pe săptămână.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, după frecvența consumului de legume sau salate (exclusiv cartofi sau sucuri de legume), pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul nr.44.

Tabelul nr.44
%

Nivel	Grupa de vârstă	Din total, persoane care consumă legume și salate după frecvența consumului:						Persoane care nu consumă legume și salate	Persoane care au declarat – „nu știu/ refuz”
		Total persoane care consumă legume și salate	De 2 sau mai multe ori pe zi	O dată pe zi	Mai puțin de o dată pe zi, dar de cel puțin 4 ori pe săptămână	Mai puțin de 4 ori pe săptămână, dar cel puțin o dată pe săptămână	Mai puțin de o dată pe săptămână		
Total	65-74 ani	99,2	14,6	35,5	27,5	15,0	6,6	0,2	0,6
	75 ani și peste	99,1	12,9	33,4	28,4	16,1	8,3	0,4	0,5
Feminin	65-74 ani	98,5	15,0	35,3	28,8	14,6	6,1	0,1	0,1
	75 ani și peste	98,8	13,8	32,4	28,4	16,1	8,6	0,3	0,4
Masculin	65-74 ani	99,8	14,0	35,8	25,7	15,7	7,3	0,4	1,1
	75 ani și peste	99,3	11,5	35,1	28,2	16,2	7,8	0,5	0,7
Urban	65-74 ani	99,3	16,9	39,5	25,5	12,8	4,6	0,2	0,5
	75 ani și peste	99,6	14,3	35,9	28,6	14,0	6,8	0,4	-
Rural	65-74 ani	99,4	12,7	32,3	29,2	16,9	8,3	0,2	0,4
	75 ani și peste	98,8	12,0	31,6	28,2	17,6	9,4	0,4	0,8

Se observă că procentele persoanelor vârstnice care consumă legume nu prezintă diferențeri majore între sexe (masculin, feminin), de asemenea, procentele persoanelor vârstnice care consumă legume nu prezintă diferențeri majore între medii, cu o tendință mai ridicată a persoanelor vârstnice din mediul rural de a declara – varianta "mai puțin de o dată pe săptămână" pentru consumul de legume și salate.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, după opțiunea de a consuma tutun (zilnic, ocazional) sau de a nu consuma tutun, pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul următor:

Tabelul nr.45
%

Nivel	Grupa de vârstă	Din total, persoane care consumă tutun:			Persoane care nu consumă tutun	Persoane care au refuzat să răspundă
		Total fumatori	Zilnic	Ocazional		
Total	65-74 ani	11,2	7,4	3,8	88,0	0,8
	75 ani și peste	6,7	3,6	3,1	92,9	0,4
Feminin	65-74 ani	3,9	1,8	2,1	95,3	0,8
	75 ani și peste	2,9	1,4	1,5	96,9	0,2
Masculin	65-74 ani	21,2	15,1	6,1	78,2	0,6
	75 ani și peste	12,9	7,3	5,6	86,3	0,8
Urban	65-74 ani	12,6	8,4	4,2	86,8	0,6
	75 ani și peste	7,1	4,1	3,0	92,7	0,2
Rural	65-74 ani	10,2	6,7	3,5	89,0	0,8
	75 ani și peste	6,3	3,2	3,1	93,0	0,7

Se observă că procentul femeilor vârstnice fumătoare în total femei vârstnice este mult inferior procentului bărbaților vârstnici fumători în total bărbați vârstnici, de asemenea procentul persoanelor vârstnice din mediul urban care declară că consumă tutun este ușor mai ridicat față de procentul corespunzător din mediul rural.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, după numărul de țigări fumate zilnic, pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul următor:

Tabelul nr.46
%

Nivel	Grupa de vârstă	Din total, după numărul de țigări fumate zilnic:				
		Sub 5 țigări	5-9 țigări	10-19 țigări	20-29 țigări	30-39 țigări
Total	65-74 ani	2,4	12,9	49,9	31,4	3,4
	75 ani și peste	6,8	7,3	57,1	25,3	3,5
Feminin	65-74 ani	6,9	16,7	55,1	21,3	-
	75 ani și peste	19,2	9,4	61,3	10,1	-
Masculin	65-74 ani	1,6	12,3	49,2	33,0	3,9
	75 ani și peste	2,9	6,7	55,8	30,0	4,6
Urban	65-74 ani	1,8	15,6	52,9	26,1	3,6
	75 ani și peste	14,0	2,7	67,4	11,6	4,3
Rural	65-74 ani	2,8	10,3	46,9	36,8	3,2
	75 ani și peste	-	11,7	47,3	38,2	2,8

Din analiza tabelului nr.46, rezultă că pe ambele tranșe de vârstă, femeile vârstnice sunt consumatoare de țigări, într-o proporție mai mică decât bărbații vârstnici, fapt evidențiat de procentul mai mare al celor care consumă țigări mai puține(sub 19 țigări), respectiv la tranșa 65-74 ani, 78,7% - femei, față de bărbați - 63,1% și la tranșa de vârstă 75 ani și peste, 89,9% - femei, față de 65,4% - bărbați. În ceea ce privește repartitia pe medii de rezidență , rezultă că, persoanele vârstnice din mediul rural, la tranșa de vârstă 75 ani și peste fumează între 5-29 țigări, într-o proporție mai mare decât cei din tranșa 65-74 ani, situație pe care în mediul urban o întâlnim la variantele - "sub 5 țigări", "10-19 țigări" și "30-39 țigări".

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, după opțiunea de a consuma alcool (frecvența) sau de a nu consuma alcool, pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul următor:

Tabelul nr.47
%

Nivel	Grupa de vârstă	Din total, persoane care consumă alcool:						Persoane care nu consumă alcool	Persoane care au refuzat să răspundă
		Total persoane	Zilnic	De 4-6 ori pe săptămână	De 2-3 ori pe săptămână	De 2-4 ori pe lună	O dată pe lună sau mai rar		
Total	65-74 ani	63,8	3,3	2,3	7,0	16,6	34,6	35,3	0,9
	75 ani și peste	50,6	2,1	1,9	3,1	11,4	32,1	48,9	0,5
Feminin	65-74 ani	50,1	0,3	0,8	2,0	9,1	37,9	49,2	0,7
	75 ani și peste	37,8	0,7	0,7	1,5	5,9	29,0	62,0	0,2
Masculin	65-74 ani	82,7	7,4	4,4	13,9	26,8	30,2	16,6	0,7
	75 ani și peste	71,8	4,4	4,0	5,8	20,3	37,3	27,5	0,7
Urban	65-74 ani	63,9	2,5	1,5	5,4	15,2	39,3	35,5	0,6
	75 ani și peste	47,7	1,1	0,5	2,0	8,8	35,3	52,1	0,2
Rural	65-74 ani	64,0	4,0	3,0	8,4	17,8	30,8	35,2	0,8
	75 ani și peste	52,8	2,8	3,0	3,9	13,2	29,9	46,6	0,6

Pe sexe, față de total, bărbații vârstnici consumă alcool într-o proporție mai mare decât femeile vârstnice, iar dintre aceștia cei mai mulți se încadrează în variantele de 2-4 ori pe lună sau o dată pe lună sau mai rar. Pe medii, consumă alcool este aproximativ egal repartizat pe grupe de vârstă și pe variante, cu tendință ușor mai accentuată a vârstnicilor din mediul rural față de cei din mediul urban pentru tranșa de vârstă 75 ani și peste.

- Structura populatiei varstnice pe transe de varsta dupa capacitatea de focalizare a atentiei, capacitatea de a citi, a scrie si de a aplatina o disputa, pe sexe si pe medii de rezidenta, se prezinta in tabelul nr.48.

Tabelul nr.48
%

Total/Sex/Mediul Grupa de varsta	Total		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste
Grade de dificultate	Capacitatea de a urmări un program TV în condițiile în care în jur se petrec lucruri care pot distra atenția									
Fără dificultate	29,6	14,1	26,8	12,2	33,4	17,2	37,5	18,7	23,2	10,9
Cu puțină dificultate	47,8	44,1	47,9	42,4	47,8	46,8	46,3	43,5	49,1	44,5
Cu multă dificultate	14,2	24,8	16,1	25,6	11,5	23,5	11,0	24,0	16,8	25,4
Nu pot, deloc	6,6	14,1	7,3	15,8	5,5	11,5	4,0	11,6	8,7	15,9
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	1,8	2,9	1,9	4,0	1,8	1,0	1,2	2,2	2,2	3,3
Grade de dificultate	Capacitatea de a citi și a înțelege scurte articole									
Fără dificultate	48,2	24,0	41,9	19,3	56,6	31,6	64,0	36,2	35,2	15,3
Cu puțină dificultate	34,0	36,8	36,1	36,0	31,1	38,3	25,4	35,1	41,0	38,1
Cu multă dificultate	10,7	19,7	12,3	21,1	8,6	17,4	6,1	16,3	14,4	22,1
Nu pot, deloc	5,8	17,4	7,8	21,0	3,0	11,6	3,8	12,2	7,4	21,1
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	1,3	2,1	1,9	2,6	0,7	1,1	0,7	0,2	2,0	3,4
Grade de dificultate	Capacitatea de a scrie scurte mesaje									
Fără dificultate	51,1	25,4	46,0	21,1	57,9	32,5	67,5	40,1	37,6	14,9
Cu puțină dificultate	27,4	31,3	29,2	31,3	25,0	31,3	20,1	27,5	33,4	33,9
Cu multă dificultate	11,3	18,2	13,3	19,2	8,8	16,5	6,6	13,4	15,2	21,6
Nu pot, deloc	7,4	22,4	8,8	25,7	5,6	17,1	4,0	17,3	10,3	26,1
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	1,8	1,7	3,5	3,5
Grade de dificultate	Capacitatea de a aplatina o disputa între două persoane									
Fără dificultate	31,4	15,2	27,0	12,7	37,3	19,4	38,0	20,0	25,9	11,8
Cu puțină dificultate	32,7	28,9	33,0	28,8	32,2	29,1	29,7	23,9	35,1	32,5
Cu multă dificultate	9,9	14,3	10,9	15,4	8,6	12,5	7,7	12,5	11,7	15,5
Nu pot, deloc	10,0	19,3	12,0	21,1	7,2	16,3	8,6	18,8	11,1	19,6
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	16,0	22,3	17,1	22,0	14,7	22,7	16,0	24,8	16,2	20,6

Așa cum e firesc vârstnicii din tranșa 75 ani și peste se concentrează mai greu decât cei din tranșa 65-74 ani, iar femeile vârstnice invocă o capacitate de focalizare a atenției mai redusă decât bărbații vârstnici, iar cei din mediul rural au răspuns cu variantele "cu multă dificultate", "nu pot, deloc" mai frecvent decât cei din mediul urban.

- Structura populatiei varstnice pe transe de varsta, dupa gradul de dificultate in realizarea activitatilor de ingrijire personala, pe sexe si pe medii de rezidenta, se prezinta in tabelul nr.49.

Tabelul nr.49

%

Total/Sex/Mediul	Total		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
Grupa de varsta	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste
Grade de dificultate	A se hrăni (mânca)									
Nici o dificultate	95,7	87,1	95,3	87,2	96,5	87,1	95,7	89,5	95,8	85,3
Oarecum dificil	3,1	9,4	3,8	9,4	2,1	9,3	3,4	7,9	2,8	10,4
Foarte dificil	0,4	2,0	0,2	2,4	0,7	1,3	0,3	1,8	0,5	2,2
Nu pot singure	0,4	1,5	0,7	1,0	0,7	2,2	0,6	0,8	0,8	2,0
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,4	-	-	-	-	0,1	-	-	0,1	0,1
Grade de dificultate	A se așeza/ridica de pe scaun sau pat									
Nici o dificultate	87,9	70,0	86,9	68,7	89,2	71,9	87,6	72,7	88,0	68,0
Oarecum dificil	10,0	23,6	11,3	24,5	8,4	22,1	10,3	21,1	9,8	25,4
Foarte dificil	1,1	4,1	0,9	4,7	1,4	3,3	1,3	4,3	1,1	4,0
Nu pot singure	1,0	2,3	0,9	2,1	1,0	2,7	0,8	1,9	1,1	2,6
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grade de dificultate	A se îmbrăca, dezbrăca									
Nici o dificultate	91,4	73,4	90,8	71,9	92,2	75,7	91,7	77,7	91,1	70,3
Oarecum dificil	6,8	20,5	7,5	21,7	5,9	18,6	6,7	16,0	6,9	23,7
Foarte dificil	0,8	3,6	0,8	4,2	0,8	2,7	0,8	4,4	0,8	3,0
Nu pot singure	1,0	2,5	0,9	2,2	1,1	3,0	0,8	1,9	1,2	3,0
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grade de dificultate	A utiliza toaleta									
Nici o dificultate	93,9	80,5	93,2	79,7	94,6	81,8	94,9	84,6	92,9	77,7
Oarecum dificil	4,6	13,9	5,5	14,7	3,5	12,5	3,8	10,8	5,3	16,0
Foarte dificil	0,5	3,7	0,3	3,9	0,7	3,4	0,5	3,1	0,5	4,1
Nu pot singure	1,0	1,8	1,0	1,5	1,1	2,3	0,8	1,5	1,2	2,0
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	-	0,1	-	0,2	0,1	-	-	-	0,1	0,2
Grade de dificultate	A face baie sau duș									
Nici o dificultate	89,5	69,4	88,5	67,6	90,8	72,7	89,8	71,2	89,3	68,3
Oarecum dificil	8,0	20,5	9,2	22,3	6,4	17,5	7,9	18,3	8,1	22,1
Foarte dificil	1,0	5,8	1,0	6,0	1,0	5,3	1,0	5,7	1,0	5,8
Nu pot singure	1,4	4,0	1,3	4,0	1,6	3,9	1,3	4,3	1,5	3,7
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,1	0,3	-	0,1	0,2	0,6	-	0,5	0,1	0,1

Se observă că gradul de dependență al femeilor vârstnice este mai sporit decât al bărbaților vârstnici, ele răspunzând în proporție mai mare cu – oarecum dificil, foarte dificil, nu pot singure, la toate tipurile de activități de îngrijire personală - ceea ce semnifică o nevoie sporită a femeilor vârstnice pentru însoțitor sau asistent personal. De asemenea, indiferent de mediul de rezidență, persoanele vârstnice din tranșa de vârstă 65-74 ani au răspuns similar pentru toate variantele, însă cei din tranșa 75 ani și peste din mediul rural au răspuns în proporție mai mare cu – "oarecum dificil", "foarte dificil", "nu pot singure", la toate tipurile de activități de îngrijire personală, decât cei din mediul urban, ceea ce indică o nevoie sporită a acestora pentru însoțitor sau asistent personal.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, după gradul de dificultate în realizarea activităților casnice, pe sexe, se prezintă în tabelul nr.50.

Tabelul nr.50

%

Total/Sex	Total		Feminin		Masculin	
Grupa de varsta	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste
Grade de dificultate	A-și pregăti mâncarea					
Nici o dificultate	85,6	64,8	90,6	68,7	78,7	58,4
Oarecum dificil	9,5	22,6	7,3	21,4	12,4	24,5
Foarte dificil	1,4	5,5	0,6	5,6	2,4	5,4
Nu pot singure	3,1	7,0	1,4	4,3	5,4	11,4
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,4	0,1	0,1	-	1,1	0,3
Grade de dificultate	A utiliza telefonul					
Nici o dificultate	91,8	75,7	91,8	75,5	91,8	76,0
Oarecum dificil	3,9	11,2	3,7	10,6	4,1	12,3
Foarte dificil	0,9	3,3	0,6	3,1	1,3	3,6
Nu pot singure	1,3	4,7	1,4	4,5	1,1	5,0
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	2,1	5,1	2,5	6,3	1,7	3,1
Grade de dificultate	A-și face cumpărăturile					
Nici o dificultate	82,5	54,0	80,3	50,6	85,6	59,5
Oarecum dificil	11,8	26,0	13,8	28,1	8,9	22,6
Foarte dificil	2,3	8,2	2,8	9,0	1,7	6,9
Nu pot singure	3,2	11,7	3,0	12,2	3,5	10,8
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2
Grade de dificultate	A-și administra medicamentele					
Nici o dificultate	94,6	78,7	95,5	78,6	93,3	78,8
Oarecum dificil	3,6	13,6	2,9	13,4	4,5	14,0
Foarte dificil	0,6	3,2	0,6	3,7	0,7	2,4
Nu pot singure	1,1	4,2	0,9	4,0	1,4	4,6
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2
Grade de dificultate	A face menaj ușor					
Nici o dificultate	79,5	52,5	79,4	52,0	79,7	53,4
Oarecum dificil	15,6	31,6	17,4	33,1	13,2	29,2
Foarte dificil	1,9	6,8	1,1	6,8	3,1	6,7
Nu pot singure	2,8	8,9	2,1	8,0	3,6	10,5
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,2	0,2	-	0,1	0,4	0,2
Grade de dificultate	A face menaj greu					
Nici o dificultate	61,1	33,6	59,3	32,2	63,6	35,9
Oarecum dificil	20,3	27,7	22,2	27,9	17,6	27,3
Foarte dificil	9,8	17,1	10,6	18,0	8,8	15,6
Nu pot singure	8,5	21,2	7,9	21,7	9,3	20,4
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,3	0,4	-	0,2	0,7	0,8
Grade de dificultate	A-și administra banii și cheltuielile zilnice					
Nici o dificultate	92,3	75,7	92,2	74,6	92,4	77,5
Oarecum dificil	5,1	14,1	5,5	15,0	4,7	12,6
Foarte dificil	0,8	3,9	0,8	4,2	0,7	3,6
Nu pot singure	1,6	5,8	1,4	5,9	1,9	5,6
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,2	0,5	0,1	0,3	0,3	0,7

Se observă că gradul de dependență al femeilor vârstnice este mai sporit decât al bărbaților vârstnici, ele răspunzând în proporție mai mare cu – oarecum dificil, foarte dificil, nu pot singure, la toate tipurile de activități de îngrijire personală - ceea ce semnifică o nevoie mai sporită a femeilor vârstnice pentru servicii de menaj.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, după indicele masei corporale, pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul nr.51.

Tabelul nr.51
%

Nivel	Grupa de vârstă	Din care, după indicele masei corporale (IMC)							Persoane pentru care nu s-a putut calcula IMC
		Persoane subponderale	Persoane cu greutate normală	Persoane supraponderale	Persoane cu obezitate (clasa I, clasa II și persoane cu morbidă)				
					Total persoane obeze	Din care, persoane cu IMC între:			
Sub 18,5 kg/m ²	18,51-24,99 kg/m ²	25,00-29,99 kg/m ²	30,00-34,99 kg/m ²	35,00-39,99 kg/m ²	peste 40 kg/m ²				
Total	65-74 ani	0,7	38,9	49,7	10,7	8,7	1,6	0,4	13,6
	75 ani și peste	1,8	52,7	38,1	7,4	6,6	0,5	0,3	18,0
Feminin	65-74 ani	0,9	41,0	47,0	11,1	8,5	2,1	0,5	14,1
	75 ani și peste	1,6	57,9	32,4	8,1	7,1	0,8	0,2	19,0
Masculin	65-74 ani	0,5	36,1	53,2	10,2	9,0	1,0	0,2	13,0
	75 ani și peste	2,0	44,5	47,2	6,3	5,8	-	0,5	16,5
Urban	65-74 ani	0,6	33,3	52,4	13,7	11,0	2,2	0,5	11,6
	75 ani și peste	1,6	50,0	39,3	9,1	8,4	0,6	0,1	17,3
Rural	65-74 ani	0,9	43,6	47,3	8,2	6,7	1,2	0,3	15,3
	75 ani și peste	1,9	54,7	37,2	6,2	5,3	0,4	0,5	18,5

Cele mai multe persoane vârstnice au "greutate normală" sau sunt "supraponderale", iar pe sexe, femeile vârstnice se declară persoane "greutate normală" sau "obeze" într-o măsură mai mare decât bărbații vârstnici, care se declară într-un procent mai mare persoane "supraponderale". Persoanele vârstnice din mediul rural au declarat într-o proporție mai mare "greutate normală" decât cele din mediul urban, iar persoanele vârstnice din mediul urban declară că sunt persoane "supraponderale" sau "obeze" într-o proporție mai mare decât cele din mediul rural.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, în funcție de gradul de expunere la anumiți factori de mediu pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul nr.52.

Tabelul nr.52
%

Total/Sex/Mediul	Total		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
Grupa de vârstă	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste
Grade de expunere	Zgomot (de trafic rutier, feroviar, aerian sau de la fabrici, vecini, animale, restaurante / baruri / discotecii)									
Foarte expuse	5,7	4,6	5,6	5,1	6,0	3,9	7,6	6,0	4,2	3,6
Oarecum expuse	22,0	16,9	21,7	17,1	22,4	16,6	31,7	25,0	14,1	11,2
Neexpuse	71,6	77,4	72,1	76,6	71,0	78,6	59,9	67,6	81,2	84,3
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,7	1,1	0,6	1,2	0,6	0,9	0,8	1,4	0,5	0,9
Grade de expunere	Poluarea aerului (praf fin, funingine, țărână, fum)									
Foarte expuse	3,6	3,6	3,1	3,9	4,2	3,1	6,1	5,9	1,5	2,0
Oarecum expuse	23,5	18,3	23,5	18,9	23,6	17,2	31,1	22,0	17,3	15,7
Neexpuse	72,1	76,7	72,5	75,3	71,4	78,9	61,5	69,9	80,7	81,5
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,8	1,4	0,9	1,9	0,8	0,8	1,3	2,2	0,5	0,8
Grade de expunere	Mirosuri urâte (industriale, agricole, de la canalizare sau deșeuri)									
Foarte expuse	2,2	2,5	2,2	2,3	2,2	2,7	3,8	4,4	0,9	1,1
Oarecum expuse	15,7	11,2	15,7	11,7	15,8	10,4	23,5	16,1	9,4	7,7
Neexpuse	81,5	84,9	81,5	84,3	81,6	85,9	71,9	77,9	89,4	90,0
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	0,6	1,4	0,6	1,7	0,4	1,0	0,8	1,6	0,3	1,2
Grade de expunere	Acte de infracțiune, violență sau vandalism în zonă									
Foarte expuse	0,4	0,6	0,4	0,8	0,4	0,3	0,6	0,7	0,2	0,6
Oarecum expuse	5,2	5,1	5,0	6,3	5,5	3,2	9,5	7,8	1,7	3,2
Neexpuse	93,2	92,7	93,2	91,1	93,2	95,3	88,3	89,9	97,2	94,6
Persoane care au declarat "Nu știu/Refuz"	1,2	1,6	1,4	1,8	0,9	1,2	1,6	1,6	0,9	1,6

Persoanele vârstnice se declară foarte expuse și oarecum expuse, în proporții similare la factorii de mediu - zgomot și poluarea aerului, proporții mai mari decât la celelalte motive. De asemenea, femeile vârstnice se declară afectate de acești 2 factori de mediu într-o proporție

asemănătoare cu a bărbaților vârstnici. De asemenea, persoanele vârstnice din mediul urban se declară într-o proporție mai mare "foarte expuse" și "oarecum expuse" la toți factorii de mediu, comparativ cu cei din mediul rural, fapt explicabil prin incidența mai mare a acestora în mediul urban .

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă , după tipul de activitate fizică desfășurată și timpul mediu pe persoană alocat, pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul următor:

Tabelul nr.53
%

Nivel	Grupa de vârstă	Activități fizice intense		Activități fizice moderate		Plimbare și mers pe jos		Persoane care au declarat – „nu știu/ refuz”
		%	Timpul mediu persoană (minute/zi)	%	Timpul mediu persoană (minute/zi)	%	Timpul mediu persoană (minute/zi)	
Total	65-74 ani	27,8	118	55,5	98	64,2	127	5,3
	75 ani și peste	13,3	81	36,8	73	45,3	119	4,2
Feminin	65-74 ani	24,4	106	56,8	99	64,2	123	4,5
	75 ani și peste	12,6	82	38,8	70	42,7	130	3,9
Masculin	65-74 ani	32,4	130	53,8	95	64,2	132	6,3
	75 ani și peste	14,5	71	33,6	78	49,6	106	4,6
Urban	65-74 ani	15,1	89	46,1	76	67,5	130	5,2
	75 ani și peste	8,5	63	27,3	52	47,0	133	4,3
Rural	65-74 ani	38,3	127	63,2	111	61,5	124	5,3
	75 ani și peste	16,8	88	43,5	82	44,1	111	4,1

Se observă că bărbații vârstnici desfășoară într-o proporție mai mare activități fizice intense decât femeile vârstnice, iar femeile vârstnice desfășoară într-o proporție mai mare activități fizice ușoare (plimbare și mers pe jos) decât bărbații vârstnici. De asemenea, persoanele vârstnice din mediul rural desfășoară într-o proporție mai mare activități fizice "intense și moderate" decât cei din mediul urban, în schimb persoanele vârstnice din mediul urban preferă într-o proporție mai mare " plimbarea și mersul pe jos" față de cei din mediul rural.

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă care în ultimele 12 luni (2008) a apelat la medicul de familie/generalist, a consultat medicul specialist/chirurg sau medicul stomatolog, după numărul de vizite, pe sexe se prezintă în tabelul nr.54

Tabelul nr.54

Grupa de varsta		Medicul de familie/generalist				Medicul specialist/chirurg				Medicul stomatolog			
		12 vizite și peste	5-11 vizite	1-4 vizite	Persoane care au declarat – „nu știu/ refuz”	12 vizite și peste	5-11 vizite	1-4 vizite	Persoane care au declarat – „nu știu/ refuz”	12 vizite și peste	5-11 vizite	1-4 vizite	Persoane care au declarat – „nu știu/ refuz”
Total	65-74 ani	17,4	23,6	49,6	9,4	1,0	6,2	84,7	8,1	3,8	16,7	68,0	11,5
	75 ani și peste	14,9	24,2	50,1	10,8	0,9	6,5	81,1	11,5	1,4	16,0	64,2	18,4
Feminin	65-74 ani	17,5	25,2	48,4	8,9	0,4	6,4	84,9	8,3	6,2	16,4	65,4	12,0
	75 ani și peste	15,3	25,3	48,7	10,7	1,1	6,3	80,9	11,7	-	17,3	66,3	16,4
Masculin	65-74 ani	17,4	21,0	51,6	10,0	1,8	5,8	84,5	7,9	1,0	17,0	71,2	10,8
	75 ani și peste	14,1	22,2	52,5	11,2	0,6	6,8	81,5	11,1	3,7	14,1	61,1	21,1
Urban	65-74 ani	24,1	23,9	41,3	10,7	0,9	7,7	82,1	9,3	3,6	17,4	67,8	11,2
	75 ani și peste	24,5	26,9	34,7	13,9	1,0	8,8	74,5	15,7	2,1	18,9	60,3	18,7
Rural	65-74 ani	10,8	23,3	57,9	8,0	1,1	4,3	88,0	6,6	4,3	15,2	68,4	12,1
	75 ani și peste	7,5	22,1	61,9	8,5	0,8	3,8	88,9	6,5	-	9,6	72,9	17,5

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, după specialitatea medicului la care au apelat în cea mai mare măsură, pe sexe și pe medii de rezidență, se prezintă în tabelul nr.55.

Tabelul nr.55
%

Nivel	Total		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste
Specialitatea medicului										
Cardiolog	32,5	34,0	34,4	35,9	29,5	31,0	33,2	33,6	31,6	34,5
Reumatolog	10,5	10,4	10,0	11,0	11,2	9,2	8,9	7,3	12,4	14,0
Endocrinolog, diabetolog	7,9	3,9	9,5	5,0	5,4	2,3	9,3	5,8	6,1	1,8
Urolog, nefrolog	4,3	2,9	2,7	1,4	6,7	5,3	4,1	2,6	4,5	3,2

În ceea ce privește repartiția pe sexe, se observă, la bărbații vârstnici, pe a treia poziție în ordinea necesităților, vizitele la medicul urolog-nefrolog, iar la femeile vârstnice, vizitele la medicul endocrinolog-diabetolog, iar între cele 2 medii de rezidență, se observă, o schimbare a ierarhiilor, persoanele vârstnice din mediul urban apelând într-o proporție mai mare la medicul endocrinolog-diabetolog, față de cei din mediul rural care au apelat mai mult la medicul reumatolog.

6.6.2. Consumul alimentar exprimat în calorii și factori nutritivi, diferențiat pe sexe

Mărimea și structura consumului alimentar al gospodăriilor reprezintă rezultatul cumulat al cumpărăturilor de pe piață și al utilizării produselor alimentare din resurse proprii. Din această cauză consumul alimentar se exprimă în calorii și factori nutritivi.

Pe ansamblul gospodăriilor, în anul **2009**, consumul mediu zilnic pe o persoană a fost de **2.487** calorii, **83,1** grame protide, **85,2** grame lipide și **316,4** grame glucide. **Consumul cel mai mare s-a înregistrat în gospodăriile de pensionari (2.627 calorii, 87,7 grame protide, 89,6 grame lipide și 334,9 grame glucide).**

Structura consumului alimentar pentru o persoană din gospodăria de pensionari (total, feminin, masculin) a fost următoarea:

Tabelul nr.56

Gospodării de pensionari	Calorii	din care:		Protide (gr)	din care:		Lipide (gr)	din care:		Glucide (gr)
		de origine vegetală	de origine animală		de origine vegetală (gr)	de origine animală (gr)		de origine vegetală (gr)	de origine animală (gr)	
Total	2.627	1.975	652	87,7	45,6	42,1	89,6	44,7	44,9	334,9
	%	75,2	24,8	%	52,0	48,0	%	49,9	50,1	
Conduse de femei	2.702	2.036	666	89,9	46,7	43,2	93,6	48,0	45,6	345,4
	%	75,4	24,6	%	51,9	48,1	%	51,3	48,7	
Conduse de bărbați	2.591	1.946	645	86,7	45,1	41,6	87,7	43,2	44,5	329,9
	%	75,1	24,9	%	52,0	48,0	%	49,3	50,7	

Din datele prezentate în tabelul nr.56 se observă că femeile vârstnice au un surplus de consum alimentar superior bărbaților vârstnici, repartizat astfel - calorii(111), din care de origine vegetală(90 – 81,1%), de origine animală(21 – 18,9%), protide (3,2 gr), din care de origine vegetală (1,6 gr – 50,0%), de origine animală (1,6 gr – 50,0%), lipide (5,9 gr), din care de origine vegetală (4,8 gr – 81,4%), de origine animală(1,1gr – 18,6%) și glucide(15,5 gr).

Se observă că dacă surplusul caloric și de lipide consumat de femeile vârstnice față de bărbații vârstnici este în favoarea produselor de origine vegetală.

6.7. Analiza stării de sănătate autopercepute a populației vârstnice din Uniunea Europeană

La nivelul Uniunii Europene, în anul 2009, 21,1% din vârstnici declară o stare de sănătate rea și foarte rea, 40,5% o stare de sănătate satisfăcătoare și 38,4% o stare de sănătate bună și foarte bună.

Diferențiat pe sexe, femeile vârstnice declară în proporție de 22,8% o stare de sănătate rea și foarte rea, 41,3% o stare de sănătate satisfăcătoare și 35,9% o stare de sănătate bună și foarte bună. Bărbații vârstnici declară în proporție de 19,1% o stare de sănătate rea și foarte rea, 39,5% o stare de sănătate satisfăcătoare și 41,4% o stare de sănătate bună și foarte bună. Se observă că femeile vârstnice se consideră mai suferinde decât bărbații vârstnici (Anexa nr.36).

Pe țări, vârstnicii declară în cea mai mare proporție - o stare de sănătate rea și foarte rea în Lituania (48,2%), Portugalia (46,8%), Letonia (44,7%), - o stare de sănătate satisfăcătoare în Malta (50,2%), Estonia (50,1%), **România** (49,5%) și o stare de sănătate bună și foarte bună în Irlanda (65,3%), Olanda (61,0%), Suedia (60,4%) (Anexa nr.36).

Diferențiat pe sexe, femeile vârstnice declară în cea mai mare proporție - o stare de sănătate rea și foarte rea în Portugalia (53,4%), Lituania (50,7%), Letonia (45,6%), - o stare de sănătate satisfăcătoare în **România** (51,1%), Estonia (49,3%), Cehia (48,4%) și o stare de sănătate bună și foarte bună în Irlanda (66,9%), Marea Britanie (60,6%), Suedia (58,6%), iar bărbații vârstnici declară în cea mai mare proporție - o stare de sănătate rea și foarte rea în Lituania (43,0%), Letonia (42,6%), Slovacia (41,1%), - o stare de sănătate satisfăcătoare în Estonia (52,1%), Malta (52,1%), Cehia (50,2%), **România** (47,3%) și o stare de sănătate bună și foarte bună în Olanda (65,8%), Irlanda (64,7%), Suedia (62,5%) (Anexa nr.36).

6.8. Analiza procentului persoanelor vârstnice care au declarat boli cronice, pe tranșe de vârstă, din Uniunea Europeană

Pe grupe de vârstă, vârstnicii au în cea mai mare proporție boli cronice în următoarele țări:

- 65-74 ani, în Estonia (72,6%), Ungaria (68,7%), Polonia (67,6%),
- 75-84 ani, în Estonia (85,7%), Ungaria (82,7%), Finlanda (80,0%),
- 85 ani și peste, în Ungaria (83,6%), Estonia (83,1%), Grecia (82,9%).(Anexa nr.37)

Astfel, pe sexe, femeile vârstnice, pe grupe de vârstă, au în cea mai mare proporție boli cronice în următoarele țări:

- 65-74 ani, în Estonia (76,3%), Polonia (71,1%), Ungaria (70,9%);
- 75-84 ani, în Estonia (87,7%), Ungaria (83,7%), Finlanda (81,8%);
- 85 ani și peste, în Grecia (87,6%), Cehia (85,0%), Ungaria (84,9%).(Anexa nr.37)

Iar bărbații vârstnici, pe grupe de vârstă, au în cea mai mare proporție boli cronice în următoarele țări:

- 65-74 ani, în Estonia (66,2%), Ungaria (65,4%), Finlanda (65,4%), Malta (62,8%);
- 75-84 ani, în Ungaria (81,0%), Estonia (80,9%), Finlanda (77,5%);
- 85 ani și peste, în Estonia (87,3%), Slovenia (85,0%), Germania (82,6%).(Anexa nr.37)

În ceea ce privește diferența între sexe, femeile vârstnice sunt, în general, mai suferinde decât bărbații vârstnici, cel mai mare decalaj procentual se înregistrează, pe grupe de vârstă, în următoarele țări:

- 65-74 ani, în Cipru (14,5%), **România** (12,2%), Bulgaria (10,3%);
- 75-84 ani, în Slovacia (12,8%), Danemarca (10,5%), Luxemburg (10,2%);
- 85 ani și peste, în Suedia (22,4%), Irlanda (16,4%), Grecia (10,8%).(Anexa nr.37).

6.9. Procentul cheltuielilor pentru sănătate în PIB

Cheltuielile cu sănătatea au crescut în toate țările europene, într-un ritm mai rapid decât creșterea PIB-ului, rezultând creșterea părții alocate din PIB cheltuielilor cu sănătatea

Procentele **cheltuielilor totale cu sănătatea** în PIB⁴⁸, în anul 2008, pentru țările UE-27, au fost următoarele (tabelul nr.57):

Tabelul nr.57
%

Tara	Austria	Belgia	Bulgaria	Cehia	Cipru	Danemarca	Estonia	Finlanda	Franța	Germania	Letonia
% cheltuieli totale cu sănătatea în PIB	9,7	9,8	6,9	6,9	5,8	9,3	5,9	8,0	10,7	10,3	6,2
Tara	Lituania	Luxemburg	Olanda	Polonia	Portugalia	România	Slovacia	Slovenia	Spania	Suedia	Ungaria
% cheltuieli totale cu sănătatea în PIB	6,3	6,2	8,9	6,6	9,2	5,3	7,0	7,9	8,7	8,8	7,1

Prin comparație, rezultă în mod clar că în **România** are cel mai mic procent din PIB alocat pentru sănătate, situându-se pe ultimul loc, cu 5,3%, pe primele poziții situându-se Franța (10,7%), Germania (10,3%), Belgia (9,8%) și Austria (9,7%).

Sistemele de sănătate sunt câteodată criticate ca fiind excesiv centrate pe "îngrijirea bolnavilor", tratarea bolii, dar nu fac suficient pentru a preveni boala. Numai în jur de 3,0% din cheltuielile curente de sănătate din media Statelor Membre UE-27, sunt distribuite către prevenire și programe de sănătate publică.

Sectorul public este sursa principală de finanțare a sănătății în Statele Membre UE-27, cu excepția Ciprului. Ca medie, în 2008, la nivelul UE-27, trei pătrimi din totalul cheltuielilor cu sănătatea au fost finanțate public, prin sistemul general de impozitare sau prin contribuții de asigurări sociale. În Luxembourg, Cehia, țările Nordice (excepție Finlanda), Marea Britanie și **România**, sectorul public a reprezentat mai mult de 80,0% din totalul cheltuielilor cu sănătatea.

Partea din PIB alocată cheltuielilor **publice** cu sănătatea a variat considerabil între țări, începând de la 2,6%-Cipru, 3,5%- Letonia, până la 7,6%- Belgia, 8,1% - Franța (2007), respectiv de la 4,6%-Cipru, 5,3%- Letonia, până la 12,4%- Franța, 12,6% - Marea Britanie (2060). (Anexa nr.38).

Se observă că diferența între cel mai mare și cel mai mic procent se va adânci în timp, de la 5,4% în 2007, la 8,0% în 2060, demonstrând încă o dată, că sistemul de sănătate, (ca și cel de pensii), trebuie să facă, în timp, un efort suplimentar pentru a răspunde provocărilor generate de fenomenul de îmbătrânire.

⁴⁸Sursa: bazele de date Eurostat. Date disponibile 2007: Austria Belgia Danemarca Franța Letonia Olanda și date disponibile 2006: Portugalia și Slovacia

Impactul schimbărilor demografice asupra cheltuielilor **publice** de sănătate este proiectat a fi semnificativ, astfel procentul acestora în PIB va crește în medie, la nivelul UE-27, de la 6,7%(2007) la 10,9%(2060). **Rata de creștere anuală** a procentului cheltuielilor publice de sănătate în PIB, pe intervalul 2007-2060, variază de la 0,7% în Suedia to 1,6% în Malta, sau, raportat față de nivelul inițial(2007), de la 45,8% la 134,0%, însă pentru majoritatea țărilor (21 țări), **rata de creștere anuală** variază între 0,7% și 1,0%, respectiv între 45,8% și 70,4% față de nivelul inițial(2007).

Nivelul redus al **cheltuielilor publice** alocate pentru sănătate în *România* a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii a persoanelor cu venituri reduse – din care fac parte majoritatea persoanelor vârstnice. Procentul din PIB al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate în **România**, în perioada 2000-2009, a fost (tabelul nr.58):

Tabelul nr.58

Anul	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
%	3,7	4,0	4,0	4,1	3,8	3,7	3,3	3,5	3,9	3,7

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

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

Astfel, în structura cheltuielilor totale de consum ale gospodăriilor⁴⁹, cheltuielile de sănătate reprezentau 3,2% în 2005, 3,6% în 2007 și 4,1% în 2009. Pentru gospodăriile de pensionari, cheltuielile cu sănătatea au avut următoarele ponderi în totalul cheltuielilor: 4,5% în 2005, 4,6% în 2007 și 5,0% în 2009.

⁴⁹Coordonate ale nivelului de trai în România.Veniturile și consumul populației, în anii 2005,2007,2009, Institutul Național de Statistică, edițiile - 2006,2008,2010

ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

7.1. Scurt istoric

Cadrul legislativ în domeniul asistenței sociale s-a elaborat începând cu anul 1990, debutând cu legislația în domeniul protecției copilului. Ulterior s-a creionat cadrul general al sistemului național de asistență socială și s-a elaborat legislația pentru diversele categorii sociale defavorizate: copiii, persoane cu handicap, persoane și familii cu venituri reduse, victimele violenței familiale și traficului de persoane etc. Persoanele vârstnice au beneficiat de o lege care să le reglementeze accesul la serviciile de asistență socială și medicale odată cu promulgarea Legii nr.17 din 2000. În același an s-a înființat Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice ca organism consultativ și de dialog social care mediază relația dintre organizațiile de pensionari și autoritățile publice centrale.

Legea nr.17/2000 prevede și modalități de asistență a persoanei vârstnice în vederea garantării exercitării drepturilor civile și protecției împotriva abuzurilor. Legea nr.270/2008 pentru modificarea Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice modifică 2 articole din legea inițială: art.30 și art.34, ambele fiind stipulate în interesul protecției civile a vârstnicului. Astfel art.1 din Legea nr. 270/2008 se stipulează obligația autorității tutelare, sau după caz a consilierilor juridici angajați ai consiliului local, de a acorda, la solicitarea persoanei vârstnice consiliere gratuită în vederea încheierii actelor juridice de vânzare-cumpărare, donație sau împrumuturi cu garanții imobiliare care au ca obiect bunurile mobile sau imobile ale persoanei vârstnice. Persoana vârstnică are dreptul de a fi asistată, la cerere sau din oficiu, în vederea încheierii unui act juridic de înstrăinare cu titlu oneros sau gratuit a bunurilor ce-i aparțin în scopul întreținerii și îngrijirii sale, de un reprezentant al autorității tutelare. Mai mult, art.2 alin1 din același Legea270/2008 reglementează posibilitatea autorității tutelare ca în termen de 24 ore de la sesizarea acesteia cu neexecutarea obligației de întreținere și îngrijire de către noul proprietar al bunurilor obținute ca urmare a actului juridic, să solicite serviciului public de asistență socială efectuarea unei anchete sociale în maxim 10 zile de la solicitare. În baza anchetei sociale, autoritatea tutelară propune măsurile necesare de executare legală a dispozițiilor înscrise în actul juridic încheiat și va putea solicita în instanța judecătorească rezilierea contractului de întreținere în nume propriu sau în interesul persoanei întreținute.(art.2, alin2, Legea nr.270/2008).

Asistența socială, componentă a sistemului de protecție socială, reprezintă ansamblul de instituții și măsuri prin care statul, autoritățile publice ale administrației locale și societatea civilă

asigura prevenirea, limitarea sau inlaturarea efectelor temporare sau permanente ale unor situatii care pot genera marginalizarea sau excluderea sociala a unor persoane. Asistenta sociala are ca obiectiv principal protejarea persoanelor care, datorita unor motive de natura economica, fizica, psihica sau sociala, nu au posibilitatea sa isi asigure nevoile sociale, sa isi dezvolte propriile capacitati si competente pentru integrare sociala.

Sistemul national de asistenta sociala a fost redefinit conform Legii nr. 47/2006, care stabileste organizarea, functionarea si finantarea avand la baza principiile europene de acordare a asistentei sociale in vederea promovarii procesului de incluziune sociala.

Principiile generale pe care se intemeiaza si care stau la baza acordarii asistentei sociale pentru persoanele varstnice sunt urmatoarele:

- a) *respectarea demnitatii umane* - fiecarei persoane ii este garantata dezvoltarea libera si deplina a personalitatii;
- b) *universalitatea* - fiecare persoana are dreptul la asistenta sociala, in conditiile prevazute de lege;
- c) *solidaritatea sociala* - comunitatea participa la sprijinirea persoanelor care nu isi pot asigura nevoile sociale, pentru mentinerea si intarirea coeziunii sociale;
- d) *parteneriatul* - institutiile publice si organizatiile societatii civile coopereaza in vederea organizarii si dezvoltarii serviciilor sociale;
- e) *subsidiaritatea* - statul intervine atunci cand initiativa locala nu a satisfăcut sau a satisfăcut insuficient nevoile persoanelor;
- f) *participarea beneficiarilor* - care sunt implicati direct in procesul de decizie si acordare a serviciilor sociale;
- g) *transparența* - in raporturile dintre beneficiari si autoritatile publice locale;
- h) *nediscriminarea* - prin respectarea drepturilor omului si a libertatilor fundamentale.

Aceste principii stau si la baza organizarii programelor sociale pentru persoane varstnice.

Persoana varstnica este definita de Legea nr.17/2000 ca acea persoana care a implinit varsta legala de pensionare si beneficiaza de asistenta sociala in situatia in care:

- a) nu are familie sau nu se afla in intretinerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozitiilor legale in vigoare;
- b) nu are locuinta si nici posibilitatea de a-si asigura conditiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- c) nu realizeaza venituri proprii sau acestea nu sunt suficiente pentru asigurarea ingrijirii necesare;
- d) nu se poate gospodari singura sau necesita ingrijire specializata;

e) se află în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

Nevoia socială este definită ca ansamblul de cerințe indispensabile fiecărei persoane pentru asigurarea condițiilor de viață în vederea integrării sociale. Pentru persoanele vârstnice nevoia se definește în relație cu **gradul de dependență prin care se înțelege situația unei persoane care, ca rezultat al pierderii autonomiei din cauze fizice, psihice sau mentale, necesită ajutor semnificativ și/sau îngrijire pentru a realiza activitățile de bază ale vieții de zi cu zi.** Criteriile de încadrare în grade de dependență trebuie stabilite prin evaluarea statusului funcțional, senzorial și psihoafectiv al persoanei vârstnice. Pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice s-au elaborat: Grila națională pentru evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice și Fișa de evaluare sociomedicală (geriatrică) aprobate prin H.G. nr. 886/2000.

Dacă în domeniul asigurărilor de stat - șomaj și pensii - politicile sociale sunt elaborate de Ministerul Muncii, în domeniul asistenței sociale, implementarea legislației revine autorităților locale, acestea devenind responsabile de configurația grupului de asistați social. La acest nivel se cunosc cel mai bine problemele sociale ale membrilor comunității, iar adoptarea deciziilor locale devine direct influentă asupra întregii comunități asistate financiar.

7.2. Evaluarea situației persoanelor vârstnice care necesită asistență socială

Dreptul la asistență socială într-o instituție de asistență socială în regim rezidențial se stabilește pe baza unei anchete sociale, cu respectarea criteriilor prevăzute în Grila Națională de Evaluare a Nevoilor Persoanelor Vârstnice, aprobată prin HG nr. 886/2000.

Ancheta socială se realizează de un colectiv format din 2 asistenți sociali din cadrul consiliului local sau a Direcției județene de muncă și protecție socială sau a Municipiului București sau a Direcției Generale de Asistență Socială, alături de care participă și un medic specialist al persoanei vârstnice, în situația în care aceasta este dependentă.

Pe baza analizei situației sociale, economice și medicale a persoanei vârstnice, prin ancheta socială se stabilește măsura de asistență socială justificată de situația de fapt constatată.

Așadar, **nevoile persoanelor vârstnice se evaluează prin anchetă socială** care conține informații cu privire la afecțiunile ce justifică îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții. Nevoile persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, care pot fi de natură medicală, socio-medicală, psihoafectivă, se stabilesc pe baza Grilei naționale de evaluare a

nevoilor persoanelor varstnice, care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență (HG nr. 886/2000).

Pentru evaluarea nevoilor persoanelor varstnice se utilizează Fișa de evaluare socio-medicală (geriatrică).

Dreptul la serviciile de asistență socială, la domiciliu și în instituții, se aprobă de către primar, pe baza anchetei sociale și a recomandărilor Grilei naționale de evaluare a gradului de dependență.

În funcție de rezultatele evaluării, persoana varstnică este recomandată pentru servicii de îngrijire în cămin sau alte tipuri de servicii. La momentul evaluării se va lua în considerare și dorința persoanei privind propria sa îngrijire.

7.3.Categoriile de servicii și prestații sociale

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

A. Prestatiile sociale de care beneficiază persoanele varstnice sunt : **ajutorul social** (Legea nr. 416/2001 privind venitul minim garantat cu modificările și completările ulterioare), **ajutoarele de urgență, ajutor pentru încălzirea locuinței** (O.U.G. nr. 5/2003 privind acordarea de ajutoare pentru încălzirea locuinței, precum și a unor facilități populației pentru plata energiei termice), **ajutorul în caz de deces** (Legea nr.263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice) și **ajutorul lunar acordat soțului supraviețuitor** (Legea nr. 578/2004 privind acordarea unui ajutor lunar pentru soțul supraviețuitor).

I.Conform O.U.G. nr. 57/27 mai 2009 nivelul lunar al **venitului minim garantat** a fost majorat , fiind de:

- a) 125 lei pentru persoana singură;
- b) 225 lei pentru familiile formate din 2 persoane;
- c) 313 lei pentru familiile formate din 3 persoane;
- d) 390 lei pentru familiile formate din 4 persoane;
- e) 462 lei pentru familiile formate din 5 persoane;
- f) câte 31 lei pentru fiecare altă persoană peste numărul de 5 persoane, care face parte din familie.

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

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

Limitele veniturilor și respectiv cele ale ajutoarelor acordate pentru acoperirea cheltuielilor pentru încălzirea locuinței pentru perioada sezonului rece 1 noiembrie 2008-31 martie 2009, aprobate prin Hg1286/2008, au fost menținute și în sezonului rece 1 noiembrie 2009-31 martie 2010, respectiv 1 noiembrie 2010-31 martie 2011, fiind următoarele:

Tabelul nr.59

Venit per familie sau persoană singură (lei)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței cu gaze naturale (lei)	Ajutor lunar acordat pentru încălzirea locuinței cu lemne, cărbuni, combustibili petrolieri (lei)
pana la 155	262	54
155,1 - 210	162	48
210,1 - 260	137	44
260,1 - 310	112	39
310,1 - 355	87	34
355,1 - 425	62	30
425,1 - 480	44	26
480,1 - 540	31	20
540,1 - 615	19	16

III.**Soțul supraviețuitor al unei persoane care, la data decesului, avea calitatea de pensionar**, după caz, în sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat sau în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori beneficiază, la cerere, în condițiile prevăzute de Legea nr. 578/2004 privind acordarea unui ajutor lunar pentru soțul supraviețuitor, cu modificările și completările ulterioare, de un ajutor lunar.

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

- a) este pensionar din sistemul public de pensii și are cel puțin vârsta standard de pensionare, prevăzută de Legea nr.263/2010 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare;
- b) nu beneficiază de pensie din alte sisteme neintegrate sistemului public;
- c) nu s-a recăsătorit după decesul soțului;
- d) durata căsătoriei cu soțul care a decedat a fost de cel puțin 10 ani;
- e) nu se află în una dintre situațiile prevăzute la art. 6 alin. (1) din Legea nr.263/2010, cu modificările și completările ulterioare;
- f) are domiciliul pe teritoriul **României**.

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

Conform H.G. nr. 69/23 iulie 2008 cuantumul acestui ajutor lunar este de:

- a) **113 lei lunar**, pentru soțul supraviețuitor care la data solicitării are cuantumul pensiei mai mic de 364 lei, în situația soțului supraviețuitor care beneficiază de pensie stabilită în baza prevederilor Legii nr.263/2010, sau stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, precum și în situația soțului supraviețuitor care beneficiază atât de pensie stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, cât și în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori;
- b) **44 lei lunar**, pentru soțul supraviețuitor care la data solicitării are cuantumul pensiei mai mic de 140 lei, în situația soțului supraviețuitor care beneficiază numai de pensie stabilită în fostul sistem al asigurărilor sociale pentru agricultori.

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

De asemenea, asiguratul sau pensionarul beneficiază de ajutor material în cazul decesului unui membru de familie aflat în întreținerea sa și care nu are un drept propriu de asigurări sociale. Ajutorul în caz de deces reprezintă jumătate din cuantumul convenit pentru decesul unei persoane care era asigurat sau pensionar. Ajutorul se suportă din bugetul asigurărilor sociale de stat și se acordă, la cerere, pe baza certificatului de deces. Pentru anul 2011, cuantumul ajutorului de deces se stabilește, în condițiile legii, în cazul pensionarului, la 2.022 lei prin art.16/Lege287/2010.

IV. Prestații destinate persoanelor cu handicap

Legea nr.448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap prevede acordarea unor prestații destinate atât adulților, cât și copiilor cu handicap, precum și familiilor care au în componența lor persoane cu handicap.

Adulții cu handicap vizual grav au primit în anul 2009 pentru plata însoțitorului o indemnizație echivalentă cu salariul net al asistentului social debutant cu studii medii din unitățile de asistență socială din sectorul bugetar, altele decât cele cu paturi (460 lei).

Pentru adulții cu handicap grav și accentuat s-a acordat o indemnizație lunară, indiferent de venituri, astfel:

- pentru adultul cu handicap grav: 202 lei,
- pentru adultul cu handicap accentuat: 166 lei.

Persoanele cu handicap grav, accentuat sau mediu au beneficiat de un buget personal complementar indiferent de venituri, astfel:

- adultul cu handicap grav: 91 lei,
- adultul cu handicap accentuat: 68 lei,
- adultul cu handicap mediu: 33,5 lei.

V. Alte prestații pentru vârstnici constau în :

- *Transferuri bănești către populație* (ajutoare materiale, ajutoare de urgență, indemnizații sau alte pensii decât cele provenite din sistemul de asigurări sociale);
- *Facilități diverse* care privesc, în special, asistența medicală fără contribuție, gratuități și compensări la medicamente, gratuități sau reduceri de costuri pentru tratament balnear, transport în comun sau interurban, abonamente radio-tv s.a.

B. Serviciile comunitare pentru vârstnici constau în :

I) îngrijirea temporară sau permanentă la domiciliu;

II) îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;

III) îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.

I) Serviciile comunitare acordate persoanelor vârstnice la domiciliu sunt:

a) *servicii sociale* privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;

b) *servicii socio-medicale* privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;

c) *servicii medicale*, sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

Serviciile comunitare de consiliere, în vederea prevenirii marginalizării sociale și pentru reintegrare socială, se asigură fără plata unei contribuții, ca un drept fundamental al persoanelor vârstnice, de către asistenții sociali.

II) Serviciile comunitare asigurate persoanelor vârstnice în instituțiile de tip rezidențial (cămine pentru persoane vârstnice, unități de asistență medico-sociale, centre de îngrijire și asistență , adăposturi) sunt:

a) *servicii sociale*, care constau în : ajutor pentru menaj, consiliere juridică și administrativă, modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă;

b) *servicii socio-medicale*, care constau în: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale;

c) *servicii medicale*, care constau în: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată, servicii de îngrijire-infirmerie, asigurarea medicamentelor, asigurarea cu dispozitive medicale, consultații și îngrijiri stomatologice.

III. Îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale, precum și altele asemenea.

a.Casele de îngrijire temporară, apartamentele și locuințele sociale se adresează vârstnicilor aflați în situații de criză care necesită adăpost temporar, vârstnicii aflați în situații conflictuale, expuși riscului victimizării, izolați din punct de vedere social și care nu-și cunosc drepturile și modul de a și le proteja. *Serviciile de care beneficiază persoanele vârstnice sunt* servicii medicale, de masă caldă, cazare și spălătorie, servicii de consiliere, asigurarea suportului emoțional, creșterea stimei de sine, medierea conflictelor, întregirea relațiilor familiale, întocmirea documentelor pentru obținerea drepturilor de protecție socială etc.

b.În centrele de zi sau cluburile pentru vârstnici se asigură masa caldă, servicii de consiliere psihologică, juridică, administrativă și se desfășoară activități de socializare, organizare de evenimente, invitarea unor personalități locale și specialiști în diverse domenii, ergoterapie - ateliere de creație, alte activități artistice și culturale (pictură, desen, dans, lecturarea unor cărți și a presei, vizionarea unor programe TV, poezie, dezbateri și prelegeri pe diverse teme etc). Principalul rol al acestor instituții este de a menține active persoanele vârstnice, de a preveni izolarea și marginalizarea lor socială, de a valorifica potențialul fiecărei persoane asistate și de a stimula

participarea, solidaritatea inter si intra-generationala. Activitatea din centrele de zi sau cluburile pentru varstnici se poate realiza cu specialisti din domenii precum psihologia, juridic, ergoterapia sau din sfera culturala, dar pot fi angajati si voluntari, in mare masura.

Principiile care stau la baza furnizarii serviciilor sociale de catre institutii sunt urmatoarele:

- a) respectarea drepturilor si a demnitatii omului;
- b) asigurarea autodeterminarii si a intimitatii persoanelor beneficiare;
- c) asigurarea dreptului de a alege;
- d) abordarea individualizata si centrarea pe persoane;
- e) participarea persoanelor beneficiare;
- f) cooperarea si parteneriatul;
- g) recunoasterea valorii fiecarei persoane;
- h) abordarea comprehensiva, globala si integrata;
 - i) orientarea pe rezultate;
 - j) imbunatatirea continua a calitatii;
- k) combaterea abuzului asupra persoanelor beneficiare, in cadrul institutiilor.

Institutiile au urmatoarele atribuții:

- a) asigura furnizarea serviciilor sociale in interesul beneficiarului si in baza contractului incheiat cu acesta;
- b) asigura furnizarea serviciilor sociale cu titlu permanent ori temporar, cu sau fara gazduire;
- c) asigura intretinerea si folosirea eficienta a bazei materiale si a bunurilor din dotare;
- d) intocmesc proiecte si programe proprii care sa asigure cresterea calitatii activitatii, potrivit politicilor si strategiilor nationale, județene si locale;
- e) organizeaza activitati de socializare in vederea relationarii beneficiarilor cu mediul exterior institutiilor;
- f) acorda sprijin si asistenta de specialitate in vederea prevenirii situatiilor care pun in pericol siguranta beneficiarilor;
- g) dezvoltă parteneriate si colaborează cu organizatiile, institutiile si orice forme organizate ale societății civile, in conditiile legii, in vederea diversificarii serviciilor sociale furnizate;
- h) asigura indeplinirea masurilor de aducere la cunostinta atat personalului, cat si beneficiarilor a prevederilor din regulamentul propriu de organizare si functionare;
- i) elaboreaza cartea drepturilor, specifica tipurilor de beneficiari carora li se adreseaza;
- j) instituie masuri de prevenire si combatere a traficului si consumului ilicit de droguri.

7.4. Finanțarea activităților de asistență socială

Finanțarea programelor de asistență socială adresate persoanelor vârstnice se realizează din fonduri provenite de la bugetele locale, dar și de la bugetul de stat sau din fonduri externe. Menționăm că, în funcție de categoria de servicii sociale, socio-medicale sau medicale activitatea de îngrijire la domiciliu poate fi suportată prin fonduri obținute în temeiul prevederilor Legii nr. 17/2000, Legii nr.34/1998 pentru categoria serviciilor sociale și socio-medicale sau pe bază de decont de la casa de sănătate județeană sau a municipiului București pentru serviciile medicale. Conform cadrului legal în vigoare, serviciile medicale la domiciliu pot fi decontate prin intermediul caselor de sănătate, pe baza unui dosar justificativ, care se aprobă în termen de minim o săptămână.

□ Comparând datele existente pe site-ul MMFPS referitor la subvențiile acordate pe baza Legii nr.34/1998, organizațiilor neguvernamentale a reușit o scădere a numărului de unități care desfășoară programe în interesul persoanelor vârstnice, respectiv de beneficiari, pentru anul 2010 comparativ cu 2009:

Tabelul nr.60

	2009	2010
Număr de organizații neguvernamentale	46	38
Număr de unități de asistență socială	112	97
Număr de beneficiari (persoane)	7.878	7.471
Sume acordate (lei)	8.150.539	8.343.056

Fondurile repartizate prin transferuri de la bugetul de stat sau local sunt utilizate de către organizații pentru:

- plata salariilor îngrijitorilor la domiciliu și a altor categorii de angajați;
- achiziționarea materialelor sanitare;
- achiziționarea produselor pentru masa la domiciliu, alte ajutoare materiale.

Situția serviciilor pentru persoane vârstnice acordate în anul 2009 (sursa M.M.F.P.S.)

Nr. crt	Tip unitate	Mod de organizare	Număr unități	Număr mediu beneficiari/pe lună	Capacitate	Număr cereri în așteptare	Finanțare (Sume cheltuite) lei			
							Buget local/județean	Buget de stat	Contribuții beneficiari	Alte surse
1.	Cămine persoane vârstnice	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului	41	1.940	2.304	606	42.702.549	579.790	5.182.000	1.461.337
		Consiliul Local	57	3.935	4.273	1.024	62.252.921	343.649	14.198.261	575.047
		Organizații neguvernamentale	51	1.504	1.690	1.096	546.844	1.879.703	9.668.969	Fonduri proprii ONG : 13.737.816 Fonduri externe: 2.273.544 Altele: 754.874
2.	Centre de de îngrijire și asistență ⁵⁰	Direcția Generală a Persoanelor cu Handicap- Ministerului Muncii, Familiei și Solidarității Sociale	102	6.931	7.280	-	129.966.474	44.667.646	17.441.833	Ajutoare, donații, sponsorizări: 1.808.735 Autofinanțare: 580.327 Alte surse: 2.806.395
3.	Centre de recuperare și reabilitare ⁵¹		83	7.563	7.581	-	163.666.084	33.342.736	7.720.333	Ajutoare, donații, sponsorizări: 953.042 Autofinanțare: 612.245 Alte surse: 965.660
4.	Centre de zi		6	1.329	1.830	-	1.197.367	-	-	-
5.	Locuințe protejate	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului	1	22	22	-	303.158	-	-	-
		Consiliul Local	2	34	55	-	369.901	-	67.418	-
		Organizații neguvernamentale	5	90	103	-	321.313	13.445	-	Fonduri proprii : 339.165
6.	Servicii de îngrijire și asistență la domiciliu	Organizații neguvernamentale	13.333 (toate categ. de benef.)	10.842	-	-	Sume total persoane vârstnice: 13.421.033			

⁵⁰ În cazul centrelor de îngrijire și asistență și al centrelor de recuperare și reabilitare, coloanele de finanțare se referă la veniturile totale primite – pe surse de proveniență , în unele cazuri acestea nefiind consumate integral, iar în alte cazuri sunt insuficiente, fiind suplimentate din alte surse.

⁵¹ Sunt incluse centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică și centrele de recuperare și reabilitare pentru persoane cu handicap

Analizând tabelul de mai sus rezultă că în prezent există un număr mai mare de beneficiari-persoane vârstnice – ai serviciilor de îngrijire la domiciliu, decât ai serviciilor în sistem rezidențial, aspect pe care îl apreciem pozitiv, dar care ar putea fi extins pentru a fi reprezentativ la nivel național și acoperitor pentru toate zonele țării. Totodată se observă costurile mult mai reduse ale serviciilor de îngrijire la domiciliu ceea ce reprezintă o pledoarie pentru extinderea lor coroborat cu toate celelalte beneficii în plan emoțional, al integrării sociale și menținerii unei vieți demne.

Potrivit datelor furnizate de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale în ” Buletin statistic în domeniul muncii și protecției sociale în anul 2009”, funcționează **149 cămine pentru persoane vârstnice** (41 în subordinea Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, 57 subordinea Consiliilor Locale și 51 înființate de organizații non-guvernamentale) care asigură asistență unui număr de 7.378 persoane vârstnice, **78 centre de zi** (6 în subordinea Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, 45 subordinea Consiliilor Locale și 27 înființate de organizații non-guvernamentale) în care sunt asistate 14.453 persoane vârstnice, **8 locuințe protejate pentru persoanele vârstnice** (1 în subordinea Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, 2 subordinea Consiliilor Locale și 5 înființate de organizații non-guvernamentale) **ce oferă adăpost** pentru **146** persoane vârstnice.

În subordinea Direcției Generale a Persoanelor cu Handicap au fost în anul 2009, **102 centre de îngrijire și asistență**⁵² în care au fost asistate **3.518** persoane vârstnice (65 ani și peste), reprezentând 50,8% din total persoane asistate (**6.931**) și **83 centre de recuperare și reabilitare**⁵³ în care au fost asistate 820 persoane vârstnice (65 ani și peste), reprezentând 10,8% din total persoane asistate (**7.563**).

7.5. Instituțiile publice

Statul își asumă responsabilitatea de realizare a măsurilor de asistență socială prevăzute prin legi speciale și asigură transferul atribuțiilor și al mijloacelor financiare necesare către autoritățile publice locale, serviciile publice descentralizate și societatea civilă.

Conform legislației în vigoare, asistența socială este în responsabilitatea instituțiilor publice specializate ale autorităților administrației publice centrale și locale și a organizațiilor societății civile. Pentru eficientizarea programelor de asistență socială trebuie promovate parteneriatele public – privat.

⁵² Aflate în coordonarea Direcției Generale, Protecția Persoanelor cu Handicap din cadrul Ministerului Muncii Familiei și Solidarității Sociale, în anul 2009

⁵³ Sunt incluse centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică și centrele de recuperare și reabilitare pentru persoane cu handicap

În cadrul Planului național al asistenței sociale (Legea nr.47/2006), Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale stabilește direcțiile prioritare în domeniu, fiind autoritatea care inițiază legile speciale în domeniul asistenței sociale și care urmărește aplicarea acestora la nivel central și local.

Instituțiile publice cu responsabilități în organizarea și furnizarea serviciilor sociale și socio-medicale pentru vârstnici, la nivel local sunt:

- *Direcțiile generale de asistență socială* prin intermediul serviciilor specializate pentru persoane vârstnice – la nivel județean și al sectoarelor municipiului București;
- *Agențiile teritoriale pentru prestații sociale, organizate la nivel județean și al municipiului București;*
- *Serviciile publice de asistență socială* organizate în cadrul consiliilor locale ale municipiilor, orașelor și comunelor.

Inspekția Socială, organ de specialitate al administrației publice centrale cu atribuții în domeniul implementării legislației în domeniu și al inspekției activității instituțiilor publice și private, responsabile cu furnizarea prestațiilor și serviciilor sociale a fost înființată în baza Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 130/2006 privind Inspekția Socială, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 211/2007, ale Hotărârii de Guvern nr. 1059/2007 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare al Inspekției Sociale. În prezent această instituție a fost comasată cu Inspekția Muncii, dar își continuă activitatea de control.

7.6.Societatea civilă

Organizațiile neguvernamentale asigură servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, cantina socială, farmacia socială, ajutoare materiale ocazionale, consiliere juridică, psihologică, administrativă. De asemenea, aceste organisme de asistență socială organizează instituții de tip rezidențial - adăposturi, centre sociale, cămine pentru persoane vârstnice -, servicii de urgență socială - ambulanța socială , centre de zi, farmacia socială. Totodată, își îndreaptă atenția asupra activităților de socializare - cluburi pentru vârstnici, organizează evenimente culturale etc.

Organizațiile neguvernamentale funcționează fie pe baza finanțării proprii (din surse interne sau externe - donații și sponsorizări) sau pe baza finanțării prin transferuri de la bugetul de stat sau local. Deoarece asigurarea fondurilor necesare pentru derularea programelor este o problemă importantă cu care se confruntă sectorul neguvernamental, cadrul legislativ a prevăzut încheierea de parteneriate public-privat (Legea nr. 34/1998 privind acordarea de subvenții asociațiilor și fundațiilor care înființează unități de asistență socială).

Lista organizațiilor neguvernamentale care desfășoară programe pentru persoanele vârstnice și care au primit subvenții pe baza Legii nr. 34/1998, în anul 2010, este prezentată în Anexa nr.39.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a promovat dialogul în raport cu organizațiile societății civile, în special cu cele care organizează programe de asistență socială și socio-medicală cât și pentru viața culturală și de agrement a vârstnicilor. Protocoalele de colaborare cu instituții având atribuții ce privesc protecția socială a persoanelor vârstnice cuprind obiectivele comune, modalitățile de realizare a acestora, compartimentele implicate în derularea acțiunilor, procedura de informare, contact și comunicare între părțile semnatare.

Prin încheierea de protocoale de colaborare cu Poliția de Proximitate, cât și cu o serie de organizații neguvernamentale (Fundatia „Crucea Alb-Galbenă”, Asociația Română „Alzheimer”, Comitetul de Binefacere „Icoana”, Fundația „Geron”, Fundația Culturală „MATCA 2000”, Fundația „Equilibre”, Fundația „Rațiu”, Fundația „Principesa Margareta”) etc s-au stabilit o serie de activități și scopuri comune, precum: organizarea unor întâlniri periodice pentru a stabili strategiile, politicile de acțiune și programele ce se vor desfășura privind asistența socio-medicală, protecția socială și viața spirituală; în perioada viitoare perfecționarea legislației existente în domeniul protecției sociale și a vieții spirituale; îmbunătățirea metodologiei de identificare a beneficiarilor pentru programele adresate persoanelor vârstnice; atragerea unor potențiali finanțatori ai programelor destinate vârstnicilor; derularea unor programe cu ocazia sărbătoririi în **România** a Zilei Internaționale a Vârstnicilor.

Pentru a întreține un contact permanent cu aceste organizații s-au desfășurat întâlniri cu reprezentanții acestor organizații neguvernamentale, ocazii cu care au avut loc schimburi de informații referitor la acțiunile realizate și pentru organizarea unor acțiuni comune.

În scopul sprijinirii vârstnicilor aflați în dificultate și pentru intensificarea acțiunilor privind viața morală și spirituală a acestora s-au încheiat protocoale cu Mitropolia Banatului, Mitropolia Moldovei și Bucovinei, Arhiepiscopia Bucureștilor, Arhiepiscopia Tomisului, Arhiepiscopia Craiovei, potrivit cărora s-a acționat în sprijinul vârstnicilor aflați în dificultate (masă caldă, asistență medicală, sprijin material, servicii bisericești etc).

7.7.Îngrijirile de sănătate

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

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

7.7.1.Situația în țările Uniunii Europene

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

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

Asigurarea rolului de îngrijire de către instituții sau societatea civilă va căpăta o importanță crescută. Este vorba de servicii la domiciliu, asistarea persoanelor vârstnice, locuințe amenajate pentru nevoile persoanelor vârstnice.

Din punct de vedere al sănătății publice și al sarcinii sociale, este importantă determinarea numărului de persoane care vor avea nevoie de ajutor în viitor, dar acest lucru este dificil de realizat.Va crește așadar importanța îngrijirilor formale sau informale ca și impactul tehnicii moderne asupra prelungirii vieții în bună stare de sănătate și a păstrării autonomiei chiar în caz de infirmitate.

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

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

Îngrijirile de lungă durată sunt necesare pentru persoane care depind de ajutor pentru realizarea activităților zilnice,precum :mâncare,îmbrăcare,așezare în pat/ridicare din pat sau folosirea toaletei.

Îngrijirile de lungă durată sunt furnizate informal de familie sau prieteni – în principal de către soții, fiice sau fiice vitrege și formal de către asistenți sociali care sunt plătiți pe bază de contract de angajare.

Pentru a fi considerate informale, îngrijirile de lungă durată nu pot fi plătite ca orice serviciu obișnuit, chiar dacă furnizorii lor pot primi transferuri bănești, iar uneori, posibil, plăți informale de la persoanele care primesc îngrijirea.

Îngrijirea formală este furnizată acasă sau într-o instituție (cum ar fi centrele de îngrijire și asistență).

Guvernele majorității Statelor Membre sunt implicate în furnizarea și finanțarea serviciilor de îngrijire de durată, sau ambele, deși natura sau gradul de întindere al acestei implicări diferă semnificativ între Statele Membre. În viitor, cererea din partea populației pentru servicii formale este probabil să crească substanțial. Nevoia de îngrijiri de lungă durată crește exponențial în intervalul de vârstă 75-85 ani (OECD, 2005). Numărul persoanelor care ating 80 ani și peste crește mai repede decât al oricărui segment de populație în toate Statele Membre și se va tripla⁵⁴ (2,63 ori) în 2060 față de 2010, conform proiecției populației EUROPOP2008⁵⁵.

O populație îmbătrânită va exercita o presiune puternică de creștere a cheltuielilor publice de îngrijire pe termen lung. Aceasta din cauza fragilității și riscului de dizabilitate, specifice vârstelor avansate, în special celor foarte bătrâni (80 ani și peste). Este de așteptat creșterea numărului de vârstnici care au nevoie de îngrijire, deoarece creșterea longevității va determina expansiunea numărului și proporției celor în vârstă.

O populație îmbătrânită este de așteptat să genereze presiuni asupra resurselor responsabile pentru furnizarea serviciilor de îngrijire pe termen lung pentru vârstnice fragile, iar procentul îngrijirilor de lungă durată se așteaptă să crească în viitor.

⁵⁴ De la 23.294.998 persoane de 80 ani și peste în 2010 la 61.352.004 persoane de 80 ani și peste în 2060.

⁵⁵ Proiecția populației are ca scop furnizarea de informații despre viitoarea structură a populației ca total și pe grupe de muncă. Ultimul scenariu de proiecție a populației EU-27, EUROPOP2008 se bazează pe anumite scenarii de fertilitate, mortalitate și migrație. În particular, scenariile au fost dezvoltate sub conceptul de convergență a valorilor demografice, ca rezultat al reducerii diferențelor socio-economice și culturale între diverse State Membre. Acest scenariu este folosit la nivel de bază în analizele Comisiei Europene asupra impactului îmbătrânirii asupra cheltuielilor publice.

7.7.2.Situatia cheltuielilor publice pentru ingrijirile de lunga durata, in tarile Uniunii Europene

În proiecțiile privind cheltuielile cu îngrijirile pe termen lung, este important de reținut că gradul în care fiecare Stat Membru se bazează pe furnizarea informală a îngrijirii către vârstnici nu este reflectat în cheltuielile publice. Câteva State Membre se bazează puternic pe îngrijirile de lungă durată informale și de aceea cheltuielile lor cu îngrijirile de lungă durată formale sunt corespunzător mici, pe când alte State Membre furnizează servicii publice formale lărgite, vârstnicilor și care alocă proporții semnificative din PIB pentru a susține politicile lor.

Presiunile pentru creșterea cheltuielilor publice, respectiv pentru finanțarea mai multor servicii de îngrijire pe termen lung, se poate mări substanțial în deceniile următoare, mai ales în țările în care îngrijirile pe termen lung sunt în mod curent furnizate informal. Aranjamentele instituționale pentru furnizarea și finanțarea îngrijirilor de lungă durată, de către sectorul public vor genera o puternică presiune în viitor, deoarece disponibilitatea îngrijitorilor informali și înclinația lor pentru a furniza sprijin s-ar putea diminua, datorită schimbărilor în structura familiei și datorită participării femeilor pe piața forței de muncă care ar putea reduce sprijinul informal pe care acestea îl furnizează în cadrul familiilor. Creșterea speranței de viață poate însă genera un surplus de sprijin informal din partea copiilor, deja pensionari către părinții aflați la vârste avansate.

Pentru a evidenția impactul schimbărilor probabile în politicile viitoare prin care Statele Membre ar putea decide să furnizeze mai mult sprijin formal vârstnicilor au fost elaborate mai multe scenarii.

Într-un scenariu –“referință” proiectat de Ageing Working Group (AWG) și bazat pe politicile actuale, cheltuielile publice cu îngrijirile pe termen lung, sunt proiectate să **crească** cu 1,3% în anul 2060 față de anul 2007, la nivelul UE-27, iar la nivelul Statelor Membre creșterile vor oscila între Portugalia – 0,1%, Bulgaria- 0,2%, și Ungaria-0,3%, până la Suedia -2,5%, Finlanda -2,7% și Olanda-5,1%. (Anexa nr.40)

În anul 2007, procentul alocat din PIB cheltuielilor publice cu îngrijirile pe termen lung, a variat de la 0,1% – Portugalia, 0,1%– Estonia, 0,2% – Slovacia, până la 1,8% - Finlanda, 3,4% - Olanda, 3,5%- Suedia. În anul 2060, evoluția acestui procent va fi de la 0,1%– Estonia, 0,2%- Portugalia, 0,4% - Bulgaria până la 4,5%- Finlanda, 6,0% - Suedia, 8,5% - Olanda.

Modificările prevăzute în cheltuielile publice cu îngrijirile pe termen lung, sunt foarte diverse, reflectând diferite abordări privind furnizarea/finanțarea de îngrijire formală. Statele Membre cu creșteri foarte mici prognozate pentru acest indicator, au și în prezent procente foarte mici ale cheltuielilor din PIB alocate îngrijirilor pe termen lung. Toate proiecțiile cheltuielilor legate de îmbătrânire sunt mici în aceste țări, deoarece cetățenii lor în vârstă care au nevoie de îngrijiri se bazează de obicei pe îngrijiri informale.

Având în vedere că nivelul inițial al cheltuielilor publice cu îngrijirile pe termen lung, determină în mare măsură evoluția vitoare, creșterea procentului alocat din PIB acestor cheltuieli, în termeni relativi, în anul 2060 față de anul 2007, ilustrează mai bine gradul de provocare cu care vor confrunta Statele Membre. Astfel, acest indicator va oscila de la 64,3% - Franța, 71.4%- Suedia, 75.0% - Marea Britanie, până la 200,0% - Slovacia, 200,0% – Spania, 250,0%.

Prognoza pentru anul 2060 și-a propus să includă un număr cât mai mare de variabile care afectează cheltuielilor publice cu îngrijirile de durată, asigurându-se însă, că cea mai mare parte a Statelor Membre dispun de aceste date – disponibilitatea datelor influențând semnificativ elaborarea metodologiei prognozei. Concret, metodologia pe baza căreia este elaborată proiecția își propune să analizeze impactul asupra cheltuielilor publice cu îngrijirile de durată, a schimbărilor cu privire la:

- numărul viitor de persoane vârstnice, estimat pe baza evoluției structurii populației în diferitele scenarii de prognoză;
- numărul viitor de persoane vârstnice dependente, estimat pe baza evoluției ratelor de dependență ale acestora în diferitele scenarii de prognoză;
- ponderea cheltuielilor cu îngrijirile formale față de cele cu îngrijirile informale;
- ponderea cheltuielilor cu îngrijirile la domiciliu față de cele cu îngrijirile în instituții, în sistemul de îngrijiri formale;
- costul mediu al îngrijirilor pe persoană, funcție de modul de furnizare (în instituții sau la domiciliu).

Procentul alocat din PIB cheltuielilor publice cu îngrijirile pe termen lung este influențat, în principal, de evoluția ratelor de dependență pentru persoanele vârstnice. Totuși această influență trebuie analizată cu prudență, deoarece rata de dependență este un indicator al nevoii de îngrijire, iar în mod curent, îngrijirile de lungă durată sunt furnizate informal, pe când cheltuielile publice includ doar îngrijirile formale.

Evidențele actuale indică că îmbătrânirea populației și extinderea duratei vieții este de așteptat să conducă la creșterea numărului de persoane vârstnice cu dizabilități și în nevoie de îngrijiri de durată, de aceea nu ar fi prudent pentru decidenții politici să anticipeze reducerea procentului alocat din PIB acestor cheltuieli, pe baza unei tendințe inverse, de posibilă reducere în viitor a ratelor de dependență pentru persoanele vârstnice.

7.7.3. Numarul de persoane varstnice dependente, pe tipuri de dependentă în țările Uniunii Europene

Numarul absolut al persoanelor varstnice (65 ani și peste) care pot avea nevoie de îngrijiri de lungă durată, pentru anul 2007, este estimat pe baza ratelor de dependentă. Pentru calculul ratelor de dependentă, respectiv gradul în care persoanele varstnice sunt afectate de dizabilități, în anchete sunt puse întrebări privind incapacitatea de a desfășura una sau mai multe activități zilnice. Ratele de dependentă sunt extrase din ancheta SHARE desfășurată în 12 țări membre UE-27 (Austria, Germania, Suedia, Olanda, Spain, Italia, France, Danemarca, Grecia, Belgia, Cehia, Polonia) și pentru restul Statelor Membre, din Anchetele asupra Veniturilor și Condițiilor de Viață, realizate de birourile naționale de statistică și colectate apoi de Eurostat.

Așa cum s-a menționat, metodologia de calcul a proiecției (2060) procentului alocat din PIB pentru cheltuielile publice cu îngrijirile pe termen lung (variabilă endogenă sau dependentă), cuprinde și calculul numărului persoanelor varstnice dependente - una din variabilele independente (exogene). La rândul lui, numărul persoanelor varstnice dependente – este determinat pe baza ratelor de dependentă, care cuprind strict persoanele ale căror dizabilități necesită furnizarea serviciilor de îngrijire.

Au fost considerate 3 tipuri de îngrijiri, atât pentru prezent (2007), cât și în prognoză (2060):

- (i) îngrijire formală în instituții;
- (ii) îngrijire formală la domiciliu;
- (iii) îngrijire informală.

Așa cum se observă din Anexa nr.41, numărul de varstnici dependenți va exploda la nivelul UE-27, fiind mai mult decât dublu în anul 2060, respectiv cu 114,8% în plus față de 2007, pe total, iar pe tipuri de îngrijiri, creșterea în termeni relativi în anul 2060 față de anul 2007 este repartizată astfel - îngrijire formală în instituții – 185,3%, îngrijire formală la domiciliu – 149,3% și îngrijire informală – 83,9%. Se observă că la nivelul UE-27, cea mai importantă parte a plusului de varstnici dependenți se va orienta către îngrijirile informale, cu precădere în instituții, apoi la domiciliu, cei mai puțini dintre ei vor opta pentru îngrijirile informale.

Pe tipuri de îngrijiri, țările care vor ocupa primele 10 poziții, din punct de vedere al creșterii relative a numărului de varstnici dependenți, în anul 2060 față de 2007, vor fi: (tabelul nr.62)

Tabelul nr.62

%

Nr crt	Țara	Total	Țara	îngrijire formală în instituții	Țara	îngrijire formală la domiciliu	Țara	îngrijire informală
1	Irlanda	311,8	Spania	537,8	Spania	649,7	Cipru	281,3
2	Cipru	282,9	Irlanda	391,3	Irlanda	367,5	Irlanda	176,7
3	Luxemburg	242,9	Luxemburg	366,7	Luxemburg	325,0	Slovacia	170,2
4	Malta	200,0	Cipru	300,0	Slovacia	222,6	Cehia	150,4
5	Slovacia	177,0	Grecia	225,0	Malta	200,0	Luxemburg	142,9
6	Spania	173,3	Olanda	223,6	Polonia	178,4	Polonia	133,5
7	Cehia	167,3	Portugalia	220,0	Cehia	172,6	România	123,1
8	Olanda	154,3	Cehia	203,9	Portugalia	163,8	Italia	100,7
9	Grecia	141,9	Malta	200,0	Grecia	153,4	Lituania	84,9
10	Polonia	141,0	Belgia	195,8	România	150,7	Slovenia	82,7

Fără schimbări în deciziile politice, va apare o discrepanță între numărul de persoane vârstnice cu dizabilități, în nevoie de îngrijire și oferta actuală de servicii de îngrijire formale. Pe măsură ce fenomenul îmbătrânirii se va accelera, discrepanța se va lărgi, deoarece schimbările din cadrul structurii pe grupe de vârstă a familiilor și creșterea continuă a participării femeilor pe piața forței de muncă vor reduce potențialul de servicii de îngrijire informală din cadrul gospodăriilor și a familiilor.

Statele Membre care au sisteme formale de îngrijire a persoanelor vârstnice puternic dezvoltate, (2007), sunt prezentate în tabelul nr.63. Ele își vor păstra, cu mici modificări, pozițiile de lider și în 2060, cu procente chiar și mai mari, conform tabel nr.63.

Tabelul nr.63

Nr.crt	Țara	2007			Țara	2060		
		%vârstnici îngrijiți formal din total	din care:			%vârstnici îngrijiți formal din total	din care:	
			în instituții	la domiciliu			în instituții	la domiciliu
1	Danemarca	100	36,6	63,4	Danemarca	100,0	43,6	56,4
2	Malta	100	22,2	77,8	Malta	100,0	22,2	77,8
3	Olanda	100	31,8	68,2	Olanda	100,0	40,4	59,6
4	Suedia	100	35,6	64,4	Suedia	100,0	39,6	60,4
5	Grecia	70,5	22,4	48,1	Grecia	80,5	30,1	50,4
6	Austria	69,0	23,5	45,5	Austria	79,4	30,3	49,1
7	Irlanda	67,7	24,7	43,0	Irlanda	78,3	29,5	48,8
8	Franța	66,5	24,4	42,1	Franța	72,5	26,9	45,6
9	Belgia	54,5	25,9	28,6	Belgia	67,2	35,7	31,5
10	Luxemburg	50,0	21,4	28,6	Luxemburg	64,6	29,2	35,4

Pentru țările cu sisteme de îngrijiri formale mai puțin dezvoltate, în prezent (2007), procentul alocat din PIB cheltuielilor publice în viitor (2060), cu îngrijirile pe termen lung, va putea absorbi doar parțial presiunea asupra finanțelor publice generată de sporirea cererii pentru îngrijiri formale,

fiind deci nevoie de intervenția sectorului privat sau de majorarea acestui procent. De asemenea, dacă îngrijirile formale vor fi acordate mai mult în instituții decât la domiciliu, costul total al îngrijirilor formale va spori, deoarece costul mediu al îngrijirilor pe persoană, în instituții este mai ridicat decât la domiciliul beneficiarului - deoarece persoanele instituționalizate au, în medie, un grad mai mare de dependență și beneficiază în mod curent de un set complet de servicii, de la cazare și hrană la îngrijire medicală, pe când persoanele îngrijite la domiciliu beneficiază de un număr limitat de servicii.

Îmbunătățirea stării de sănătate poate reduce gradul de dependență în rândul persoanelor vârstnice și poate determina decizii politice care să favorizeze prestările de îngrijiri formale la domiciliu mai degrabă decât în instituții, contribuindu-se astfel, ori de câte ori e posibil, la moderarea creșterii prognozate a cheltuielilor publice cu îngrijirile pe termen lung.

Țările în care vârstnicii sunt îngrijiți preponderent informal sunt prezentate în tabelul nr.64. Ele își vor păstra, cu mici modificări (Spania e înlocuită de **România**), pozițiile de lider în acest clasament și în 2060, conform tabel nr.64.

Tabelul nr.64

Nr.crt	Țara	2007 % vârstnici îngrijiți informal din total	Țara	2060 % vârstnici îngrijiți informal din total
1	Cipru	91,4	Cipru	91,0
2	Letonia	89,4	Letonia	87,8
3	Bulgaria	88,5	Slovacia	84,9
4	Estonia	87,7	Bulgaria	84,8
5	Slovacia	87,0	Estonia	84,8
6	Ungaria	85,5	Ungaria	82,9
7	Polonia	83,1	Polonia	80,5
8	Lituania	79,6	Italia	78,5
9	Italia	79,2	Lituania	77,4
10	Spania	79,1	România	74,1

Printre statele cu un sistem formal mai puțin dezvoltat (procent mare al vârstnicilor dependenți îngrijiți informal) se numără și România.

Situația persoanelor vârstnice dependente din **România**, din punct de vedere al creșterii procentuale (2060/2007) și al structurii, în prezent (2007) și în viitor (2060), pe tipuri de îngrijiri, este evidențiată în tabelul următor:

Tabelul nr.65

	Total		Formal- instituții		Formal - domiciliu		Informal	
	(%)	poziție	(%)	poziție	(%)	poziție	(%)	poziție
(+) 2060/2007	130,4	11	159,8	15	150,7	10	123,1	7
2007	100,0	X	8,5	20	15,0	18	76,5	11
2060	100,0	X	9,5	18	16,4	18	74,1	9

Se desprinde în principal concluzia că și peste decenii, **România** își va păstra modelul tradițional actual de îngrijire a vârstnicului în cadrul familiei, în defavoarea instituționalizării acestuia, situație fundamentată pe de o parte pe perpetuarea de-a lungul generațiilor a respectului față de vârstnici și pe preferința acestora pentru îngrijiri în cadrul familiei, iar pe de altă parte pe procentul extrem de mic al cheltuielilor publice alocate din PIB îngrijirilor de durată, reflectat și în slaba dotare a celor mai multe din instituțiile publice cu specific de ocrotire a persoanelor vârstnice.

7.7.4. Gradul de acord/dezacord ale cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene privind oportunitatea îngrijirii vârstnicului în sistem centralizat față de îngrijirea în familie

Date centralizate, pe țări membre UE-27, din Eurobarometrul--"Expectations of European citizens regarding the social reality in 20 years' time", Analytical Report, Mai, 2008, Flash Eurobarometer 227 – The Gallup Organization, privind gradul de acord/dezacord al cetățenilor, la afirmația "Pe termen lung (20 ani) - Ponderea principală a îngrijirii vârstnicilor trebuie să rămână în sarcina societății privită ca un întreg mai mult decât în sarcina familiilor individuale", relevă următoarea situație (Anexa nr.42):

- pentru acord total, pe primele poziții se situează: Italia (52,3%), Marea Britanie (49,9%), Finlanda (47,1%), iar pe ultimele Germania (17,0%), Olanda (15,7%), Malta (12,3%);
- pentru acord, pe primele poziții se situează: Malta (71.4%), Olanda (69.9%), Cipru (68.6%), iar pe ultimele **România** (34,8%), Marea Britanie (34,6%), Italia (30,8%);
- pentru acord total și acord (însumate), pe primele poziții se situează: Finlanda (92,1%), Slovenia (90,3%), Portugalia (89,6%), iar pe ultimele Cehia (71,0%), **România** (68,1%), Ungaria (65,1%);
- pentru dezacord total, pe primele poziții se situează: **România** (7,4%), Bulgaria (6,6%), Austria (5,0%), iar pe ultimele Estonia (0,6%), Portugalia (0,5%), Cipru (0,3%), Olanda(0,3%);
- pentru dezacord, pe primele poziții se situează: Ungaria (25.4%), **România** (30,0%), Polonia (20,0%), iar pe ultimele Slovenia (6,8%), Portugalia (6,5%), Finlanda (6,0%);
- pentru dezacord total și dezacord (însumate), pe primele poziții se situează: Ungaria (30.0%), **România** (28,0%), Cehia (24.3%), iar pe ultimele Slovenia (7,8%), Portugalia (7,0%), Finlanda (6,7%).

Se observă poziția fruntașă a **României**, cu 7,4% din respondenți, la varianta dezacord total, respectiv locul al doilea - 28,0% la cele 2 variante însumate dezacord total și dezacord, ceea ce semnifică faptul că o parte importantă din cetățenii români nu agreează ideea **îngrijirii vârstnicului**

în instituții specializate, preferând păstrarea lui în familie, în perspectiva următorilor 20 ani, fapt confirmat și de pozițiile superioare deținute de **România** în procentul persoanelor vârstnice îngrijite informal - prezent, 2007 (poziția 11, cu 76,5% - din total vârstnici dependenți), - prognoză 2060 (poziția 10, cu 74,1% - din total vârstnici dependenți).

7.7.5. Opinii ale cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene privind gradul de dependență și sistemele de îngrijiri de lungă durată

Din Eurobarometrul "Health and long-term care in the European Union", perioadă de înregistrare: mai – iunie 2007, publicație: decembrie 2007, am extras următoarele tabele, la nivelul UE-27 și pentru populația vârstnică:

a) Gradul de limitare (pentru cel puțin ultimele 6 luni), în activitatea desfășurată în mod normal, datorită condiției fizice și psihice.

Tabelul nr.66
%-din total grupa de vârstă

Nivel/Grupa de vârstă	Limitări severe	Oarecum limitări	Deloc limitat	Non-raspuns
UE-27	6	17	76	1
65-74	3	31	59	7
75-84	16	41	43	0
85 plus	29	45	25	1

b) Sarcini greu de îndeplinit în gospodărie datorită stării mentale sau fizice, pe grupe de vârstă.

Tabelul nr.67
%-din total grupa de vârstă

Felul sarcinii	Nivel/Grupa de vârstă			
	UE-27	65-74	75-84	85 plus
Sarcini ocazionale, cu grad mare de dificultate	13	25	40	55
Cumpărături	7	12	22	35
Gătit/prepararea mâncării	4	4	9	20
Ridicarea/așezarea din pat/scaun	4	6	8	14
Sarcini cu grad mic de dificultate	4	5	12	21
Baie sau duș	3	5	9	15
Grija finanțelor sau a sarcinilor administrative de zi cu zi	3	4	8	13
Deplasarea în interiorul locuinței	3	4	6	15
Îmbrăcarea și dezbrăcarea	3	5	5	10
Folosirea toaletei	1	1	3	5
Administrarea medicației	1	2	3	6
Administrarea hranei	1	1	2	4
Folosirea telefonului	1	1	2	6

c) Situația centralizată (UE-27) a variantelor de răspuns la următoarea întrebare: "Vă așteptați ca la un anumit moment, de-a lungul vieții dvs, pentru o perioadă îndelungată, să ajungeți să depindeți de ajutorul celorlalți datorită condiției fizice sau psihice?"

Tabelul nr.68
%-din total grupa de vârstă

Nivel/Grupe de vârstă	Vă gândiți la asta ca la ceva inevitabil	Vă gândiți la asta ca la ceva probabil	Vă gândiți la asta ca la ceva improbabil, dar nu excludeți posibilitatea	Sunteți aproape sigur ca nu veți deveni dependent	Sunteți deja dependent de ajutorul celorlalți	Non-raspuns
UE-27	13	32	29	9	2	15
65-74	21	35	24	5	2	13
75-84	24	37	19	4	5	11
85 plus	31	27	13	3	11	15

d) Situația centralizată (UE-27) a variantelor de răspuns la următoarea întrebare: "Cum vă simțiți față de ideea de a deveni dependent într-o zi de ajutorul celorlalți? (întrebare adresată celor care nu sunt în prezent dependenți)."

Tabelul nr.69
%-din total grupa de vârstă

Nivel/Grupe de vârstă	Foarte îngrijorat	Destul de îngrijorat	Nu prea îngrijorat	Deloc	Non-raspuns
UE-27	21	33	27	16	3
65-74	28	38	23	10	1
75-84	24	34	26	13	3
85 plus	20	41	24	14	1

e) Situația centralizată (UE-27) a măsurilor posibile de întreprins pentru a evita apariția situației de dependență sau pentru a ameliora efectele dacă aceasta a apărut și repartizarea procentuală în funcție de intenția de a lua aceste măsuri în viitor.

Tabelul nr.70
%

Felul măsurii	Nivel/Grupa de vârstă					
	Au luat deja masurile		Ar trebui sa le ia	Intenționează să le ia	Nu au nici o intenție să le ia	Non-raspuns
	UE-27	55 plus	UE-27			
Economisirea de bani sau încheierea unei asigurări pentru a primi îngrijire în viitor	24	34	18	15	36	7
V-ați sfatuit cu soțul /soția sau partenerul dumneavoastră, copiii dumneavoastră, alte rude sau prieteni apropiați cu privire la posibilele nevoi din viitor	18	30	17	15	43	7
V-ați adaptat locuința sau v-ați mutat în alta mai convenabilă pentru o persoană mai puțin autonomă	7	12	12	13	59	9
Ați consultat doctorul sau serviciile sociale cu privire la posibilele nevoi din viitor	6	12	14	12	60	8
Vizitați instituții de îngrijire sau îngrijitori profesioniști care ar putea avea grijă în viitor de dvs	4	34	9	9	70	8

f) Procentul cetătenilor UE-27 care și-au exprimat acordul sau dezacordul în legătură cu următoarele afirmații(atitudini privind îngrijirea persoanelor vârstnice dependente):

Tabelul nr.71
%

Afirmații	Acord	Dezacord	Non-raspuns
Autoritățile publice ar trebui să ofere îngrijire la domiciliu și/ sau un centru de plasament pentru persoanele în vârstă care au nevoie	93	5	2
Din timp în timp, statul ar trebui să plătească pentru îngrijitorii profesioniști să preia sarcinile îngrijitorilor din familie, astfel încât îngrijitorii de familie să poată lua o pauză	91	6	3
Statul ar trebui să plătească un venit pentru cei care trebuie să renunțe la serviciu sau să își reducă norma de lucru pentru a îngriji o persoană dependentă	89	8	3
Fiecare persoană ar trebui să fie obligată să contribuie la un sistem de asigurare care va finanța îngrijirea dacă și atunci când este nevoie	70	24	6
Copiii ar trebui să plătească pentru îngrijirea părinților lor, în cazul în care venitul părinților lor nu este suficient	48	48	4
Serviciile de îngrijire ar trebui să fie furnizate de către rudele apropiate ale persoanei dependente, chiar dacă asta înseamnă că au să-și sacrifice cariera într-o oarecare măsură	37	58	5
Dacă o persoană devine dependentă și nu poate plăti pentru îngrijire din venituri proprii, apartamentul sau casa sa ar trebui să fie vândute sau închiriate pentru a suporta plata îngrijirii	25	70	5

g) Procentul cetătenilor (UE-27) care și-au exprimat acordul sau dezacordul în legătură cu următoarele afirmații (atitudini privind situația persoanelor vârstnice dependente):

Tabelul nr.72
%

Afirmații	Acord	Dezacord	Non-raspuns
Persoanelor dependente trebuie să se bazeze mai mult pe rudele lor	71	22	7
Personalul specializat de îngrijire al persoanelor vârstnice dependente este foarte dedicat și face o treabă excelentă	59	24	17
Multe persoane vârstnice dependente devin victime ale abuzurilor celor care ar trebui să aibă grijă de ei (rude sau îngrijitorii profesioniști)	55	30	15
Instituții, cum ar fi casele de îngrijire medicală oferă un standard de îngrijire insuficient	45	33	22
Servicii profesionale de îngrijire la domiciliu sunt disponibile la un cost accesibil	31	46	23

h) Situația centralizată (UE-27) a gradului de risc la care sunt expuse persoanele vârstnice dependente, în următoarele cazuri

Tabelul nr.73
%

	Nici un risc sau puțin risc	risc destul sau risc mare	Non-raspuns
Condiții neadecvate de locuit	23	70	7
Lipsă de atenție la nevoile fizice	25	67	8
Abuz asupra proprietății persoanei dependente	25	67	8
Deteriorarea sănătății datorită îngrijirii inadecvate	26	66	8
Abuz psihologic	27	64	9
Abuz fizic	38	52	10
Abuz sexual	55	31	14

Din Eurobarometrul "Health and long-term care in the European Union", perioadă de înregistrare: mai – iunie 2007, publicație: decembrie 2007, am extras Anexele nr.43-52, la nivelul UE-27 și la nivelul Statelor Membre, cu următoarele concluzii :

I. Atitudini privind îngrijirea persoanelor vârstnice dependente

1.Cea mai bună opțiune pentru părinții vârstnici(dependenți). Aproape o treime din cetățenii UE-27, consideră că cea mai bună opțiune pentru părinții vârstnici este "ca unul din copii să locuiască cu ei" (30,0%)(Anexa nr.43), urmată de – "furnizorii de servicii publice sau private ar trebui îi viziteze acasă și să le ofere ajutor și îngrijire corespunzătoare"(27,0%), "unul din copiii lor ar trebui să îi viziteze în mod regulat acasă, în scopul de a le oferi îngrijirea necesară"(24,0%) și "ar trebui să se mute la azil" (10,0%).

Opiniile privitor la opțiunea – "unul din copii să locuiască cu persoana vârstnică care nu mai poate trăi singură", variază puternic de la țară la țară, în parte ca rezultat al diferențelor culturale în relațiile de rudenie tradiționale între statele Uniunii Europene. Astfel, cele mai multe adeziuni la această opțiune sunt în Polonia(59,0%), Portugalia(59,0%) și **România**(56,0%) la cele mai mici în Finlanda(7,0%), Suedia(4,0%) și Olanda(4,0%).

Acordul privitor la opțiunea – "furnizorii de servicii publice sau private ar trebui îi viziteze acasă și să le ofere ajutor și îngrijire corespunzătoare",variază de la cele mai mari în Suedia (60,0%), Danemarca (58,0%) și Olanda (52,0%) la cele mai mici în Lituania (10,0%), Polonia (7,0%) și Portugalia (7,0%).

Acordul privitor la opțiunea – " unul din copiii lor ar trebui să îi viziteze în mod regulat acasă, în scopul de a le oferi îngrijirea necesară",variază de la cele mai mari în Grecia (38,0%), Ungaria (35,0%) și Estonia (31,0%), la cele mai mici în Slovenia (17,0%), Danemarca (15,0%) și Suedia (13,0%)(un ecart mai mic).

Acordul privitor la optiunea – ”ar trebui să se mute la azil”, variaza de la cele mai mari în Slovenia (32,0%), Malta (25,0%) și Suedia (20,0%), la cele mai mici în Polonia (3,0%), Portugalia (3,0%) și Grecia (2,0%).

2.Atitudini în ceea ce privește îngrijirea persoanelor în vârstă - din lista de posibilități prezentată în tabelul nr-71,am ales pentru analiza la nivelul Statelor Membre următoarele opțiuni – *“Fiecare persoană ar trebui să fie obligată să contribuie la un sistem de asigurare care va finanța îngrijirea dacă și atunci când este nevoie”*(70,0% acord, 24,0% dezacord,UE-27), (Anexa nr.44),*“Copiii ar trebui să plătească pentru îngrijirea părinților lor, în cazul în care venitul părinților lor nu este suficient”* (48,0% acord, 48,0% dezacord,UE-27),(Anexa nr.45),*“Dacă o persoană devine dependentă și nu poate plăti pentru îngrijire din venituri proprii, apartamentul sau casa sa ar trebui să fie vândute sau închiriate pentru a suporta plata îngrijirii”* (25,0% acord, 70,0% dezacord,UE-27), (Anexa nr.46).

Acordul privitor la optiunea –*“Fiecare persoană ar trebui să fie obligată să contribuie la un sistem de asigurare care va finanța îngrijirea dacă și atunci când este nevoie”*, variaza de la cele mai mari în Luxemburg (86,0%), Grecia (85,0%) și Belgia (85,0%) la cele mai mici în Portugalia (51,0%), Danemarca (42,0%) și Finlanda (41,0%)(Anexa nr.44).

Acordul privitor la optiunea –*“Copiii ar trebui să plătească pentru îngrijirea părinților lor, în cazul în care venitul părinților lor nu este suficient”*, variaza de la cele mai mari în Grecia (78,0%), Bulgaria (72,0%) și Lituania (70,0%) la cele mai mici în Olanda (22,0%), Suedia (15,0%) și Danemarca (12,0%)(Anexa nr.45).

Acordul privitor la optiunea –*“ Dacă o persoană devine dependentă și nu poate plăti pentru îngrijire din venituri proprii, apartamentul sau casa sa ar trebui să fie vândute sau închiriate pentru a suporta plata îngrijirii”*, variaza de la cele mai mari în Slovenia (52,0%), Spania (35,0%) și Austria (34,0%) la cele mai mici în Suedia (16,0%), Finlanda (15,0%) și Cipru (7,0%)(Anexa nr.46).

3.Atitudini în ceea ce privește situația persoanelor în vârstă - din lista de posibilități prezentată în tabelul nr.72,am ales pentru analiza la nivelul Statelor Membre următoarele opțiuni –*“ Personalul specializat de îngrijire al persoanelor varstnice dependente este foarte dedicat și face o treabă excelentă”* (59,0% acord, 24,0% dezacord,UE-27)(Anexa nr.47) și *“Multe persoane varstnice dependente devin victime ale abuzurilor celor care ar trebui să aibă grijă de ei (rude sau îngrijitorii profesioniști)”* (55,0% acord, 30,0% dezacord,UE-27)(Anexa nr.48).

Acordul privitor la optiunea –*“Personalul specializat de îngrijire al persoanelor varstnice dependente este foarte dedicat și face o treabă excelentă”*, variaza de la cele mai mari în Malta

(84,0%), Finlanda (81,0%) și Suedia (81,0%) la cele mai mici în Cipru (35,0%), **România** (27,0%) și Bulgaria (23,0%)(Anexa nr.47).

Acordul privitor la opțiunea –“Multe persoane vârstnice dependente devin victime ale abuzurilor celor care ar trebui să aibă grijă de ei (rude sau îngrijitorii profesioniști)”, variază de la cele mai mari în Grecia (76,0%), Portugalia (69,0%) și Lituania (67,0%) la cele mai mici în Suedia (34,0%), Olanda (31,0%) și Danemarca (21,0%)(Anexa nr.48).

II. Relele tratamente aplicate persoanelor în vârstă dependente

1.Frecvența apariției tratamentului neadecvat, a neglijării și abuzului persoanelor în vârstă dependente

Aproape jumătate dintre cetățenii UE-27 sunt de părere că tratamentul neadecvat, neglijarea și abuzul persoanelor în vârstă dependente sunt foarte răspândite și destul de răspândite în țara lor (47,0%). O treime din populație consideră că acestea sunt destul de rare (33,0%) și mai puțin de un european din zece consideră că acestea foarte rare (8,0%).(Anexa nr.49).

Acordul privitor la opțiunea (răspândit și destul de răspândit) variază de la cele mai mari în **România**(86,0%), Grecia(64,0%) și Italia (63,0%) la cele mai mici în Slovacia (20,0%), Suedia (19,0%) și Cipru (17,0%)(Anexa nr.49).

2. Formele relelor tratamente cu care se confruntă persoanele în vârstă dependente - situațiile pentru care cetățenii UE-27, au optat în cea mai mare proporție pentru variantele “riscant” sau “foarte riscant” au fost “condițiile neadecvate de locuit”(70,0%), “lipsa de atenție la nevoile fizice”(67,0%), ”abuzul asupra proprietății persoanei dependente”(67,0%) și “deteriorarea sănătății datorită îngrijirii inadecvate”(66,0%)(Tabelul nr.73).

Pentru fiecare din aceste cazuri, proporțiile în care cetățenii UE-27 au optat pentru variantele “riscant” și “foarte riscant” au variat între Statele Membre.

Pentru situația “condițiile neadecvate de locuit”, procentele au oscilat de la cele mai mari în **România**(84,0%), Bulgaria (79,0%) și Grecia (78,0%) la cele mai mici în Spania (57,0%), Letonia (55,0%) și Malta (49,0%)(Anexa nr.50).

Pentru situația “lipsa de atenție la nevoile fizice”, procentele au oscilat de la cele mai mari în **România**(86,0%), Bulgaria (77,0%) și Marea Britanie (75,0%) la cele mai mici în Spania (55,0%), Letonia (50,0%) și Malta (42,0%)(ecart mic)(Anexa nr.50).

Pentru situația “abuzul asupra proprietății persoanei dependente”, procentele au oscilat de la cele mai mari în Grecia(80,0%), Malta(79,0%), Franța(79,0%), **România**(78,0%) la cele mai mici în Germania (53,0%), Danemarca (41,0%) și Suedia (25,0%)(Anexa nr.50).

Pentru situatia “deteriorarea sanatații datorită îngrijirii inadecvate”, procentele au oscilat de la cele mai mari în **România** (84,0%), Grecia(77,0%), Bulgaria(76,0%), la cele mai mici în Letonia (54,0%), Suedia (45,0%) și Malta (41,0%)(ecart mic)(Anexa nr.50).

3.Persoanele cel mai probabil responsabile pentru tratamentele necorespunzătoare, neglijarea sau abuzul persoanelor varstnice dependente

Cetățenii UE-27,consideră că cel mai probabil responsabil pentru relele tratamente aplicate persoanelor varstnice dependente este “personalul instituțiilor de îngrijire” (32,0%) și apoi “personalul care lucrează acasă (îngrijitorii/persoanele care fac menajul/asistenții medicali)”(30,0%). Aproape un sfert dintre europeni (23,0%) sunt de părere că “copiii persoanelor varstnice” pot fi de asemenea responsabili pentru relele tratamente aplicate acestora.(Anexa nr.51).

Pentru opțiunea “personalul instituțiilor de îngrijire”, procentele au oscilat de la cele mai mari în Grecia(74,0%), Cipru (58,0%) și Suedia (48,0%), la cele mai mici în Lituania (16,0%), Portugalia (15,0%) și Letonia (14,0%)(Anexa nr.51).

Pentru opțiunea “personalul care lucrează acasă (îngrijitorii/persoanele care fac menajul/asistenții medicali”, procentele au oscilat de la cele mai mari în Cipru (65,0%), Suedia (51,0%) și Spania (42,0%), la cele mai mici în Malta (17,0%), Luxemburg (16,0%) și Finlanda (10,0%)(Anexa nr.51).

Pentru opțiunea “copiii persoanelor varstnice”, procentele au oscilat de la cele mai mari în Finlanda (51,0%), Estonia (41,0%) și Belgia (40,0%), la cele mai mici în Suedia (12,0%), Austria (8,0%) și Cipru (7,0%)(Anexa nr.51).

4 Prevenirea relelor tratamente

Cetățenii UE-27, au selectat cele mai bune metode de prevenire a relelor tratamente asupra persoanelor varstnice dependente. Următoarele 4 măsuri au primit adeziuni de la aproximativ un sfert din respondenți: “pedeapse severe pentru cei care abuzează de persoanele în vârstă dependente” (26,0%), “controale stricte efectuate de către o agenție guvernamentală” (24,0%), “formarea mai bună a îngrijitorilor, indiferent dacă sunt membri de familie sau profesioniști” (24,0%) și “venituri mai bune pentru îngrijitorii profesioniști” (22,0%)(Anexa nr.52).

Pentru soluția “pedeapse severe pentru cei care abuzează de persoanele în vârstă dependente”, procentele au oscilat de la cele mai mari în Cehia(42,0%), Malta (42,0%) și Slovenia (36,0%), la cele mai mici în Finlanda (14,0%), Suedia(14,0%) și Danemarca(9,0%)(Anexa nr.52).

Pentru soluția “formarea mai bună a îngrijitorilor, indiferent dacă sunt membri de familie sau profesioniști”, procentele au oscilat de la cele mai mari în Suedia(45,0%), Danemarca (43,0%) și

Marea Britanie (36,0%), la cele mai mici în Polonia(14,0%), Letonia (12,0%) și Cehia (11,0%)(Anexa nr.52).

Pentru soluția "controale stricte efectuate de către o agenție guvernamentală", procentele au oscilat de la cele mai mari în Cipru (44,0%), Grecia (39,0%) și Franța (34,0%), la cele mai mici în Ungaria (9,0%), Danemarca (5,0%) și Finlanda (3,0%)(Anexa nr.52).

Pentru soluția "venituri mai bune pentru îngrijitorii profesioniști", procentele au oscilat de la cele mai mari în Letonia(45,0%), Danemarca (44,0%) și Estonia (42,0%), la cele mai mici în Olanda (12,0%), Malta (11,0%) și Spania (7,0%)(Anexa nr.52).

7.7.6.Situatia în România

7.7.6.1.Aspecte generale⁵⁶

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, care nu a apelat la medicul specialist după principalele motive pentru care nu a consultat medicul, pe sexe și pe medii de rezidență, **deși au avut nevoie:**

Tabelul nr.74

Nivel	Total		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste
Grupa de vârstă										
Motivul										
Nu și-au permis (ar fi costat prea mult, nu au asigurare)	72,7%	67,7%	78,5%	68,4%	63,8%	66,5%	75,1%	70,9%	71,0%	65,7%
Teama față de doctor, internare, consult, analizele sau tratamentul pe care trebuiau să-l urmeze	3,7%	3,7%	2,8%	4,1%	5,1%	2,9%	2,2%	3,6%	4,8%	3,7%
Așteaptă să vadă dacă problema de sănătate se rezolvă singură	9,3%	7,3%	6,5%	7,8%	13,5%	6,3%	7,9%	7,5%	10,2%	7,2%
Distanța prea mare față de cabinetul medical sau unitatea medicală /Nu au avut mijloc de transport	6,6%	11,2%	5,7%	10,4%	8,0%	12,7%	2,2%	5,7%	9,8%	14,7%

În tranșa de vârstă 65-74 ani:

Din punct de vedere al analizei pe sexe, femeile vârstnice în proporție mai mare decât bărbații vârstnici (78,5% față de 63,8% - masculin) declară că nu și-au permis costul unei consultații la medicul specialist.În schimb bărbații vârstnici,într-o proporție mai mare "așteaptă să vadă dacă problema de sănătate se rezolvă singură" (13,5% față de 6,5%-feminin), invocă în proporție mai mare "distanța prea mare față de cabinetul medical" (8,0% față de 5,7% - feminin) și "teama față de doctor" (5,1% față de 2,8%-feminin).

Din punct de vedere al analizei pe medii de rezidență, vârstnicii din urban declară în proporție mai mare decât vârstnicii din rural (75,1% față de 71,0% - rural) că nu și-au permis costul unei consultații la medicul specialist.În schimb vârstnicii din rural, într-o proporție mai mare

⁵⁶ Datele privind motivele pentru care vârstnici români, nu au putut apela la medicii specialiști sau medicii stomatologi, deși au avut nevoie, au fost preluate din lucrarea "Condițiile de viață ale populației din România,2009", Institutul Național de Statistică, 2010

"așteaptă să vadă dacă problema de sănătate se rezolvă singură" (10,2% față de 7,9%- urban), invocă în proporție mai mare "distanța prea mare față de cabinetul medical" (9,8% față de 2,2% - urban) și "teama față de doctor" (4,8% față de 2,2%- urban).

În tranșa de vârstă 75 ani și peste:

Din punct de vedere al analizei pe sexe, femeile vârstnice în proporție mai mare decât bărbații vârstnici (68,4% față de 66,5% - masculin) declară că nu și-au permis costul unei consultații la medicul specialist, "așteaptă să vadă dacă problema de sănătate se rezolvă singură" (7,8% față de 6,3%- masculin), și invocă într-o proporție mai mare "teama față de doctor" (4,1% față de 2,9%- masculin). În schimb bărbații vârstnici, invocă în proporție mai mare "distanța prea mare față de cabinetul medical" (12,7% față de 10,4% - feminin)

Din punct de vedere al analizei pe medii de rezidență, vârstnicii din urban declară în proporție mai mare decât vârstnicii din rural (70,9% față de 65,7% - rural) că nu și-au permis costul unei consultații la medicul specialist și "așteaptă să vadă dacă problema de sănătate se rezolvă singură" (7,5% față de 7,2%- rural). În schimb vârstnicii din rural, într-o proporție mai mare invocă în proporție mai mare "distanța prea mare față de cabinetul medical" (14,7% față de 5,7% - urban) și "teama față de doctor" (3,7% față de 3,6%- urban).

- Structura populației vârstnice pe tranșe de vârstă, care nu a apelat la medicul stomatolog după principalele motive pentru care nu a consultat medicul, pe sexe și pe medii de rezidență, **deși au avut nevoie**, se prezintă în tabelul nr.75.

Tabelul nr.75
%

Nivel Grupa de vârstă Motivul	Total		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste	65-74 ani	75 ani și peste
Nu și-au permis (ar fi costat prea mult, nu au asigurare)	83,2%	84,6%	84,4%	87,9%	81,1%	78,8%	84,4%	86,7%	81,9%	82,9%
Teama față de doctor, internare, consult, analizele sau tratamentul pe care trebuiau să-l urmeze	5,5%	4,4%	4,4%	3,9%	7,5%	5,2%	7,1%	3,3%	3,9%	5,2%
Așteaptă să vadă dacă problema de sănătate se rezolvă singură	4,3%	1,0%	4,8%	1,6%	3,5%	-	4,7%	-	4,0%	-
Distanța prea mare față de cabinetul medical sau unitatea medicală /Nu au avut mijloc de transport	3,8%	4,8%	4,1%	3,0%	3,1%	7,8%	-	-	7,1%	7,8%

În tranșa de vârstă 65-74 ani:

Din punct de vedere al analizei pe sexe, femeile vârstnice în proporție mai mare decât bărbații vârstnici (84,4% față de 81,1% - masculin) declară că nu și-au permis costul unei consultații la medicul stomatolog, "așteaptă să vadă dacă problema de sănătate se rezolvă singură" (4,8% față de 3,5%- masculin), și invocă în proporție mai mare "distanța prea mare față de cabinetul medical" (4,1% față de 3,1% - masculin). În schimb bărbații vârstnici, invocă într-o proporție mai mare "teama față de doctor" (7,5% față de 4,4%- feminin).

Din punct de vedere al analizei pe medii de rezidență, vârstnicii din urban declară în proporție mai mare decât vârstnicii din rural (84,4% față de 81,9% - rural) că nu și-au permis costul unei consultații la medicul stomatolog, invocă într-o proporție mai mare 'teama față de doctor' (7,1% față de 3,9%- rural) și "așteaptă să vadă dacă problema de sănătate se rezolvă singură" în proporție mai mare (4,7% față de 4,0%- rural).

În tranșa de vârstă 75 ani și peste:

Din punct de vedere al analizei pe sexe, femeile vârstnice în proporție mai mare decât bărbații vârstnici (87,9% față de 78,8% - masculin) declară că nu și-au permis costul unei consultații la medicul stomatolog. În schimb bărbații vârstnici, invocă într-o proporție mai mare 'distanța prea mare față de cabinetul medical' (7,8% față de 3,0% - feminin) și "teama față de doctor" (5,2% față de 3,9%- feminin).

Din punct de vedere al analizei pe medii de rezidență, vârstnicii din urban declară în proporție mai mare decât vârstnicii din rural (86,7% față de 82,9% - rural) că nu și-au permis costul unei consultații la medicul stomatolog. În schimb vârstnicii din rural, invocă în proporție mai mare "teama față de doctor" (5,2% față de 3,3%- urban).

7.7.6.2. Gradul de satisfacție al populației vârstnice față de serviciile medicale

Persoanele vârstnice se declară foarte satisfăcute sau satisfăcute de serviciile medicale⁵⁷ din spitale, prestate de medicii stomatologi, medicii specialiști sau chirurghi cu proporții cuprinse între 40,0%-50,0%. Pentru aceste servicii, persoanele vârstnice se declară – nesatisfăcute sau foarte nesatisfăcute cu proporții cuprinse între 6,0%-12,0%. Persoanele vârstnice sunt satisfăcute într-o mai mare măsură de medicii de familie sau generaliști, respectiv în proporții variind între 65,0% - 73,0%. În ceea ce privește analiza pe sexe, nu sunt diferențieri notabile între gradul de satisfacție al femeilor vârstnice față de bărbații vârstnici. Spre deosebire de total (unde situația e echilibrată), în ambele medii de rezidență se remarcă o tendință mai accentuată a persoanelor vârstnice din tranșa 75 ani și peste de a se declara "foarte nesatisfăcute", iar în mediul urban persoanele vârstnice se declară "nesatisfăcute sau foarte nesatisfăcute" în procente net superioare celor din mediul rural, deși în mediul rural motivele de insatisfacție sunt mai evidente⁵⁸.

⁵⁷ "Starea de sănătate a populației din România", Institutul Național de Statistică și Institutul Irecson (2008),

⁵⁸ Distanța prea mare față de cabinetul medical sau unitatea medicală, lipsa mijloacelor de transport, lipsa dotărilor din cabinetele/dispensarele sanitare, etc.

Tabelul nr.76

%

Total/Sexe Grupa de varsta	Total		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste	65-74 ani	75 ani si peste
Gradul de satisfactie	Spitale									
Foarte satisfăcut	5,1	5,9	5,6	6,1	4,6	5,4	5,0	7,5	5,3	4,7
Satisfăcut	37,0	36,2	37,8	34,5	35,9	39,1	35,2	36,4	38,4	36,1
Aşa şi aşa	27,5	26,6	27,8	27,7	27,3	24,9	27,7	23,7	27,4	28,7
Nesatisfăcut	8,7	7,3	9,1	6,8	8,2	8,1	12,5	10,8	5,7	4,8
Foarte nesatisfăcut	2,9	4,2	2,6	4,5	3,3	3,6	4,7	6,4	1,4	2,6
Persoane care au declarat "Nu ştiu/Refuz"	18,8	19,8	17,1	20,4	20,7	18,9	14,9	15,2	21,8	23,1
Gradul de satisfactie	Medici stomatologi									
Foarte satisfăcut	5,4	4,8	5,4	5,3	5,4	4,0	6,7	6,2	4,3	3,8
Satisfăcut	39,3	35,7	40,7	34,9	37,4	37,1	39,7	37,6	39,0	34,4
Aşa şi aşa	24,7	23,6	24,6	24,3	24,9	22,5	25,4	22,7	24,2	24,3
Nesatisfăcut	5,8	5,5	6,2	5,4	5,2	5,5	9,1	6,9	3,0	4,4
Foarte nesatisfăcut	1,2	2,0	1,0	1,9	1,5	2,3	1,8	3,6	0,7	0,9
Persoane care au declarat "Nu ştiu/Refuz"	23,6	28,4	22,1	28,2	25,6	28,6	17,3	23,0	28,8	32,2
Gradul de satisfactie	Medici specialiști sau chirurgi									
Foarte satisfăcut	7,2	6,6	7,9	6,8	6,2	6,4	8,6	9,1	6,1	4,9
Satisfăcut	39,3	39,9	40,0	39,3	38,5	41,0	38,1	41,8	40,4	38,6
Aşa şi aşa	23,9	22,6	23,4	22,6	24,6	22,4	23,5	20,7	24,3	23,9
Nesatisfăcut	6,0	4,6	6,1	4,9	5,8	4,2	8,8	6,9	3,7	3,0
Foarte nesatisfăcut	1,6	2,8	1,5	2,5	1,7	3,2	2,5	4,4	0,9	1,6
Persoane care au declarat "Nu ştiu/Refuz"	22,0	23,5	21,1	23,9	23,2	22,8	18,5	17,1	24,6	28,0
Gradul de satisfactie	Medici de familie sau generalisti									
Foarte satisfăcut	16,3	16,0	17,4	16,4	14,9	15,5	17,2	16,7	15,6	15,5
Satisfăcut	53,8	52,6	54,7	52,4	52,7	52,7	49,9	51,7	57,0	53,3
Aşa şi aşa	19,0	19,3	17,8	19,6	20,5	18,8	20,5	19,0	17,7	19,5
Nesatisfăcut	4,5	4,1	4,8	4,4	4,0	3,7	6,4	5,6	2,9	3,1
Foarte nesatisfăcut	1,2	1,9	0,9	1,6	1,6	2,3	1,6	3,0	0,9	1,1
Persoane care au declarat "Nu ştiu/Refuz"	5,2	6,1	4,4	5,6	6,3	7,0	4,4	4,0	5,9	7,5

Din datele cercetării "Calitatea Vieții 2010", rezultă că apar diferențieri în funcție de vârstă în evaluările sistemului de îngrijire a sănătății. Aprecieri pronunțat negative au segmentele de vârstă 25-34ani și 45-54 ani (61,0% consideră sistemul medical prost și foarte prost) în comparație cu populația vârstnică (doar 50,0% din populația de 65 ani și peste exprimă aceste evaluări).

În ceea ce privește aprecierea sistemului de îngrijiri la domiciliu⁵⁹, persoanele vârstnice⁶⁰, în anul 2009, au considerat :

- 1.îngrijirea la domiciliu oferită - **foarte bună -77,6%**, bună – 19,3% și doar 3,1% ca satisfăcătoare;
- 2.calitatea serviciilor medicale – **foarte bună – 65,3%**, bună - 24,7%, satisfăcătoare – 8,7% și proastă – 1,3%;
- 3.calitatea serviciilor sociale - **foarte bună – 75,8%**, bună – 17,83%, satisfăcătoare – 5,7% și proastă – 1,7%;
- 4.relația cu personalul care asigură îngrijirea – **foarte bună – 79,2%**, bună – 18,9% și satisfăcătoare - 1,9%.

⁵⁹Principalele categorii de servicii comunitare de care au beneficiat persoanele vârstnice la domiciliu sunt: asigurarea medicației, igiena corporală, activități administrative (plata facturilor, piața), hrană, spălat haine, menaj, plimbare, masaj.

⁶⁰Analiza – "Reglementarea, organizarea și funcționarea sistemului național de îngrijire a persoanelor vârstnice" – realizată de Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, în anul 2010, a avut ca scop analiza modul în care este reglementat, organizat și funcționează sistemul de îngrijire la domiciliu la nivel național, a cuprins un număr de 34 județe și a condus către conturarea unor concluzii care pot susține măsuri pentru dezvoltarea și extinderea rețelei de servicii comunitare la domiciliul persoanelor vârstnice.

CONCLUZII

Capitolele anterioare au prezentat situația socio-economică a vârstnicilor din România grupată pe principalele domenii: venituri, cheltuieli, gradul de sărăcie, sistemul de pensii, serviciile de sănătate, starea de sănătate subiectivă, serviciile de asistență socială (îngrijire la domiciliu) și reinsertia profesională.

Astfel au fost evidențiați principalii indicatori statistici ai României din aceste domenii, în paralel cu indicatorii statistici ai Statelor Membre UE-27, iar unde au fost disponibile date pentru România, statisticile au fost detaliate la nivel de regiune/mediu de rezidență/județ/sex.

Datorită acestei duble abordări și concluziile vor fi prezentate în două nivele: la nivelul Uniunii Europene și la nivelul României.

Uniunea Europeană

1. Demografie

În timp ce creșterea duratei de viață reprezintă o realizare majoră a societăților europene, îmbătrânirea populației ridică probleme economiilor și sistemelor de protecție socială din aceste societăți. Tranziția demografică este considerată a fi una dintre cele mai importante provocări cu care se confruntă UE-27.

La nivelul UE-27, ratele scăzute ale natalității și speranțele de viață mai mari vor conduce la creșterea ponderii persoanelor vârstnice, astfel, numărul populației active (15-64 ani) raportat la numărul populației vârstnice (65 ani și peste) se va reduce de la 3,9:1 în 2010 la 1,9:1 în 2060. Corespunzător va crește ponderea populației vârstnice (65 ani și peste), în totalul populației UE-27, de la 17,3 în 2010 la 30,0% în 2060. Va spori, de asemenea, și ponderea populației de 80 ani și peste, de la 4,6% în 2010 la 12,1% în 2060.

2. Îmbătrânirea activă

Europarlamentarii îndeamnă Comisia Europeană și Statele Membre să acorde de urgență atenție sprijinului pentru încadrarea în muncă a lucrătorilor în vârstnici, având în vedere creșterea vârstei de pensionare în multe State Membre. Se propune să se promoveze instituirea de norme și convenții care să permită prelungirea vieții active, la cerere, dincolo de 65 de ani, cu beneficii fiscale și sociale atât pentru angajați, cât și pentru angajatori, conducând la un venit corespunzător al

pensiei și la asigurarea succesului de durată al implementării reformelor în sistemele publice de pensii.

Țările cu un procent foarte redus de participare economică a persoanelor vârstnice au fost în 2009: Slovacia (2,4%), Franța (2,7%) și Belgia (2,8%), iar la polul opus se situează Portugalia (22,7%) și **România** (23,6%). Pe sexe, pentru sexul feminin, primele poziții au fost ocupate de **România** (21,3%) și Portugalia (19,0%), iar ultimele de Franța(1,9%), Slovacia(1,6%), Belgia(1,3%), iar pentru sexul masculin pe primele locuri s-au situat Portugalia (27,3%) și **România** (26,8%), iar pe ultimele Belgia(4,6%), Slovacia(3,7%), Franța(3,5%). (Anexa nr.5).

În majoritatea țărilor, ratele de activitate ale vârstnicilor vor scădea în anul 2020 față de anul 2009, cu următoarele excepții (unde vor crește): pe total-**România**(7,2%), Slovenia(1,3%),iar pentru sexul masculin- **România** (4,2%), Slovenia(2,3%), Portugalia (0,7%).

3.Sistemele de protecție socială

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

Sistemele de pensii în Uniunea Europeană furnizează un nivel înalt de securitate a veniturilor și autonomie financiară pentru multe din persoanele vârstnice. Totuși, cifrele arată că sărăcia pensionarilor este o realitate pentru mulți din cetățenii vârstnici ai Europei și deși riscul sărăciei în rândul acestei categorii variază considerabil de la o țară la alta, femeile sunt mai afectate ca bărbații.

Evoluția riscului de sărăcie în anii 2005-2009, arată că acest fenomen este stabil în timp în majoritatea țărilor europene, la nivelul UE-27, oscilând între 16,3%(2009)- 16,7%(2007), **România** a avut una din cele mai ridicate rate de sărăcie(22,4%), în anul 2009, situându-se pe penultimul loc, după Letonia(25,7%), pe sexe, situația a fost oarecum similară, la femei, rata de sărăcie a fost în **România**, de 23,4%, urmată de Bulgaria 23,7% și de Letonia 27,0%, iar la bărbați rata de sărăcie a fost în **România**, de 21,4%, urmată de Letonia 24,2%,.

În ceea ce privește diferența de gen între ratele de sărăcie ale persoanelor vârstnice, ele au variat între 5,0-5,6% la nivelul UE-27, iar la nivelul **României** au variat între 9,0% - 10,6%, în perioada 2005-2009, fapt care plasează femeia vârstnică într-un context net defavorabil față de bărbatul vârstnic, la nivelul țării noastre.

3.Sistemele de pensii

Asigurarea, în prezent și în viitor, a unei pensii adecvate și viabile pentru cetățenii 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**.

Criza financiară și economică a agravat mult problema subiacentă a îmbătrânirii populației. Demonstrând interdependența dintre diverse scheme și dând la iveală punctele slabe în conceperea anumitor scheme, criza a acționat ca un semnal de alarmă pentru toate schemele de pensii, atât pentru cele prin repartitie, cât și pentru cele prin capitalizare: toate sistemele de pensii se confruntă cu dificultăți mai mari în a-și îndeplini „promisiunile de pensii”, din cauza creșterii șomajului, a diminuării creșterii economice, a creșterii nivelurilor datoriei publice și a volatilității pieței financiare

3.1.Vârsta medie efectivă de pensionare

În anul 2009, pe total, vârsta medie efectivă de pensionare a avut cele mai mari valori în Suedia (64,3%), Bulgaria (64,1%), Irlanda (64,1%) și cele mai mici valori în Polonia (59,3%), Slovacia(58,8%) și **România** (56,9%). Pentru sexul feminin, vârsta medie efectivă de pensionare a avut cele mai mari valori în Irlanda (64,6%), Suedia (64,0%), Spania (63,4%) și cele mai mici valori în Slovacia (57,5%), **România** (56,1%) și Slovenia (55,2%). Pentru sexul masculin, vârsta medie efectivă de pensionare a avut cele mai mari valori în Estonia (65,0%), Cipru (65,0%), Suedia (64,7%) și cele mai mici valori în Slovenia (59,5%), **România** (57,8%) și Luxemburg (57,7%).

3.2.Cuatumul pensiei medii

Cele mai mari valori ale cuantumului pensiei medii în anul 2008, au fost în următoarele țări: Franța (2.845€), Danemarca (2.824€), Austria (2.774€), Suedia (2.651€), Luxemburg (2.560€), și mai mici în: Slovacia (428€), Estonia (403€), Letonia (305€), Bugaria(168 €), **România** (161€). (Anexa nr.14).

3.3.Procentul cheltuielilor totale cu pensiile

Așa cum reiese din Anexa nr.16, există o largă diferență între procentul cheltuielilor **totale** cu pensiile printre Statele Membre.El variază de la 6,0% - Letonia și Irlanda,6,9% - Cipru, 7,0% - Bulgaria, până la 13,2% - Portugalia, 13.6% – Franța, 13.9% – Austria și 15,0% - Italia. Acest procent al cheltuielilor cu pensiile este determinat atât de nivelul acestor beneficii cât și de procentul din populație care primește aceste beneficii.

În ceea ce privește proiecția procentului cheltuielilor **totale** de pensii, la nivelul UE-27, acesta va crește cu 0,8% în anul 2060 față de anul 2008. Există o mare diversitate între Statele Membre (2060/2008), pornind de la un declin de 2,8% în Polonia, la o creștere 15,6% în Luxemburg. În 3

State Membre, procentul cheltuielilor sistemului de pensii, va crește cu peste 10,0%: Luxemburg(15,6%), Grecia (11,5%)și Cipru(10,8%). În alte 3 State Membre, Slovenia(9,0%), **România** (8,3%), Spania(5,8%), procentul cheltuielilor sistemului de pensii, va crește între 5,0% - 10,0%, iar în alte state, acest procent va scădea sub nivelul din 2008: Austria, Letonia, Italia, Olanda, Danemarca, Estonia, Suedia, Polonia. Pentru majoritatea Statelor Membre, creșterea va fi sub 5,0%: Bulgaria, Malta, Lituania, Belgia, Slovacia, Ungaria, Finlanda, Irlanda, Cehia, Marea Britanie, Germania, Franța și Portugalia.

3.4.Raportul dintre numărul de pensionari și numărul de contribuabili

În ceea ce privește raportul dintre numărul de pensionari și de contribuabili în sistemele publice de pensii (Anexa nr.18), se observă că diferența între cea mai mică și cea mai mare valoare se va lărgi în timp, de la 65,0%(2007) la 81,0%(2060),indicând, în timp, creșterea gradului de împovărare a tuturor sistemelor publice de pensii, fapt explicabil prin intensificarea fenomenului de îmbătrânire și creșterea gradului de dependență.

Cele mai mici valori, în 2007 și pe tot parcursul perioadei de prognoză 2010-2060, se înregistrează în Irlanda (28,0% - 2007 și 53,0%-2060),iar cele mai mari se înregistrează în **România** (93,0- 2007) și Lituania (123,0% - 2060).De menționat că **România** va înregistra valori mari și în intervalul de prognoză 2010-2050, la acest indicator(122,0%).

În anul 2060,situația va deveni deosebit de împovărătoare pentru unele țări,care vor depăși 100,0% la acest indicator,respectiv: Lituania (123,0%), Bulgaria(122,0%), **România** (122,0%), Slovenia(118,0%), Ungaria(107,0%), Polonia(107,0%),, Luxemburg(103,0%), Slovacia(102,0%), Grecia(102,0%).

În zona euro, **cheltuielile guvernamentale** pentru pensii, ajutoare sociale și servicii de sănătate vor ajunge până aproape de 30,0% din Produsul Intern Brut în anul 2060. În România, aceste cheltuieli sunt așteptate să ajungă la 23,2% din PIB în anul 2060, comparativ cu o rată de 13,1% din PIB înregistrată în 2007.

4.Speranța de viață

Speranța de viață la naștere (durata medie a vieții) în Uniunea Europeană a fost, în 2008⁶¹, de 78,8 ani , din care 75,7 ani pentru bărbați și 81,7 pentru femei.

Alături de țările baltice și Bulgaria, **România** se situează printre țările cu cea mai scăzută speranță de viață la naștere, între țările din UE-27. Astfel, deși la nivel național, în ultimii 10 ani, speranța de viață pentru sexul feminin a fost în continuă creștere, totuși la nivelul Uniunii Europene, **România** se situează pe penultimul loc (77,1 ani), din punctul de vedere al acestui indicator,

⁶¹Datele la nivelul Uniunii Europene au fost disponibile la nivelul anului 2008.

înaintea Bulgariei (77,0 ani), ceea ce indică faptul că măsurile de protecție socială și asistență a femeilor vârstnice sunt încă deficitare la nivel național, mult sub standardele Uniunii Europene. În ceea ce privește speranța de viață pentru sexul masculin, **România** se situează printre ultimele poziții, cu 69,6 ani, fiind urmată doar de Estonia (69,1 ani), Letonia (67,7 ani) și Lituania (66,9 ani),

În ceea ce privește evoluția acestui indicator în **perspectiva orizontului de prognoză 2020-2050** (Anexa nr.30), se desprind următoarele concluzii:

-durata medie a vieții va crește continuu în toate țările membre UE-27, fapt explicabil prin prin scăderea în timp a ratei mortalității generațiilor și creșterii constante a abilității mediciniei de a salva vieți;

-pe **total**, cea mai mică valoare a indicatorului o deține Lituania (72,5 ani, 2009) și tot Lituania o va avea și la sfârșitul intervalului de prognoză (78,7 ani, 2045-2050);valoarea maximă se înregistrează în Italia (81,2 ani, 2009), însă Franța va avea valoarea maximă la sfârșitul intervalului de prognoză (86,0 ani, 2045-2050);

- pe sexe, pentru sexul **feminin** cea mai mică valoare a indicatorului o deține Bulgaria (77,0 ani, 2009), însă cele mai mici valori pe parcursul intervalului de prognoză le va avea **România** (78,9 ani până la 82,2 ani), valoarea maximă se înregistrează în Franța (84,3 ani 2009) și tot Franța o va avea și la sfârșitul intervalului de prognoză (88,9 ani, 2045-2050), pentru sexul **masculin**, cea mai mică valoare a indicatorului o deține Lituania (66,9 ani, 2009) și tot Lituania o va avea și la sfârșitul intervalului de prognoză (74,5 ani, 2045-2050);valoarea maximă se înregistrează în Suedia (78,6 ani, 2009), și tot Suedia o va avea și la sfârșitul intervalului de prognoză (83,5 ani, 2045-2050);

-diferența între cea mai mică și respectiv cea mai mare speranță de viață tinde să se aplatizeze în timp, astfel pentru sexul feminin, de la 7,3 ani (2009) la 6,7 ani (2045-2050), iar pentru sexul masculin, de la 11,7 ani (2009) la 7,3 ani (2045-2050),

-diferențele dintre speranțele de viață ale femeilor față de speranțele de viață ale bărbaților se vor diminua, pentru majoritatea țărilor, pe parcursul intervalului de prognoză.

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 un grad de dependență mai mare. Astfel la nivelul Uniunii Europene, în anul 2008, la vârsta de 65 ani, femeile au o speranță de viață (20,7 ani) mai mare decât bărbații (17,2 ani), însă numărul anilor cu incapacitate trăit de femei (11,8 ani) îl depășește pe cel al bărbaților (8,5 ani) – o dată în plus trebuie acordată o atenție specială acordării asistenței medicale necesare femeilor vârstnice, pentru ca plusul de ani pe care ele îl trăiesc în plus comparativ cu bărbații să nu fie împovărat de dizabilități.

Ultimele locuri, România le ocupă și la **speranța de viață la vârsta de 65 ani** și peste, respectiv penultim loc pentru sexul feminin cu 17,2 ani(ultim loc Bulgaria cu 16,7ani) și printre ultimele locuri pentru sexul masculin cu 14,0 ani (2009).

5.Sistemele de sanatate

5.1.Analiza stării de sănătate autopercpute a populației vârstnice din Uniunea Europeană

La nivelul Uniunii Europene, în anul 2009, 21,1% din vârstnici declară o stare de sănătate rea și foarte rea, 40,5% o stare de sănătate satisfăcătoare și 38,4% o stare de sănătate bună și foarte bună.

Pe țări, vârstnicii declară în cea mai mare proporție - o stare de sănătate rea și foarte rea în Lituania (48,2%), Portugalia (46,8%), Letonia (44,7%), - o stare de sănătate satisfăcătoare în Malta (50,2%), Estonia (50,1%), **România** (49,5%) și o stare de sănătate bună și foarte bună în Irlanda (65,3%), Olanda (61,0%), Suedia (60,4%) (Anexa nr.36).

5.2.Analiza procentului persoanelor vârstnice care au declarat boli cronice, pe tranșe de vârstă, din Uniunea Europeană

Pe grupe de vârstă, vârstnicii au în cea mai mare proporție boli cronice în următoarele țări:

- 65-74 ani, în Estonia (72,6%), Ungaria (68,7%), Polonia (67,6%),
- 75-84 ani, în Estonia (85,7%), Ungaria (82,7%), Finland (80,0%),
- 85 ani și peste, în Ungaria (83,6%), Estonia (83,1%), Grecia (82,9%).(Anexa nr.37)

În ceea ce privește diferența între sexe, femeile vârstnice sunt, în general, mai suferinde decât bărbații vârstnici, cel mai mari decalaj procentual se înregistrează, pe grupe de vârstă, în următoarele țări:

- 65-74 ani, în Cipru (14,5%), **România** (12,2%), Bulgaria (10,3%);
- 75-84 ani, în Slovacia (12,8%), Danemarca (10,5%), Luxemburg (10,2%);
- 85 ani și peste, în Suedia (22,4%), Irlanda (16,4%), Grecia (10,8%).(Anexa nr.37).

5.3.Procentul cheltuielilor pentru sănătate în PIB

Partea din PIB alocată cheltuielilor publice cu sănătatea a variat considerabil între țări, începând de la 2,6%-Cipru, 3,5%- Letonia, până la 7,6%- Belgia, 8,1% - Franța(2007), respectiv de la 4,6%-Cipru, 5,3%- Letonia, până la 12,4%- Franța, 12,6% - Marea Britanie(2060). (Anexa nr.38).

Se observă că diferența între cel mai mare și cel mai mic procent se va adânci în timp, de la 5,4% în 2007, la 8,0% în 2060, demonstrând încă o dată, că sistemul de sănătate, (ca și cel de pensii), trebuie să facă, în timp, un efort suplimentar pentru a răspunde provocărilor generate de fenomenul de îmbătrânire.

6. Sistemele de asistență socială

6.1.Situația cheltuielilor publice pentru îngrijirile de lungă durată, în țările Uniunii Europene

În proiecțiile privind cheltuielile cu îngrijirile pe termen lung, este important de reținut că gradul în care fiecare Stat Membru se bazează pe furnizarea informală a îngrijirii către vârstnici nu este reflectat în cheltuielile publice. Câteva State Membre se bazează puternic pe îngrijirile de lungă durată informale și de aceea cheltuielile lor cu îngrijirile de lungă durată formale sunt corespunzător mici, pe când alte State Membre furnizează servicii publice formale largite, vârstnicilor și care alocă proporții semnificative din PIB pentru a susține politicile lor.

Pentru a evidenția impactul schimbărilor probabile în politicile viitoare prin care Statele Membre ar putea decide să furnizeze mai mult sprijin formal vârstnicilor au fost elaborate mai multe scenarii.

Într-un scenariu –“referință” proiectat de Ageing Working Group (AWG) și bazat pe politicile actuale, cheltuielile publice cu îngrijirile pe termen lung, sunt proiectate să crească cu 1,3% în anul 2060 față de anul 2007, la nivelul UE-27, iar la nivelul Statelor Membre creșterile vor oscila între Portugalia – 0,1%, Bulgaria- 0,2%, și Ungaria-0,3%, până la Suedia -2,5%,Finlanda -2,7% și Olanda-5,1%. (Anexa nr.40)

În anul 2007, procentul alocat din PIB cheltuielilor publice cu îngrijirile pe termen lung, a variat de la 0,1% – Portugalia, 0,1%– Estonia, 0,2% – Slovacia, până la 1,8%- Finlanda, 3,4% - Olanda, 3,5%- Suedia. În anul 2060, evoluția acestui procent va fi de la 0,1%– Estonia, 0,2%- Portugalia, 0,4% - Bulgaria până la 4,5%- Finlanda, 6,0% - Suedia, 8,5% - Olanda.

Modificările prevăzute în cheltuielile publice cu îngrijirile pe termen lung, sunt foarte diverse, reflectând diferite abordări privind furnizarea/finanțarea de îngrijire formală. Statele Membre cu creșteri foarte mici prognozate pentru acest indicator, au și în prezent procente foarte mici ale cheltuielilor din PIB alocate îngrijirilor pe termen lung. Toate proiecțiile cheltuielilor legate de îmbătrânire sunt mici în aceste țări, deoarece cetățenii lor în vârstă care au nevoie de îngrijiri se bazează de obicei pe îngrijiri informale.

6.2.Numărul de persoane vârstnice dependente, pe tipuri de dependență în țările Uniunii Europene

Așa cum se observă din Anexa nr.41, numărul de vârstnici dependenți va exploda la nivelul UE-27, fiind mai mult decât dublu în anul 2060, respectiv cu 114,8% în plus față de 2007, pe total, iar pe tipuri de îngrijiri, creșterea în termeni relativi în anul 2060 față de anul 2007 este repartizată astfel - îngrijire formală în instituții – 185,3%, îngrijire formală la domiciliu – 149,3% și îngrijire informală– 83,9%. Se observă că la nivelul UE-27, cea mai importantă parte a plusului de vârstnici dependenți se va orienta către îngrijirile formale, cu precădere în instituții, apoi la domiciliu, cei mai puțini dintre ei vor opta pentru îngrijirile informale.

România

Cu o populația vârstnică (60 ani și peste) care a crescut exploziv în ultimele 2 decenii (absolut și procentual) de la 15,7% în 1990, la 18,8% în 2000 și la 20,3% în 2010, România se înscrie în rândul țărilor a căror populație îmbătrânește, cu toate consecințele care decurg din acest fenomen, la nivel individual, național și social.

Principalele concluzii, se prezintă pe domenii, în următoarea structură:

1. Demografie

Numărul⁶² și ponderea mare a vârstnicilor (60 ani și peste – 20,3% din total) și mai ales a marilor vârstnici (80 ani și peste – 3,2% din total și 15,5% din cei de 60 ani și peste), implică o nevoie crescută de servicii medicale, sociale și socio- medicale adresate acestei categorii de persoane.

Ca procent în total, populația vârstnică (65 ani și peste) va exploda în următorii ani⁶³, ajungând de la 14,9% în iulie 2010, la 18,9% în anul 2025, la 28,5% în anul 2050 și la 35,0% în anul 2060, exercitând astfel o presiune în creștere asupra populației în vârstă de muncă(15-64 ani), care se va reduce de la 70,0% în iulie 2010, la 67,1% în anul 2025, la 62,7% în anul 2050 și la 53,6% în anul 2060. De asemenea și procentul persoanelor de 80 ani și peste va crește îngrijorător, ajungând de la 3,1% în iulie 2010, la 3,9% în anul 2025, la 8,0% în anul 2050 și la 13,1% în anul 2060.

Situația prezentă, dar mai ales cea de perspectivă impun măsuri concertate din partea autorităților care gestionează sistemul de pensii, sistemul național de sănătate și sistemului asistenței sociale pentru a asigura un nivel de trai decent și servicii socio-medicale unei populații vârstnice din ce în ce mai numeroase.

2. Forța de muncă

Asistăm la un deficit major de strategie în sfera ocupațională, prin lipsa articulării unor măsuri active sub forma unui pachet coerent de tehnici și instrumente de inovare și creare a noi locuri de muncă (inclusiv pentru lucrătorii vârstnici). Mai mult, devine aproape un pattern automat ca schimbările la nivel decizional/guvernamental să fie însoțite imediat și de intenția de a reforma sistemul social prin componentele lui specifice, prin restructurări continue și reduceri ale locurilor de muncă, prin demisii forțate și pensionări nejustificate. În graba soluțiilor propuse, nu apar însă viziuni clare de dezvoltare economică, introducându-se astfel multe confuzii, mai ales în **politicile de ocupare și egalitate de șanse**.

⁶² Date la 1 iulie 2010.

⁶³ Sursa: bazele de date Eurostat pentru anul 2060, iar pentru anii 2025 și 2050 - <http://esa.un.org/unpp>

Economia românească este cea care ar fi trebuit să ofere locuri de muncă stabile, decente și corect recompensate, un climat stimulatив pentru antreprenoriatul autohton și pentru inovație. Față de toate acestea, problema actuală a României este incapacitatea economiei de a oferi locuri de muncă salariate. La aceasta se adaugă disparități teritoriale persistente în privința ofertei de locuri de muncă unde autoconsumul devine sursa esențială de venit.

În **România**, o parte apreciabilă dintre persoanele vârstnice corespunde definițiilor de populație activă, respectiv ocupată. În perioada 2001–2009 rata de ocupare a populației de 65 ani și peste a scăzut de la 35,6% la 13,7%, respectiv la bărbați de la 40,5% la 16,7%, iar la femei de la 32,2% la 12,0%. În mediul rural, procentul a scăzut de la 56,2% la 23,4%, în timp ce în mediul urban a scăzut de la 4,0% la 1,4%. Valorile ratei de ocupare sunt mai mari la bărbații vârstnici decât la femeile vârstnice și mult mai mari în mediul rural decât în mediul urban. Prezența vârstnicilor de peste 65 ani pe piața muncii nu este determinată doar de o disponibilitate a acestora pentru o activitate aducătoare de venit ilustrând astfel „principiul activizării” al protecției sociale, ci mai degrabă de *nevoia* de a munci pentru câștigarea traiului zilnic, în condițiile absenței sau insuficienței surselor de venit (mai ales în mediul rural).

3. Sistemul protecției sociale

Sărăcia este o problemă nu numai individuală, ci și colectivă. Ea se manifestă prin degradarea și demoralizarea resursei umane, reprezentând totodată sursa principală a delincvenței și violenței. Problema reducerii numărului de persoane aflate în stare de sărăcie relativă este o problemă de tip transversal: nu sunt suficiente doar măsuri de sprijin social sau instituțional, ci este nevoie de un set de măsuri care să provină din mai multe sectoare și deci, care să aparțină mai multor politici guvernamentale:

- *măsuri educaționale*: creșterea capacității educației inițiale și a trainingului pe tot parcursul vieții, care să conducă la creșterea competențelor profesionale care, astfel, să asigure un venit suficient pentru depășirea pragului de sărăcie;
- *măsuri de tip fiscal*: deductibilități fiscale sau chiar sisteme de impozitare diferențiată a venitului personal, care să conducă la creșterea venitului disponibil;
- *măsuri pe piața muncii*: care să conducă la creșterea flexibilității pieței muncii, concomitent cu asigurarea securității locului de muncă (conceptul de flexicurate);
- *măsuri de asistență socială*: care să conducă la o mai bună focalizare a sprijinului statului pentru persoanele care au nevoie reală de acest sprijin.

În schimb, tăierea brutală a cheltuielilor publice ”bune” (reducerea salariilor profesorilor; medicilor, reducerea burselor elevilor și studenților, reducerea pensiilor și a investițiilor creatoare de

bunuri colective cu multe locuri de muncă) este un mod de adâncire în paradigma auto-limitării capacității de depășire a stării actuale.

În anul 2009 procentul pensionarilor săraci, în total săraci a fost de 16,4%, din care masculin 12,1% și feminin 20,0%. O atenție deosebită trebuie acordată persoanelor de 65 ani și peste – sărace, care reprezintă 85,2% din total pensionari săraci și în special femeilor de 65 ani peste care reprezintă 93,3% din total pensionare sărace, comparativ cu bărbații săraci de 65 ani și peste care reprezintă 69,7% din total pensionari săraci.

Se remarcă procentul mai ridicat al femeilor (65,6%) față de bărbați (34,4%), atât în structura pensionarilor săraci, cât și în structura persoanelor de 65 ani și peste sărace, respectiv 71,9% față de 28,1%.

Situația grea în care se află vârstnicii din România se datorează următoarelor aspecte:

- creșterii progresive și necontrolate a costurilor întreținerii locuinței, serviciilor și alimentelor au ridicat gradul de incidență a sărăciei în rândul vârstnicilor, care datorită vârstei înaintate sunt expuși suplimentar și unor riscuri specifice bătrâneții;
- înghețării valorii punctului de pensie, pe parcursul anului 2010 și în 2011, coroborată cu creșterea continuă a prețurilor de consum, care a determinat scăderea puterii de cumpărare atât pentru pensia medie de bază, cât și pentru pensia pentru limită de vârstă.

4. Sistemul de pensii

Conform noii legi a pensiilor nr.263/2010, pragul de pensionare urmează să ajungă pentru femei la 63 ani până în anul 2030 și pentru bărbați la 65 de ani până în anul 2015.

Perioada minimă de contribuție a va ajunge încă din ianuarie 2015, la 15 ani atât pentru femei cât și pentru bărbați, iar perioada totală de contribuție va crește, gradual, pentru femei de la 30 de ani (ianuarie 2015) până la 35 ani (ianuarie 2030), egalând-o pe cea a bărbaților, care va ajunge la 35 ani încă din ianuarie 2015.

Începând cu anul 2009, rata de creștere anuală a numărului de pensionari de asigurări sociale de stat a depășit 1,0%, respectiv 1,1% în anul 2009 și 1,0% în anul 2010, mai mult decât în perioada 2003-2008, când s-a situat sub acest prag.

Astfel, prin Legea nr.263/2010, s-au luat măsuri pentru reducerea numărului de pensionari:

- verificările ce preced încadrarea în grade de invaliditate (în scopul acordării acestui tip de pensie) sunt mai riguroase - raportul medical de evaluare completat de medicul expert al asigurărilor sociale va înlocui documentarul medical completat de medicul curant, iar toți pensionarii de invaliditate aflați în evidența Casei Naționale de Pensii Publice, **vor fi verificați** prin sistemul de verificare și control al INEMRCM (Institutul și centrele regionale).
- procentul de penalizare a cuantumului pensiei anticipate parțial este fix – **0,75%** pentru fiecare lună de anticipare, ceea ce poate conduce la o **penalizare maximă de 45,0%** din

cuantumul pensiei pentru limita de varsta. Legislatia anterioara prevedea procente diferite, cuprinse intre 0,5% si 0,50%, iar **penalizarea maxima ajungea la 30,0%**.

Ponderea populatiei Romaniei cu varsta de **peste 60 de ani** se va dubla in urmatoorii 40 de ani, la **37,0%** in anul **2050**, **41,0%** in anul **2060** (Anexa nr.2), situatie care va atrage cresterea cheltuielilor pentru pensii si servicii de sanatate de la 13,1% din PIB in 2007 la 23,2% din PIB in 2060. Astfel raportul de dependenta a crescut ca urmare a cresterii numarului de beneficiari si a diminuarii numarului de contributory, de la **315,1** pensionari⁶⁴ la 1000 salariați in 1990, s-a ajuns la **629,7** pensionari la 1000 salariați in 1996, **958,2** pensionari la 1000 salariați in 2001, la **1.011,4** pensionari la 1000 salariați in 2005, la **992,7** pensionari la 1000 salariați in 2006, la **970,6** pensionari la 1000 salariați in 2008, și la **1.125,0** pensionari la 1000 salariați in 2010.

Se desprind urmatoarele concluzii privind sistemul actual de pensii din Romania:

- scaderea contributiilor prin cresterea șomajului (implicit prin scaderea numarului de contributory la fondul de pensii) in perioada de criza sau prin scaderea ratei de colectare de la unitatile rau platnice constituie o sursa potentiala de reducere a veniturilor la fondul de pensii.
- deși nivelul pensiilor a crescut ca valoare nominala in ultimii ani, din punct de vedere al valorii reale și al capacității de cumparare acestea au înregistrat un declin alarmant. Ca urmare, tot mai mulți bătrani nu-și pot asigura din pensie acoperirea cheltuielilor minime cotidiene legate de alimentatie, intretinerea locuintei și procurarea medicamentelor. Situatia devine și mai dificila atunci cand bătranii sunt singuri, fără familie sau alte rude.
- in sistemul asigurărilor sociale de stat, pensile femeilor varstnice, pentru limita de varsta, au un quantum reprezentand între 81,0% - 93,0% din pensiile bărbatilor varstnici, apropiindu-se cel mai mult in cazul pensiei anticipate.
- in sistemul agricultorilor, pensiile femeilor sunt aproximativ egale cu cele ale bărbatilor, pentru categoria limita de varsta, iar la categoria pensie invaliditate, pensia medie a femeilor este cu 26,5% mai mare decât pensia medie a bărbatilor.
- **România** are una din cele mai mici varste efective de pensionare din UE-27, fiind pe ultimul loc la nivel total (56,9 ani), penultimul loc feminin (56,1 ani, ultimul loc Slovenia -55,2 ani) și tot penultimul loc masculin (57,8 ani, ultimul loc Luxemburg -57,7 ani) (Anexa nr.13)
- sistemul public de pensii din Romania se găsește, in prezent, într-o situatie critica, cu deficite financiare curente și oferă pensii in quantum insuficient unui trai decent mării majorități a pensionarilor.
- există un risc major de saracie pentru populatiile varstnice viitoare, in momentul in care pe

⁶⁴Au fost considerati doar pensionarii de asigurari sociale de stat, iar in anii 2006 - 2010 oscilatiya raportului de dependenta economica s-a datorat oscilatiiei usoare a numarului de salariați.

piața forței de muncă vor intra generațiile reduse numeric, născute după 1989, de aceea este recomandată încurajarea participării populației la Pilonul III⁶⁵ de pensii.

În România cheltuielile cu pensile (publice și private) vor crește cel mai mult, cu peste 9,0 puncte procentuale din PIB, într-un interval de circa 50 de ani (de la 6,6% din PIB în 2007, la aproximativ 15,8% din PIB în 2060).

5. Speranța de viață

În **România**, speranța de viață la naștere a fost pentru anul 2009 de 73,33 ani, respectiv 77,09 ani pentru femei și 69,68 ani pentru bărbați. În mediul urban, speranța de viață era de 74,16 ani (77,67 ani feminin, 70,58 ani masculin), iar în mediul rural de 72,23 ani (76,36 ani feminin, 68,51 ani masculin).

Durata medie de viață a populației din mediul urban a fost superioară celei din rural cu 1,93 ani. Pentru ambele sexe, durata medie a vieții a fost mai mare în urban decât în rural, diferențele fiind mai accentuate pentru populația masculină (2,07 ani), decât pentru populația feminină (1,31 ani).

La nivelul orizontului de prognoză 2045-2050, speranța de viață în România va fi de 79,5 ani pe total, pentru sexul feminin – 82,2 ani pentru sexul masculin – 76,2 ani. (Anexa nr.30).

În România, în anul 2008, femeile la vârsta de 65 ani, au avut o speranță de viață -17,2 ani, mai mare decât speranța de viață a bărbaților - 14,0 ani, iar numărul de ani cu incapacitate trăit de ele a fost, de asemenea, mai mare decât cel trăit de bărbați, respectiv 9,4 ani față de 6,3 ani.

6. Sistemul de Sănătate

Dreptul 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, 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 Sănătății⁶⁶, 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

⁶⁵ **Pilonul III** este denumirea dată sistemului de pensii facultative, administrate de companii private, sistem bazat pe conturi individuale și aderare facultativă. Participarea la pensiile facultative din acest pilon nu este condiționată în funcție de vârstă

⁶⁶ "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).

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, principali 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.

□ Mortalitatea

În România, în anul 2009, 96,4% din totalul deceselor din rândul persoanelor vârstnice au fost generate de 5 grupe mari de cauze: bolile aparatului circulator - 70,9% (feminin - 75,9%, masculin - 65,4%, urban - 65,7%, rural - 74,8%), tumorile -14,9% (feminin -12,3%, masculin - 17,9%, urban - 18,7%, rural - 12,1%), bolile aparatului respirator- 4,6% (feminin -3,5%, masculin - 5,8%, urban - 4,4%, rural -4,8%), bolile aparatului digestiv - 4,3% (feminin - 3,8%, masculin - 4,8%, urban - 4,8%, rural - 3,9%) și accidentele (leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe -1,7% (feminin - 1,1%, masculin - 2,5%, urban -1,7%, rural -1,7%);

Procentul deținut de persoanele vârstnice în total decese, pe clase de boli (nivel țară), indică, pe primele 3 poziții: - bolile aparatului circulator cu 85,4% (feminin - 91,9%, masculin - 78,2%, urban - 81,9%, rural - 87,8%), bolile aparatului genito-urinar cu 74,2% (feminin - 76,1%, masculin - 72,5%, urban - 74,1%, rural - 74,3%) și bolile endocrine și de metabolism cu 72,6% (feminin - 79,9%, masculin - 64,5%, urban - 72,7%, rural - 72,6%).

□ Morbiditate

Structura pe clase de boli, a îmbolnăvirilor în rândul persoanelor vârstnice evidențiază următoarea ierarhie a principalelor clase de boli: pe primul loc bolile aparatului respirator - 23,3% (feminin - 21,6%, masculin - 25,4%, urban - 24,0% , rural-22,7%) , urmate de bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor, țesutului conjunctiv- 17,2% (feminin - 18,7%, masculin - 15,5%, urban -16,5%, rural-18,0%), bolile aparatului circulator- 13,7% (feminin - 13,8%, masculin - 13,5%, urban -13,3%, rural-14,1%), bolile aparatului digestiv- 11,6% (feminin - 11,2%, masculin - 12,0%,urban-11,5%, rural-11,6%), și bolile aparatului genito-urinar- 7,5% (feminin - 8,0%, masculin - 6,9%,urban-7,7%, rural-7,3%);

Procentul deținut de persoanele vârstnice în total îmbolnăviri, pe clase de boli (nivel țară), indică, pe primul loc - bolile aparatului circulator - 42,9% (feminin - 42,0%, masculin - 44,1%, urban

-38,5%, rural-48,6%), urmate de bolile sistemului nervos– 36,7% (feminin - 35,3%, masculin – 38,6%, urban-33,2%, rural-41,8%), bolile sistemului osteo-articular, ale muschilor, tesutului conjunctiv - 35,8% (feminin - 36,3%, masculin – 35,0%, urban-31,1%, rural-42,1%), tumori - 35,7% (feminin - 29,6%, masculin – 42,6%, urban-31,1%, rural-42,4%) și tulburari mentale și de comportament – 28,2% (feminin - 27,7%, masculin – 29,1%, urban, 25,2%, rural-32,7%);

□ Bolile cronice

Bolile cronice afectează 58,6% din persoanele cu vârsta între 65-74 ani și 76,1% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Pentru sexul feminin, procentele sunt de 64,0% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 78,4% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Pentru sexul masculin, procentele sunt de 51,4% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 72,3% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Se observă incidența mai mare a bolilor cronice la femeile vârstnice.

Pentru mediul urban, procentele sunt de 65,1% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 79,1% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste. Pentru mediul rural, procentele sunt de 53,3% pentru tranșa de vârstă 65-74 ani și 73,9% din persoanele cu vârsta de 75 ani și peste.

Bolile cu cea mai mare incidență la persoanele vârstnice sunt: hipertensiunea arterială, artrită reumatoidă și afecțiunile lombare sau alte afecțiuni ale spatelui, iar în rândul persoanelor vârstnice, atât pentru tranșa 65-74 ani, cât și la tranșa 75 ani și peste, procentul femeilor bolnave este superior procentului bărbaților bolnavi, iar procentele vârstnicilor bolnavi din mediul rural este superior celui din urban.

□ Starea de sănătate autodeclarată

În rândul vârstnicilor din România, pentru ambele tranșe de vârstă (65-74 ani și 75 ani și peste), cei din urban declară într-o măsură mai mare o stare de sănătate satisfăcătoare, proastă și foarte proastă față de cei din mediul rural.

Tabelul nr.77
%

Mediul/Grupa de vârstă		Din total, după starea de sănătate declarată:		Persoane care au declarat – „nu știu/refuz”
		foarte bună și bună	satisfăcătoare, proastă și foarte proastă	
Total	65-74 ani	31,5	68,5	-
	75 ani și peste	18,2	81,7	0,1
Feminin	65-74 ani	26,9	73,0	0,1
	75 ani și peste	16,4	83,6	-
Masculin	65-74 ani	37,6	62,4	-

	75 ani și peste	21,1	78,7	0,2
Urban	65-74 ani	28,9	71,1	-
	75 ani și peste	16,5	83,5	-
Rural	65-74 ani	33,6	66,3	0,1
	75 ani și peste	19,4	80,5	0,1

❑ Gradul de satisfacție al populației vârstnice față de serviciile medicale

Persoanele vârstnice se declară foarte satisfăcute sau satisfăcute de serviciile medicale din spitale, prestate de medicii stomatologi, medicii specialiști sau chirurghi cu proporții cuprinse între 40,0%-50,0%. Pentru aceste servicii, persoanele vârstnice se declară – nesatisfăcute sau foarte nesatisfăcute cu proporții cuprinse între 6,0%-12,0%. Persoanele vârstnice sunt satisfăcute într-o mai mare măsură de medicii de familie sau generaliști, respectiv în proporții variind între 65,0% - 73,0%.

În general, principalele disfuncționalități cu care se confruntă asistența medicală din punct de vedere organizatoric, cât și calitativ, se datorează în principal:

- ❑ accesului dificil al anumitor categorii de vârstnici (populația din mediul rural⁶⁷, persoanele neasigurate) la un pachet minimal de servicii de sănătate;
- ❑ slabei coordonări, îndrumări și control a medicilor pe care trebuie să o exercite direcțiile de sănătate publică și casele teritoriale de asigurări de sănătate;
- ❑ persistenței în zonele suburbane a navetismului cu condiționarea actului medical de mijloacele de navetă;
- ❑ scăderii deontologiei medicale a personalului medico-sanitar, fenomen care se manifestă în întregul sistem sanitar;
- ❑ limitării activității de prevenție primară și secundară la persoanele vârstnice;
- ❑ compensării mici a serviciilor stomatologice pentru persoanele vârstnice sau necompensării unor astfel de servicii;
- ❑ lipsei de compensare a protezelor dentare și a endoprotezelor pentru populația vârstnică;
- ❑ insuficienței dezvoltării a rețelei de geriatrie, cu absența medicilor specialiști geriatri în majoritatea zonelor;
- ❑ activității medicale recuperatorii limitate numai în domeniul reumatologic și ortopedic;
- ❑ slabei dezvoltări a spitalelor medico-sociale;
- ❑ asistenței farmaceutice deficitare în mediul rural și aprovizionării necorespunzătoare;
- ❑ serviciului de îngrijiri la domiciliu care este aproape inexistent;
- ❑ concentrării centrelor medicale și de laborator în mediul urban;

⁶⁷ Fapt îngrijorător, deoarece în prezent în mediul rural sunt concentrați cei mai mulți vârstnici (60 ani și peste), respectiv 53,0% din total vârstnici la nivelul țării și 23,9% din totalul populației rurale, față de vârstnicii din mediul urban, care reprezintă 17,3% din totalul populației urbane – iulie 2010.

- ❑ lipsei unei comunicări eficiente și operaționale între diferitele specialități medicale și medicul de familie.

În plus, vârstnicii solicitanți de servicii medicale sau consumatori de medicamente se lovesc de următoarele dificultăți:

- ❑ examenele paraclinice și de laborator se fac pe bază de programare și listă de așteptare, care în unele cazuri poate dura peste două sau trei luni, adesea bolnavii vârstnici fiind obligați să le efectueze contra-cost;
- ❑ internarea în spitale este un procedeu foarte greu și de cele mai multe ori tratamentele și materialele sanitare din timpul spitalizărilor sunt suportate de persoanele vârstnice sau de familia acestora;
- ❑ farmaciile nu respectă contractul cu casele de asigurări și nu eliberează continuu medicamente compensate și gratuite, motivația fiind lipsa fondurilor alocate de casa de asigurări.
- ❑ există medicamente des solicitate de vârstnici, care nu se eliberează gratuit sau compensat - pensionarii fiind uneori obligați să le cumpere la preț integral sau prețul medicamentelor este prea ridicat, chiar și atunci când sunt compensate, în comparație cu veniturile insuficiente ale pensionarilor.

Totodată sistemul sanitar cu deficiențele sale multiplică problemele cărora persoanele vârstnice cu greu le pot face față în actualul context socio-economic, iar serviciile și prestațiile sociale nu reușesc să compenseze aceste lacune conducând la agravarea stării de dependență și degradarea nivelului de trai al vârstnicilor.

Resursele (materiale, umane) alocate sănătății sunt deficitare, din punctul de vedere al procentului⁶⁸ cheltuielilor cu sănătatea în P.I.B, care plasează România pe ultimul loc, cu 5,3% (2008), după Estonia(5,9%) și Cipru(5,8%),

7. Sistemul de Asistența Socială

Conservarea capacităților fizice, psihice, intelectuale se realizează prin păstrarea cât mai mult timp a vârstnicilor în viața activă și valorizarea experienței acestora în folosul propriu și al comunității. Totodată, **fără o asistență socială și medicală de lungă durată, existența însăși a persoanelor vârstnice dependente este compromisă deoarece odată cu înaintarea în vârstă, riscul de a prezenta boli invalidante și implicit de dependență crește.**

⁶⁸ http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha1p&lang=en

Asistența socială trebuie să asigure respectarea drepturilor persoanelor vârstnice așa cum sunt ele reglementate în tratatele și convențiile internaționale pe care România le-a ratificat. **Prin Carta Socială Europeană revizuită, ratificată prin Legea nr. 74/1999, România s-a angajat să promoveze, fie direct, fie în cooperare cu organizațiile neguvernamentale, măsuri adecvate destinate persoanelor vârstnice pentru a permite acestora să rămână membri deplin ai societății, să dispună de resurse suficiente pentru o existență decentă, să poată participa activ la viața publică, socială și culturală, să ducă o existență independentă, cât mai mult timp posibil, în mediul obișnuit, să dispună de serviciile de îngrijire necesare în funcție de nevoile individuale, iar pentru persoanele aflate în regim instituționalizat, să se asigure o existență corespunzătoare.**

Drepturile sociale ale persoanelor vârstnice sunt reglementate în prezent prin Legea nr.17/2000 – act normativ depășit de problematica situației actuale a acestei categorii de populație.

Asistența socială pentru persoanele vârstnice este deficitară, departe de a contribui la îmbunătățirea nivelului de trai pentru persoanele de vârstă a treia aflate în situații de dependență. La nivelul întregului sistem acțiunile organizatorice întreprinse în vederea protejării persoanelor în etate trebuie efectuate în următoarele direcții:

- ❑ sunt necesare trei nivele de observație: individual, colectiv și al comunității;
- ❑ urmează a fi satisfăcute trei categorii de necesități: sociale, medicale și psihologice;
- ❑ calitatea asistenței medicale trebuie îmbunătățită la cele trei nivele de acordare: teritorială, la domiciliu și spitalicească;

De asemenea tot la nivel de ansamblu se ridică următoarele probleme:

- ❑ imposibilitatea de a stabili și acoperi în termeni reali nevoile sociale la persoanele sau grupurile sociale aflate temporar în dificultate;
- ❑ utilizarea ineficientă a resurselor financiare și umane aflate la dispoziția sistemului;
- ❑ intervenții și asupra mediului în care vârstnicul trăiește, nu numai asupra acestuia, în scopul satisfacerii nevoilor sale.

Numeroase problemele ne-au fost semnalate de către reprezentanții instituțiilor de tip rezidențial (cămine de bătrâni și centre de îngrijire și asistență). Dintre acestea evidențiem următoarele:

- ❑ lipsa fondurilor;
- ❑ lipsa personalului specializat, impediment important în desfășurarea activității;
- ❑ slaba dotare a instituției;
- ❑ lipsa personalității juridice a instituțiilor îngreunează gestionarea fondurilor, duce la imposibilitatea realizării unor achiziții strict necesare (medicamente, aparatură medicală, electrocasnică sau de mobilier, etc);

- ❑ legislația de funcționare a instituțiilor de asistență socială nu este clară, prevederile Legii nr. 17/2000 nu se aplică integral, aspect ce a determinat ca persoanele vârstnice să fie asistate în aceleași instituții de asistență socială cu persoanele cu dizabilități sau bolnavi cronici;
- ❑ capacitatea redusă de cazare a instituției și a numărului mare de persoane asistate într-o cameră;
- ❑ lipsa accesibilităților pentru persoanele greu deplasabile;
- ❑ lipsa spațiului pentru activități recreative;
- ❑ dezinteresul și slaba implicare a familiei celor asistați în instituție;
- ❑ vechimea imobilului, care nu poate fi adaptat pentru a corespunde standardelor minime de calitate a serviciilor oferite asistaților.

Transferarea **căminelor pentru persoanele vârstnice** din subordinea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale în subordinea consiliilor locale a condus la situația că în aceste instituții latura socială și socio-medicală este mai slab dezvoltată, excluzând serviciile de îngrijire. Majoritatea nu au condiții pentru asigurarea serviciilor sociale de prevenire a marginalizării sociale și reinserție socială a asistaților, din lipsa personalului de specialitate (asistent social, psiholog, ergoterapeut, kinetoterapeut etc) și pentru că spațiile nu sunt amenajate corespunzător; nu există o cameră destinată vizitelor pentru persoanele asistate care sunt deplasabile, nu există cluburi în care să se organizeze activități recreative sau culturale, nu există o relație constantă cu comunitatea și cu aparținătorii persoanelor asistate.

În cazul **unităților de asistență medico-socială** s-a constatat, de asemenea, că în componența colectivului de angajați nu sunt incluși medici cu specialitatea geriatrie și din acest motiv în aceste unități nu se pot efectua terapii specifice persoanelor vârstnice și nici terapii recuperatorii pentru bolile cronice. Toate aceste disfuncționalități conduc la prelungirea perioadei de staționare a asistaților blocând accesul celor care ar putea beneficia de serviciile medico-sociale ale instituției. Deși înființarea unităților medico-sociale a fost gândită pentru desconggestionarea unităților mari spitalicești și asigurarea continuității asistenței medicale, în cazul vârstnicilor cu boli cronice se constată eficiența scăzută a unităților medico-sociale în raport cu scopul pentru care au fost constituite (găzduirea pe o perioadă determinată a persoanelor cu probleme sociale și medicale). Totodată, numărul preponderent al persoanelor vârstnice (peste 60 de ani) sugerează că unitățile medico-sociale sunt pe cale să se transforme în cămine pentru persoane vârstnice, cunoscut fiind faptul că sistemul instituțional este deficitar în acest domeniu.

Societatea civilă are rolul de a fi deschizătorul de drumuri în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice și a îngrijirii la domiciliu. Modelele de îngrijiri pe diverse categorii de persoane asistate au fost inițiate de către unele organizații neguvernamentale. Ele au beneficiat de finanțări

externe și odată cu acestea de modelele de bune practici ale țărilor finanțatoare. În prezent, statul a început să-și asume responsabilitatea transferului de informație și de susținere financiară a unor programe care corespund standardelor de calitate și se adresează unei categorii importante de beneficiari. În această situație se află programele adresate vârstnicilor, care au fost introduse prin intermediul finanțării externe, iar în prezent se află într-o incapacitate de susținere financiară a activității, în lipsa implicării active a autorităților publice locale. Legea nr. 34/1998 a fost promovată pentru a susține programele prin finanțare de la bugetul de stat și respectiv bugetul local în funcție de aria de activitate a organizației neguvernamentale, dar s-a dovedit curând a fi insuficientă. Fenomenul s-a accentuat în măsura în care cultura filantropică a sectorului privat, care ar putea contribui prin donații, sponsorizări, nu este suficient dezvoltată încât să existe un interes pentru finanțarea unor segmente de populație care nu aduc notorietate, iar vârstnicii fac parte din această categorie.

Principalele dificultăți care au fost semnalate de către **organizațiile nonprofit** cu care Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice a încheiat protocoale de colaborare și care desfășoară programe de îngrijire la domiciliu pentru beneficiari de vârstă a treia sunt următoarele:

- ❑ dificultăți în relația cu medicii de familie, care au un program încărcat, număr mare de pacienți, motiv pentru care documentele medicale se obțin cu greutate;
- ❑ numărul insuficient de îngrijitori, care se resimte prin faptul că nu se poate răspunde cererilor numeroase ale persoanelor vârstnice pentru acordarea de asistență socio-medicală la domiciliu;
- ❑ îngrijitorii nu sunt specializați pentru a îngriji vârstnicii cu anumite afecțiuni – exemplu: asistenții personali ai celor care suferă de Alzheimer nu sunt pregătiți pentru a acorda îngrijire specializată;
- ❑ avizele medicale pentru decontarea serviciilor medicale și socio-medice prin intermediul caselor de sănătate se obțin cu întârziere, timp în care asistații nu pot sta fără tratament;
- ❑ multe probleme de comunicare au drept cauze mentalitatea specifică vârstei a treia privind accesul persoanelor străine în locuință;
- ❑ colaborarea cu familia asistatului este dificilă, membrii acesteia având tendința de a neglija vârstnicul;
- ❑ se încearcă de multe ori implicarea vecinilor pentru a supraveghea persoana vârstnică;
- ❑ aportul voluntarilor este redus;
- ❑ resursele financiare sunt limitate, unele programe încetând din lipsa fondurilor;
- ❑ medicii geriatri sunt inexistenți în echipa de evaluare socio-medicală a persoanelor vârstnice;

- ❑ organizațiile neguvernamentale active nu acoperă în mod suficient nevoia de îngrijire la domiciliu în măsura în care sectorul public nu suplinește prin inițiativa proprie acest deficit;
- ❑ lipsa spațiilor sau spații inadecvate pentru desfășurarea activității.

Totodată, aportul sectorului neguvernamental în acest domeniu nu este susținut suficient de la bugetul de stat prin subvenții consistente, care să asigure continuitatea programelor inițiate.

Legislația în domeniul financiar nu încurajează suficient transferurile între sectorul public și cel privat. Resursele insuficiente și inegal repartizate la nivelul comunităților, cu diferențe majore între localități, cauzate de nivelul de dezvoltare economică, determină **repartizarea inegală a furnizorilor la nivel național.** Oferta de servicii este mult mai redusă pentru localitățile mici și pentru cele rurale, în care sunt active doar organizațiile neguvernamentale, iar instituțiile publice nu au decât în mică măsură organizate servicii de îngrijire pentru vârstnici. Această discrepanță trebuie avută în vedere la elaborarea strategiilor de politică socială și la distribuirea fondurilor de la bugetul de stat, care pot compensa fondurile deficitare ale bugetelor locale incapabile să susțină și să promoveze noi programe de asistență socială.

Autoritățile publice locale (Direcțiile generale de asistență socială la nivel județean și al sectoarelor municipiului București și Serviciile publice de Asistență Socială la nivel comunităților locale) cu responsabilități în proiectarea strategiilor, organizarea, coordonarea și controlul activității de asistență socială evidențiază o serie de deficiențe care împiedică buna desfășurare a sistemului de acordare a asistenței sociale pentru persoanele vârstnice și anume:

- ❑ insuficienta dezvoltare a serviciilor sociale;
- ❑ lipsa de comunicare sau comunicare deficitară între instituții;
- ❑ lipsa unui cadru legislativ, care să permită supravegherea și coordonarea acestor activități de către o singură instituție;
- ❑ slaba coordonare și delimitare a responsabilităților instituționale;
- ❑ dificultăți în obținerea avizelor medicale pentru funcționarea unităților de asistență socială în regim rezidențial sau la domiciliul persoanelor vârstnice;
- ❑ nealocarea de spații destinate activităților de asistență socială;
- ❑ număr redus al specialiștilor în domeniul asistenței sociale și în domeniul asistenței medicale geriatrice;
- ❑ instabilitatea cadrului legislativ și legislație incompletă în domeniul asistenței sociale;
- ❑ politicile sociale nu sunt țintite către nevoile reale ale comunității;
- ❑ insuficiența finanțării pe baza Legii nr. 34/1998;
- ❑ lipsa de finanțare din parte Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate;
- ❑ acces restrâns la programele finanțate de Uniunea Europeană.

Legislația actuală în domeniul asistenței sociale este inconsistentă în raport cu așteptările pentru a se asigura cadrul general și funcționarea coerentă a sistemului. Legea nr. 47/2006 nu reformează sistemul național de asistență socială și nu aduce îmbunătățiri în raport cu reglementarea anterioară - Legea nr.705/2001. De asemenea, **nu există o lege care să reglementeze protecția socială a persoanelor vârstnice în acord cu drepturile lor recunoscute la nivel european.** Aceste drepturi nu sunt enunțate explicit și nu există metodologii pentru punerea lor în aplicare. Una dintre problemele deosebite cu care se confruntă persoanele vârstnice se referă la vulnerabilitatea și riscul crescut de a fi escrocați tocmai în încercarea de a-și asigura viitorul.

Putem afirma, totuși, că a fost asigurat cadrul legal permite protecția vârstnicilor împotriva abuzurilor din partea rudelor sau a altor persoane care i-ar putea deposeda de bunuri (și sunt multe situații mediatizate de acest gen), cu condiția ca persoanele vârstnice să știe să apleze la instituțiile abilitate în a-i asista și proteja, juridic, social și civil(Legea 270/2008, art 1 și 2).

Complementaritatea ofertei de servicii sociale destinate vârstnicilor prin sistemul public și cel privat își are cadrul legal constituit și depinde de rețeaua instituțiilor de asistență socială de la nivelul fiecărui județ, dar și de abilitatea aleșilor locali de a dezvolta și încuraja externalizarea serviciilor sociale, stimulând și încurajând dezvoltarea furnizorilor privați de servicii comunitare la domiciliu – oferite persoanelor vârstnice.

Deși Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice a intrat în vigoare în anul 2000, până în prezent se observă o slabă dezvoltare a serviciilor pentru vârstnici comparativ cu alte categorii defavorizate (copii, persoane cu handicap) și o insuficientă dezvoltare a structurilor la nivelul autorităților publice. Nu există o autoritate competentă la nivel național delegată de Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale pentru a elabora strategii, a urmări aplicarea măsurilor pe plan local, a gestiona baze de date cu privire la numărul persoanelor vârstnice aflate în situația de risc și al serviciilor dezvoltate pentru acestea. De asemenea, nu există servicii/departamente destinate persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor de asistență socială județene, persoanele vârstnice fiind asimilate cu persoanele adulte sau persoanele cu handicap și de cele mai multe ori marginalizate.

Legea nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice prezintă o serie de lipsuri deoarece nu acoperă întreaga problematică a persoanelor de vârstă a treia, iar prevederile sale nu sunt puse în aplicare corespunzător. Pe de altă parte, legislația în domeniul sanitar nu încurajează furnizorii de servicii medicale pentru a încheia contracte cu casele județene de asigurări de sănătate, iar sumele decontate de către acestea sunt considerate insuficiente pentru acoperirea costurilor serviciilor acordate.

Insuficienta prevederilor Legii nr.17/2000, legea care reglementeaza drepturile sociale ale persoanelor varstnice, cat si cele ale legislatiei secundare au fost sesizate in repetate randuri de catre Consiliul National al Persoanelor Varstnice care se refera in principal la:

- ❑ corelarea judicioasa a termenilor utilizati referitor la asistenta/serviciile medicale in acord cu noua legislatie in domeniul sanatatii, respectiv : asistenta medicala primara, asistenta medicala comunitara, servicii medicale extinse;
- ❑ nu sunt cuprinse masuri concrete pentru dezvoltarea platformei gerontologice, ci doar intentii declarative cu caracter general;
- ❑ nu cuprinde tipurile de servicii sociale, cu informatii generale despre acestea;
- ❑ nu este prezentat explicit traseul birocratic pe care persoana varstnica sau sustinatorii acesteia trebuie sa-l parcurga pentru a beneficia de servicii sociale;
- ❑ ingrijirea pe principiul abordarii integrate a nevoilor persoanei varstnice presupune precizarea clara a tipurilor de servicii intr-o taxonomie care sa constituie reper pentru furnizori, finantatori si evaluatori;
- ❑ nu sunt delimitate clar componenta, atributiile si responsabilitatile echipei care asigura ingrijirea la domiciliu a persoanei varstnice;
- ❑ nu sunt precizate serviciile de care beneficiaza persoanele varstnice in centrele rezidentiale;
- ❑ *serviciile sociale, socio-medicale si medicale* oferite persoanelor varstnice cuprind un *pachet de baza care ar putea fi extins* in functie de nevoile individuale identificate in randul populatiei varstnice;
- ❑ *colaborarea dificila cu sistemul sanitar* ca urmare a nereglementarii acesteia si constatarea ca nu toate unitatile medico-sociale functioneaza in baza unui contract cu casele județene de asigurari de sanatate se reflecta in capacitatea limitata a acestora de a asigura si a sustine financiar asistenta medicala a persoanelor asistate.

Situatia persoanelor varstnice dependente din **România**, din punct de vedere al creșterii procentuale(2060/2007) și al structurii, în prezent (2007) și în viitor (2060), pe tipuri de îngrijiri, este evidențiată în tabelul următor:

Tabelul nr.78

	Total		Formal- instituții		Formal - domiciliu		Informal	
	(%)	poziție	(%)	poziție	(%)	poziție	(%)	poziție
(+) 2060/2007	130,4	11	159,8	15	150,7	10	123,1	7
2007	100,0	X	8,5	20	15,0	18	76,5	11
2060	100,0	X	9,5	18	16,4	18	74,1	9

Se desprinde în principal concluzia că și peste decenii, **România** își va păstra modelul

tradițional actual de îngrijire a vârstnicului în cadrul familiei, în defavoarea instituționalizării acestuia, situație fundamentată pe de o parte pe perpetuarea de-a lungul generațiilor a respectului față de vârstnici și pe preferința acestora pentru îngrijiri în cadrul familiei, iar pe de altă parte pe procentul extrem de mic al cheltuielilor publice alocate din PIB îngrijirilor de durată, reflectat și în slaba dotare a celor mai multe din instituțiile publice cu specific de ocrotire a persoanelor vârstnice.

* * *

*

Guverenarea actuală nu a reușit să articuleze un program credibil de ieșire din criză și de diminuare a efectelor sociale negative asupra populației.

Criza găsește România la un grad îngrijorător de demoralizare a populației, mai ales a celei sărace, reducând capacitatea de mobilizare a acesteia la nivel național și comunitar printr-un efort colectiv de refacere a democrației fragile și a solidarității comunitare. Criza, ca orice problemă nouă, trebuie cercetată prin efectele ei directe și indirecte, implicite sau explicite, la nivel macro și microeconomic, social și politic.

PROPUNERI

Angajarea României în Uniunea Europeană nu este o simplă problemă de prestigiu, ci un proiect de dezvoltare. Am subscris prin acest act programului european pentru construirea împreună a unei Europe comune, coezive, omogene și echilibrate, o sursă a bunăstării colective. Nu este suficient să declarăm verbal, ci și să acționăm în acest sens.

Așa cum rezultă din datele prezentate, România se plasează pe ultimul loc sau printre ultimele în raport cu celelalte State Membre. În plus, fenomenul îmbătrânirii, în România, a generat deja presiuni asupra sistemului public de pensii, serviciilor de asistență socială și serviciilor de sănătate, presiuni care se vor accentua în deceniile următoare.

În contextul integrării României în Uniunea Europeană, soluțiile la aceste probleme am considerat necesar să le prezentăm în 2 planuri: planul Uniunii Europene (soluții cu caracter de linii directoare, dar care pot fi adaptate și României, cu condiția dezvoltării și modernizării, în perspectivă, a sistemelor actuale) și planul României (viziune asupra sistemelor menționate în contextul actualei crize economice)

Uniunea Europeană

Îmbătrânirea populației în țările UE-27 în următoarele decenii ar putea genera dezechilibre macroeconomice. Guvernele Statelor Membre trebuie să ia măsuri acum într-o gamă largă de politici economice, financiare și sociale pentru a asigura fundamentul menținerii echilibrului într-o societate care îmbătrânește. În timp ce reformele sunt deja în curs de desfășurare, reforme mult mai profunde vor fi necesare pentru a face față provocărilor îmbătrânirii populației.

Direcția Generală pentru Afaceri Economice și Financiare (DG ECFIN) are sarcina de a realiza analize și evaluări economice la nivel microeconomic și macroeconomic, pentru a contribui la înțelegerea impactului potențial și real al schimbărilor demografice și pentru a oferi consiliere privind modul în care trebuie să se reacționeze la aceste schimbări. În cadrul acestor atribuții, DG ECFIN monitorizează și analizează randamentul statelor prospere din Europa, punând accent pe analiza și estimarea implicațiilor îmbătrânirii populației. Estimările privind costurile generate de îmbătrânirea populației se referă la pensii, la asistența medicală pe termen lung, la educație și alocațiile de șomaj

și alimentează o serie de dezbateri politice la nivelul UE. În mod special, aceste estimări sunt folosite în cadrul evaluării anuale a viabilității finanțelor publice întreprinsă în cadrul Pactului de stabilitate și creștere, în contextul Metodei Deschise de Coordonare aplicată în domeniul pensiilor, asistenței medicale și incluziunii sociale și în cadrul analizei impactului îmbătrânirii populației asupra pieței muncii și asupra creșterii economice potențiale care este relevantă pentru orientările generale de politică economică.

Îmbătrânirea inevitabilă ale societăților va ridica în viitor următoarele probleme critice, la care trebuie găsite soluții:

- va continua să fie posibilă partajarea resurselor societăților între generațiile în lucru și membrii săi dependenți care nu lucrează în moduri care să nu dea naștere la conflicte sociale inacceptabile inter-generații?
- cum poate fi sporită contribuția persoanelor în vârstă la dezvoltarea socio-economică a societății?
- cum ar trebui reformate avantajos sistemele de pensii, de sănătate și de îngrijire pe termen lung?
- care sunt schimbările necesare în infrastructura financiară pentru a sprijini dezvoltarea sistemelor de pensii finanțate?

Principalele direcții de acțiune la nivelul Uniunii Europene, pentru a diminua efectele generate de îmbătrânirea populațiilor și de actuala criză economică sunt următoarele:

1. Strategia Europa 2020

Europa se confruntă cu provocări structurale majore - globalizarea, schimbările climatice și îmbătrânirea populației. Încetinirea creșterii economice a făcut aceste probleme și mai presante.

Odata cu crearea contextului institutional și politic propice înlăptuirii reformelor structurale la nivelul UE, precum și la nivelul statelor membre, la 3 martie 2010 Comisia Europeana a lansat și supus dezbaterii publice **Comunicarea Europa 2020 - o strategie pentru creștere inteligentă, ecologică și favorabilă incluziunii**. Obiectivele strategiei Europa 2020 au fost confirmate de Consiliul European de vara în data de 17 iunie 2010.

Strategia *Europa 2020* reprezintă un document strategic al Uniunii Europene, cu privire la domeniul **economic și social**, în contextul modelului european al economiei sociale de piață, document care proiectează direcțiile fundamentale de dezvoltare economică și socială ale Uniunii Europene în secolul 21.

Strategia *Europa 2020* conține țintele fundamentale pe care Uniunea Europeana își propune să le atingă, în domeniul economic și social, la orizontul anului 2020, adică pe parcursul intervalului

2011-2020, pe ansamblul Uniunii. Strategia *Europa 2020* se constituie în continuatoarea Agendei Lisabona⁶⁹ 2010, care a funcționat, cu același scop, pentru perioada 2000-2010.

Strategia Europa 2020 propune trei priorități, care se constituie în *principiile fundamentale* ale construcției europene în următoarea decadă:

1. creștere **inteligentă** – dezvoltarea unei economii bazate pe cunoaștere și inovare; (economie în care producția, circulația și valorificarea informației de orice fel au caracter democratic, de masă și funcționează într-o rețea cu un grad de automatizare din ce în ce mai mare);

2. creștere **sustenabilă** - promovarea unei economii mai eficiente din punctul de vedere al utilizării resurselor, mai ecologice și mai competitive (creștere economică de natură să asigure satisfacerea nevoilor economice ale generației curente fără a afecta în mod negativ șansele generațiilor viitoare de a-și satisface nevoile economice proprii);

3. creștere **favorabilă incluziunii** – promovarea unei economii cu o rată ridicată a ocupării forței de muncă, în măsură să asigure coeziunea economică, socială și teritorială. (creștere economică care să genereze sporirea gradului și calității integrării sociale a tuturor membrilor societății, prin reducerea și, la limita, eliminarea disparităților economice și sociale care nu sunt bazate pe disparități de merit).

În scopul realizării acestor principii, Strategia Europa 2020 propune următoarele opt ținte, grupate pe cinci obiective, la orizontul anului 2020:

a) obiectivul **economic**: rata de ocupare: 75,0% (în grupa de vârstă 20-64ani) (și participarea lucrătorilor în vârstă și mai puțin calificați);

b) obiectivul suport general al dezvoltării: ponderea fondurilor totale (publice și private) alocate **cercetării-dezvoltării**: 3,0% din PIB;

c) obiectivul tehnologic: trinumul **"20x20x20"**: reducerea emisiilor de gaze cu efect de seră cu 20,0% (față de 1990), creșterea eficienței energetice cu 20,0% sau scăderea consumului de energie cu 20,0%, creșterea ponderii surselor regenerabile de energie în consumul final brut de energie la 20,0%;

d) obiectivul educațional: limitarea la maxim 10,0% a **ratei de părăsire timpurie a școlii** de către populația în vârstă de 18-24 de ani și atingerea ponderii de minim 40,0% a populației care absolvă învățământul terțiar sau echivalent și are vârsta cuprinsă între 30-34 ani;

e) obiectivul **social**: scăderea numărului persoanelor expuse **riscului sărăciei** cu 20 milioane (reducerea cu 25,0% a numărului persoanelor cu risc de sărăcie).

⁶⁹Originalul Strategiei de la Lisabona a fost lansat în 2000 ca un răspuns la provocările globalizării și ale îmbătrânirii. Strategia inițială s-a dezvoltat treptat într-o structură extrem de complexă, cu multiple obiective și acțiuni și cu o diviziune înclără a responsabilităților și a sarcinilor, în special în interiorul UE și la nivel național. Strategia de la Lisabona a fost, prin urmare, re-lansată în 2005, în urma unei revizuirii la jumătatea perioadei.

În scopul atingerii acestor ținte, sunt propuse șapte inițiative emblematice:

- ❑ Uniune a Inovării;
- ❑ Tineret în mișcare;
- ❑ O agendă digitală pentru Europa;
- ❑ O Europă eficientă din punctul de vedere al utilizării resurselor;
- ❑ O politică industrială adaptată erei globalizării;
- ❑ **O agendă pentru noi competențe și noi locuri de muncă;**
- ❑ **Platforma europeană de combatere a sărăciei.**

De interes pentru scopul lucrării noastre este analiza ultimelor 2 ținte.

❑ ***O agendă pentru noi competențe și noi locuri de muncă***

- scop: crearea condițiilor de modernizare a pieței muncii, care să asigure creșterea ocupării și sustenabilitatea modelelor sociale (inclusiv creșterea productivității muncii).
- **direcții la nivelul UE:**
 - definirea și implementarea etapei a doua a agendei flexicurității⁷⁰, împreună cu partenerii sociali europeni;
 - adaptarea cadrului legislativ, în acord cu principiile reglementării inteligente, care să producă noi modele ale muncii;
 - facilitarea și promovarea mobilității intra-europene a forței de muncă și întâlnirea mai bună dintre cererea și oferta de muncă (inclusiv cu privire la migrarea forței de muncă);
 - întărirea capacității partenerilor sociali și utilizarea deplină a potențialului de soluționare a problemelor pe care-l deține dialogul la toate nivelurile;
 - impulsivitatea puternică a cadrului strategic de cooperare în educație și training, implicând pe toți cei interesați (implementarea principiilor învățării continue și vocaționale);
 - dezvoltarea cadrului european de competențe, calificări și ocupații (ESCO).
- **direcții la nivel național:**
 - implementarea căilor naționale pentru flexicuritate;
 - revizuirea și monitorizarea regulată a sistemelor de impozite și beneficii, îndeosebi privind forța de muncă slab calificată și eliminarea măsurilor care descurajează auto-ocuparea;
 - **promovarea noilor forme de echilibru muncă-viață, a politicilor active privind populația vârstnică și creșterea egalității de gen;**
 - promovarea și monitorizarea implementării efective a rezultatelor dialogului social;

⁷⁰ Creșterea flexibilității pieței muncii, concomitent cu asigurarea securității locului de muncă

- stabilirea cadrului național de calificari, în scopul implementarii cadrului european de calificari;
- asigurarea că sistemele de învățământ și training (la nivel formal și informal) generează competențele cerute de educația ulterioară și de piața muncii;
- dezvoltarea parteneriatelor între educatie și muncă (inclusiv prin participarea partenerilor sociali la planificarea educației și training-ului).

❑ **Platforma europeană de combatere a sărăciei**

- scop: asigurarea coeziunii economice, sociale si teritoriale

● **direcții la nivelul UE:**

- transformarea metodei deschise de coordonare a excluziunii si protectiei sociale într-o platforma de cooperare, pilotare și schimb de bune practici în domeniu (inclusiv prin utilizarea fondurilor structurale);
- proiectarea si implementarea programelor de promovare a inovatiei sociale pentru cei mai vulnerabili, pentru cei discriminati si dezvoltarea unei noi agende privind integrarea migranților;
- realizarea unei evaluari a adecvarii si sustenabilitatii sistemelor de pensii si protectie sociala (inclusiv îmbunatatirea accesului la sistemele de sanatate);

● **direcții la nivel național:**

- promovarea împărțirii responsabilității individuale și colective în combaterea sărăciei și excluziunii sociale;
- definirea și implementarea masurilor de tratare a riscurilor particulare ale grupurilor;
- desfășurarea sistemelor de pensii și securitate socială pentru asigurarea veniturilor și accesului la sistemele de sănătate.

2. Îmbătrânirea activă

O tranziție mai flexibilă către pensionare este "îmbătrânirea activă" - capacitatea pe care o au oamenii, pe măsură ce îmbătrânesc de a duce o viață productivă în societate și economie. Îmbătrânirea activă presupune un grad ridicat de flexibilitate în modul în care indivizii și familiile aleg să-și petreacă timpul - în muncă, în procesul de învățare, petrecerea timpului liber și în oferirea de îngrijiri.

O varietate de reforme vor fi necesare pentru a se asigura că mai multe oportunități de locuri de muncă sunt disponibile pentru lucrătorii mai în vârstă.

Politica publică poate încuraja "îmbătrânirea activă", prin înlăturarea constrângerilor existente

în cursul vieții. Politică publică poate oferi, de asemenea, sprijinul pentru a lărgi gama de opțiuni disponibile pentru persoane fizice prin intermediul învățării eficiente pe tot parcursul vieții sau prin gama de intervenții medicale care ajută oamenii să își mențină autonomia pe măsură ce îmbătrânesc.

Într-adevăr, dovezile disponibile indică faptul că cu cât persoane în vârstă sunt active, cu atât se bucură de o calitate a vieții mai bună.

Însă sistemele curente de pensii publice, sistemele de impozitare și a programelor sociale interacționează pentru a descuraja puternic lucrătorii să rămână în forțele de muncă după o anumită vârstă. Eliminarea acestor factori de descurajare, poate chiar și oferirea de stimulente pozitive pentru a lucra mai mult, împreună cu măsuri eficiente pentru a spori șansele de angajare ale lucrătorilor mai în vârstă, ar putea aduce o contribuție importantă la susținerea creșterii nivelului de trai.

Încurajarea oamenilor de a lucra mai mult ar determina creșterea economică, creșterea bazei de impozitare, și ar reduce numărul de persoane vârstnice dependente, un câștig triplu.

3. Sistemele de pensii

În majoritatea țărilor, resursele societăților se împart între populația activă și pensionari prin implicarea semnificativă a sistemelor publice de pensii, care sunt de obicei finanțate prin impozitele pe salarii.

Chiar dacă multe țări membre au luat deja măsuri pentru a reforma sistemele publice de pensii, acestea sunt insuficiente pentru a face față cu cererile pe acestora în viitor. Conturile publice de pensii din majoritatea țărilor membre va 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 pensionarii 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 investiții. Obiectivul este diversificarea riscurilor, un echilibru mai bun de repartizare 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 ar schimba curent "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 două sau trei decenii.

În plus, există limite în viteză cu care o țară poate trece la un sistem de finanțare datorită considerațiilor de ordin etic inter-generații: lucrătorii actuali vor trebui "să plătească de două ori", în fondul lor de pensii proprii și pentru pensiile pensionarilor actuali.

4. Sistemele de sănătate și de asistență socială (îngrijirile de lungă durată)

Oamenii trăiesc mai mult și sunt mai sănătoși. Cu toate acestea, îmbătrânirea populației va determina creșterea cheltuielilor cu sănătatea și creșterea costurilor de îngrijire pe termen lung, deși, probabil, mai puțin decât ar fi fost de temut. Provocarea centrală este să se asigure că aceste cheltuieli sunt rentabile (**eficiența costurilor**) și că îndeplinesc cerințele cele mai urgente - reducerea timpului petrecut în dependență și timpul îngrijirilor pentru boli cronice.

Însă, îngrijirile de lungă durată a persoanele în vârstă dependente sunt adesea fragmentate și inutile de costisitoare. Deoarece tendințele demografice indică o creștere deosebit de mare în numărul persoanelor din grupele de vârstă cele mai avansate (80 ani și peste), este importantă dezvoltarea politicilor explicite și a aranjamentelor financiare pentru îngrijirea persoanelor care să ofere servicii de calitate și eficiente, raportate la costuri.

5. Reformarea piețelor financiare

Îmbătrânirea populației va schimba modelele de economisire și investiții la nivel național, inclusiv prin construirea și derularea ulterioară a activelor de pensii private - de către generația babyboom în momentul pensionării. Diferențele în modelele de îmbătrânire în diferite țări, va da naștere la schimbări în modelele de economii, de investiții și în fluxurile internaționale de capital. Dezvoltarea sistemelor de pensii finanțate avansate ar trebui să meargă mână-în-mână cu cea a infrastructurii pieței financiare.

- consolidarea infrastructurii pieței financiare, prin îmbunătățirea legislației și a codurilor de conduită, precum și introducerea unor reguli riguroase privind transparență, responsabilitate fiduciară și divulgare;
- supraveghere îmbunătățită, îmbunătățirea și modernizarea regulilor de investiții a activelor de pensii, și o mai bună coordonare internă între diferite agenții de reglementare și de supraveghere implicate în furnizarea de venituri la pensie;

- reforme structurale în economiile de piață emergente pentru a asigura alocarea eficientă a economiilor în oportunitățile de investiții cele mai productive.

Dezvoltarea sistemelor de finanțare a pensiilor ar trebui să meargă "mână în mână" cu dezvoltarea infrastructurii pieței financiare, prin stabilirea unui cadru de reglementare modern și eficient.

6. Cooperarea internațională

Acțiunile la nivel internațional pot completa planurile naționale de acțiune. În timp ce reformele specifice trebuie să fie adaptate pentru a răspunde circumstanțelor din fiecărei țară, există mai multe direcții comune și multe lucruri care pot fi obținute prin cooperarea internațională în timpul procesului de reformă.

Zonele pentru cooperarea internațională includ:

- colectarea și schimbul de date statistice noi pe plan internațional bază comparabilă și exploatarea informațiilor existente;
- monitorizarea reformelor și schimbul de opinii într-un cadru multilateral;
- asistarea economiilor de piață emergente să pună în aplicare cu succes reformelor structurale și a politicilor macroeconomice sănătoase, în scopul de a facilita fluxul reciproc benefice a comerțului cu bunuri, servicii și active financiare între economiile Statelor Membre UE-27.

* *
*

Sistemele de pensii publice, sistemele de impozitare și programele sociale de transfer ar trebui să fie reformate pentru a elimina stimulentele financiare pentru pensionarea anticipată, și pentru a încuraja financiar pensionarea după vârsta legală.

Statele Membre ar putea finanța viitoarele cheltuieli sociale prin creșterea impozitelor pe salarii la cât va fi necesar, indiferent de nivel, dar acestea ar fi atât de ridicat încât ar descuraja efortul de muncă și ar reduce adânc standardele de viață ale oamenilor. Aceste considerații puntează **importanța primordială a limitării creșterii cheltuielilor din sistemele publice de pensii, de sănătate și îngrijiri de lungă durată.**

România

Profunzimea crizei economice și sociale ne impune să înțelegem că ne confruntăm cu un complex de probleme care impun un pachet de soluții. Soluțiile izolate și simple, oricât de bune par la prima vedere sunt sortite eșecului. În ceea ce privește principalele contribuții ale administrației publice centrale și locale, responsabile pentru îmbunătățirea condițiilor socio-economice ale persoanelor vârstnice, apreciem că acestea pot fi sintetizate după cum urmează:

1. Implementarea Strategiei Europa 2020

o Considerații privind elaborarea Programului Național de Reforme

• Rolul Programului Național de Reforme (PNR)

Programul Național de Reforme (PNR) reprezintă documentul de poziție al României privind implementarea națională a Strategiei Europa 2020.

Întrucât una dintre cele mai semnificative prevederi ale Strategiei Europa 2020 este aceea conform căreia toate politicile, strategiile și eforturile instituționale trebuie să fie consistente și convergente cu cele cinci obiective stabilite în Strategie, rezultă că, și la nivel național, PNR trebuie să coaguleze toate programele, strategiile sectoriale și politicile publice în scopul atingerii țintelor naționale propuse în acest program.

Pe baza acestei poziții, considerăm că, la nivel național, este necesar ca PNR să fie declarat în mod oficial programul-master (sau strategia-master) al dezvoltării societății românești pe perioada 2011-2020. Aceasta implică cel puțin următoarele:

- a. toate celelalte strategii naționale sau sectoriale (inclusiv cele transversale) vor fi elaborate în strictă concordanță cu PNR;
- b. obiectivele/țintele din strategiile naționale sau sectoriale vor fi consistente cu obiectivele/țintele din PNR;
- c. toate politicile publice trebuie să fie elaborate având în vedere ca scopul final al acestora este să contribuie la atingerea țintelor naționale stabilite prin PNR;
- d. toate resursele europene (în primul rând, fondurile structurale) trebuie accesate și utilizate, complet, eficient și legal, în primul rând pentru atingerea țintelor intermediare și a celor finale stabilite în PNR;
- e. structura guvernamentală, atât la nivelul cabinetului miniștrilor cât și la nivelul celorlalte structuri, centrale sau descentralizate ale guvernului (inclusiv la nivelul agențiilor guvernamentale și la nivelul celor independente) trebuie adaptată la mecanismul de proiectare, implementare, monitorizare și raportare a stadiului și calității atingerii țintelor naționale stabilite în PNR;

- f. este necesară crearea unor structuri și dispozitive instituționale care să realizeze o monitorizare integrată, cu caracter permanent, a implementării PNR și care să realizeze evaluări și raportări cu frecvență trimestrială la nivelul Guvernului.

- **Principii generale ale elaborării PNR**

Programul Național de Reforme va fi elaborat pe baza următoarelor principii de bază:

- a. PNR este un proiect intelectual: el aspiră să construiască o societate românească conformă cu prioritățile stabilite de Strategia Europa 2020;
- b. fiind un document de natura strategică (este transpunerea națională a Strategiei Europa 2020), PNR va cuprinde doar informații referitoare la:
- *obiectivul fundamental național*: care trebuie să coincidă cu obiectivul fundamental al Strategiei Europa 2020 (realizarea unei creșteri inteligente, sustenabile și favorabile incluziunii economiei și a societății românești);
 - *obiectivele sectoriale*: care trebuie să reprezinte transpunerea națională a obiectivelor Strategiei Europa 2020 (cele cinci obiective: economic, social, tehnologic, educațional și suport general al dezvoltării);
 - *țintele naționale*: care trebuie să reprezinte transpunerea națională a țăintelor stabilite în Strategia Europa 2020 (cele opt ținte naționale, așa cum au fost ele stabilite de GSLO: rata de ocupare, rata sărăciei relative, rata părăsirii timpurii a școlii, rata populației cu studii terțiare, rata emisiilor de gaze cu efect de seră, rata eficienței energetice, rata surselor de energie regenerabilă, rata cheltuielilor de cercetare-dezvoltare);
 - *programarea dinamică* a atingerii țăintelor naționale (ținte intermediare, faze, etape etc.), așa cum au fost propuse de GSLO;
 - *direcțiile majore de acțiune*: categoriile (clasele) de acțiuni care trebuie realizate în scopul atingerii obiectivelor și țăintelor PNR;
 - *instituțiile și organizațiile responsabile*: nominalizarea structurilor instituționale care vor asigura implementarea, monitorizarea și raportarea progreselor înregistrate în procesul de realizare a PNR;
 - *modalitățile de monitorizare și raportare* a progreselor în procesul de implementare a PNR;
- c. PNR nu va cuprinde planuri detaliate de acțiune (planuri de măsuri); planurile detaliate de acțiune (planurile de măsuri) vor fi elaborate și implementate de instituțiile și organizațiile implicate în realizarea obiectivelor și țăintelor PNR și vor constitui instrumentele operaționale și instituționale de atingere a obiectivelor și țăintelor din PNR;

- d. PNR va integra obiectivele și țintele naționale, într-o modalitate logică și conceptuală, așa încât să se valorifice la nivel maxim corelarea cauzală, structurală și funcțională dintre cele opt ținte naționale: de ex.: atingerea unor ținte (sau a unor valori intermediare ale unor ținte) poate constitui resursa pentru atingerea altor ținte (sau a unor valori intermediare ale altor ținte). Fiind un program-master, PNR va trebui să realizeze o integrare globală a atingerii țintelor naționale, evitând efectele adverse generate de atingerea unor ținte (ceea ce ține de gestionarea vulnerabilităților) și exploatând feed-back-urile pe care atingerea unei ținte le transmite către procesul de atingere a altor ținte;
- e. elaborarea PNR nu va fi condiționată de nici un document, program sau strategie națională sau sectoriale, anterioară, dacă prevederile acestora sunt inconsistente cu principiile și conținutul PNR; dimpotrivă, toate documentele, programele sau strategiile existente, precum și cele elaborate după adoptarea PNR, vor trebui să se încadreze în filosofia generală și în trendul impus de PNR;
- f. instituția coordonatoare a elaborării și implementării PNR va fi Departamentul pentru Afaceri Europene sau un viitor minister al integrării și afacerilor europene;
- g. PNR va asigura:
 - coerența, consistența și completitudinea tuturor demersurilor și acțiunilor naționale privind participarea României la implementarea Strategiei Europa 2020;
 - manifestarea rolului României în construcția și progresul European general;
 - predictibilitatea și continuitatea acțiunilor interne vizând implementarea Strategiei Europa 2020;
 - realizarea interesului național pe termen lung, în contextul european;
 - conștientizarea și asumarea programatică, la nivelul întregii societăți românești, a obiectivelor și țintelor Strategiei Europa 2020, așa cum au fost ele transpuse în țintele naționale;
 - implementarea reformelor interne necesare și suficiente pentru ca țintele naționale transpuse din Strategia Europa 2020 să fie realizate conform calendarului și valorilor nominale stabilite.
- o **Gradul de îndeplinire a țintelor propuse la nivelul Uniunii Europene de către România**
În privința Strategiei „Europa 2020”, ca urmare a procesului de consultare internă asupra obiectivelor sale, s-a constatat că România nu va putea ține pasul cu celelalte state membre ale UE atât timp cât nu își va adapta legislația, instituțiile și politicile interne la prevederile Tratatului de la Lisabona⁷¹.

⁷¹Tratatului de instituire a unei Constituții pentru Europa și, totodată, condițiile impuse de extinderea Uniunii au făcut necesară reformarea instituțiilor Uniunii, precum și a modului de luare a deciziilor la nivelul acesteia, în vederea sporirii eficienței întregului sistem comunitar. Procesul de reformă al Uniunii Europene a culminat cu adoptarea, la 13 decembrie 2007, a **Tratatului de la Lisabona** numit oficial „Tratatul de la Lisabona de

Fundamentarea valorilor numerice pentru România cu privire la cele cinci ținte ale Strategiei Europa 2020 este realizată de instituțiile și autoritățile guvernamentale care gestionează domeniul economico-social în care țintele în cauză se materializează.

- **Ținta națională privind ocuparea**

Coordonarea activității de fundamentare a țintei de ocupare a venit Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale. Din grupul de lucru sectorial pentru fixarea obiectivelor (GSLO⁷²-1) au făcut parte instituții și autorități publice implicate în elaborarea și administrarea strategiilor și politicilor care sunt asociate fundamentării și realizării țintei privind ocuparea.

Conform Institutului European Român⁷³, România nu va atinge ținta de 75,0% a ocupării în grupa de vârstă 20-64 ani, la orizontul anului 2020, valoarea națională a țintei propuse de GSLO-1 fiind de 70,0% (74,8% la bărbați, respectiv 65,5% la femei). Cu toate acestea, viteza cu care va crește ocuparea în România, la această grupă de vârstă, este mai mare decât viteza medie cu care va crește ocuparea la nivelul UE-27. Aceasta înseamnă că România nu va genera blocaje în atingerea țintei de către UE-27, dimpotrivă va avea o contribuție procentuală la indicele de creștere a ratei de ocupare la nivelul UE-27 mai mare decât media.

- **Ținta națională privind sărăcia**

Coordonarea activității de fundamentare a țintei privind reducerea sărăciei a venit Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale. Din grupul de lucru sectorial pentru fixarea obiectivelor (GSLO-3) au făcut parte instituții și autorități publice implicate în elaborarea și administrarea strategiilor și politicilor care sunt asociate fundamentării și realizării țintei privind reducerea sărăciei. Ținta privind reducerea sărăciei se stabilește la nivelul reducerii numărului de persoane aflate sub pragul sărăciei relative. Ținta este fundamentată pe trei scenarii alternative: I. scenariu pesimist; II. scenariu realist; III. scenariu optimist

Ținând seama de punctul de pornire specific României în aceasta materie, ținta națională pentru reducerea sărăciei relative este de 16,0% în scenariul pesimist (aprobat de guvern), cu o reducere a numărului de persoane sărace, cu 580.000, în anul 2020 față de anul 2010 și reprezintă 64,0% din valoarea nominală a țintei europene (25,0%).

Așadar, România își propune o îndeplinire parțială (cu un grad de îndeplinire de 70,0%, respectiv 64,0%) pentru 2 ținte (rata de ocupare, rata de reducere a sărăciei relative).

amendare a Tratatului privind Uniunea Europeană și a Tratatului instituind Comunitatea Europeană". Odată cu intrarea sa în vigoare, 1 decembrie 2009, Tratatul de la Lisabona a pus la dispoziția Uniunii cadrul legal și instrumentele juridice necesare pentru a face față provocărilor viitoare și pentru a răspunde așteptărilor cetățenilor.

⁷²GSLO-i: Sectorial grupul de lucru "i" de stabilire a obiectivelor.

⁷³"Noua strategie europeană pentru creștere economică și ocuparea forței de muncă (Europa 2020): obiective, instrumente de monitorizare a implementării, resurse instituționale și norme de implementare", pg 62

Programarea valorilor naționale pentru țintele care nu sunt îndeplinite punctual este justificată de cei doi factori pe care Consiliul European îi acceptă pentru fundamentarea diferențierii țintelor naționale de țintele stabilite în Strategia Europa 2020: a) punctul de pornire al țării respective, la orizontul de timp stabilit ca poziție inițială; b) condițiile specifice ale țării respective privind creșterea economică, sistemul instituțional, condițiile de finanțare etc. Acești doi factori de diferențiere au fost luați în considerare de GSLO când au propus valorile nominale pentru țintele naționale.

2. Sistemul protecției sociale

- reorientarea politicilor sociale în vederea îmbunătățirii (evidente) a nivelului de trai al persoanelor vârstnice ;
- susținerea promovării și aplicării de către Guvern a unui sistem național, coerent și integrat de protecție socială a persoanelor vârstnice ;
- inițierea de măsuri care să combată riscul de excluziune socială a persoanelor vârstnice rămase singure, fără familie;
- susținerea organizării unei structuri instituționale cu atribuții și responsabilități privind elaborarea și aplicarea politicilor și măsurilor privind protecția socială a persoanelor vârstnice cu posibilități de relaționare directă cu domeniile: sănătate, educație, cultură, justiție etc. ;
- construirea unei rețele naționale pentru identificarea persoanelor vârstnice aflate în risc de excluziune socială - sărăcie severă (fără locuință), fără surse de venit sau foarte puține, cu dizabilități majore și includerea acestora în programe de protecție/reinserție socială;
- reglementarea printr-un act normativ a minimumului de trai decent pentru populația vârstnică ;
- susținerea asigurării, prin lege, a unui venit minim (pensie, alocație) social care să acopere cheltuielile stabilite în coșul minim de consum lunar al pensionarilor ;
- stimularea prin diverse forme a participării persoanelor vârstnice la viața socială (centre de consiliere, dezvoltarea de programe, promovarea de locuri de muncă pentru vârstnici, intensificarea mișcării de voluntariat, implicarea în luarea deciziilor cu privire la acțiunile și măsurile ce le sunt destinate, campanii de informare etc);
- garantarea exercitării drepturilor economice, politice, culturale, civile și sociale ale persoanelor vârstnice și eliminarea tuturor formelor de violență și discriminare împotriva acestei categorii de populație;
- garantarea egalității de gen în rândul populației vârstnice și eliminarea discriminării bazate pe gen;
- asigurarea de condiții pentru șanse egale și participare socială a persoanelor cu handicap și a celor provenite din medii defavorizate;

- recunoașterea și afirmarea rolului important al familiilor în sprijinirea populației vârstnice, dar și a importanței intergeneraționale, a solidarității și reciprocității pentru o dezvoltare socială efectivă;
- furnizarea îngrijirilor de sănătate, a suportului și protecției sociale a persoanelor vârstnice, inclusiv asigurarea serviciilor de tip preventiv și de tip curativ al sănătății;
- intensificarea parteneriatului cu sectorul neguvernamental la realizarea obiectivelor politicilor sociale pentru persoanele vârstnice ;
- introducerea unei prestații și/sau unei prime de asigurare pentru persoanele vârstnice dependente;
- promovarea participării la viața socială a persoanelor vârstnice și a sprijinului intragenerațional.

3. Sistemul de pensii

- Legislația în domeniul pensiilor să prevadă în mod expres:
 - reglementarea valorii punctului de pensie la cel puțin 45,0% din salariu mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat; iar pentru situațiile în care pe parcursul anului salariul mediu brut realizat depășește în 3 luni consecutive cu peste 5,0% pe cel prognozat, valoarea punctului de pensie să se majoreze în mod corespunzător;
 - indexarea pensiilor pe parcursul anului ori de câte ori se majorează prețul la alimente, energie electrică, gaze naturale și diverse servicii; indexarea să acopere integral rata reală a inflației pentru a se putea asigura menținerea puterii de cumpărare a pensiilor;
- Reducerea numărului de pensionari (și implicit a ratei de dependență), prin:
 - aplicarea de practici flexibile de lucru care să încurajeze persoanele vârstnice să reintre pe piața muncii ; instituirea de norme și convenții care să permită prelungirea vieții active, dincolo de 65 de ani, cu beneficii fiscale și sociale atât pentru vârstnici, cât și pentru angajatori.
- Eliminarea impozitării pensiilor în cuantum de până la 1.500 lei ;
- Motivarea și încurajarea angajaților și angajatorilor să participe la Pilonul III de pensii, cu avantajul unor beneficii de natură fiscală pentru aceștia, iar pentru angajat cu avantajul acumulării și fructificării contribuțiilor strânse de-a lungul vieții, în contul/conturile personal/e din cadrul fondului de pensii facultative, contribuții pe care le va putea folosi din momentul pensionării.

- Menținerea pe termen scurt și creșterea (pe termen lung) a numărului de angajați cu forme legale prin politici active în sfera ocupării forței de muncă, investiții (care să creeze noi locuri de muncă și să crească veniturile);
- Creșterea numărului de contribuitori prin atragerea celor care lucrează în agricultură sau ca liber întreprinzători și care în prezent sunt neasigurați și prin includerea altor categorii de persoane care obțin venituri;
- Introducerea evidenței informatizate generale în sistemul de pensii și înființarea unui sistem de monitorizare, analiză și politici în sfera pensiilor.

4. Sistemul de Sănătate

Ameliorarea stării de sănătate a persoanelor vârstnice se poate realiza prin :

- la nivel individual/local:

- creșterea accesului la asistență medicală pentru segmentele de populație defavorizate (populația din mediul rural, persoanele neasigurate);
- informarea rudelor care acordă îngrijire vârstnicilor cu informații referitor la simptomele și evoluția bolilor (de exemplu demența) în vederea furnizării acestora a unui sprijin suficient și eficient ;
- asigurarea faptului că rudele care acordă îngrijire au acces adecvat la serviciile de îngrijire de zi, servicii de îngrijire temporară și sprijin medical pentru înlăturarea stresului unei îngrijiri care poate ajunge eventual la 24 de ore pe zi;
- identificarea/construirea de locații noi, în cadrul cărora să se amenajeze cămine pentru persoane vârstnice ;
- să se majoreze fondurile alocate pentru proteze, dispozitive medicale și pentru programele de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice aflate în dificultate.

- la nivel național :

- înființarea și extinderea unei rețele naționale de gerontologie și geriatrie;
- 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, condițiilor de spitalizare (stării construcțiilor care găzduiesc instituțiile sanitare) și a calității profesionalismului medicilor specialiști;

- ❑ reglementarea unui sistem național de servicii socio-medicele pentru persoanele vârstnice care nu se mai pot autogospodări și a standardelor de calitate pentru acestea ;
- ❑ facilitarea accesului permanent al persoanelor vârstnice la serviciile sociale și de sănătate ;
- ❑ dezvoltarea îngrijirilor socio-medicele la domiciliu ca alternativă a instituționalizării persoanelor vârstnice, precum și a îngrijirilor în propria familie prin acordarea de facilități ;
- ❑ utilizarea cercetării științifice, a expertizei și asigurarea tehnologiei centrate pe individ și implicațiile sociale și de sănătate aferente vârstei ;
- ❑ corectarea actualelor liste de medicamente aprobate prin Hotărâri ale Guvernului, în sensul introducerii pe lista medicamentelor gratuite a celor specifice persoanelor vârstnice pentru tratarea miocardipatiilor, al tulburărilor de ritm cardiac, a astmului bronșic, valvulopatiilor, cordului pulmonar cronic, hemofiliilor, stenozelor, chistului hidatic, miopatiilor, hepatitelor, etc, precum și includerea unor vitamine pe lista medicamentelor compensate ;
- ❑ respectarea drepturilor pentru anumite categorii de persoane prevăzute în legi speciale, cum ar fi: veteranii de război și văduvele de război, persoanele persecutate din motive politice, etnice, persoanele cu handicap, etc, în ceea ce privește gratuitatea integrală a medicamentelor și a serviciilor medicale;
- ❑ 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.

5. Sistemul de Asistența Socială

În domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice este imperios necesară promovarea unui sistem coerent, coordonat și integrat de asistență socială, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției sau combaterii riscului de marginalizare sau excludere socială, creșterea calității vieții persoanei vârstnice și promovarea participării persoanelor vârstnice la viața societății.

Propunerile pentru îmbunătățirea activității, așa cum au rezultat din practica furnizorilor de servicii publice și privați, sunt următoarele:

► **Extinderea parteneriatul public-privat:**

- ❑ **Creșterea nivelului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor** în temeiul Legii nr. 34/1998 pentru înființarea și administrarea unităților de îngrijiri la domiciliu destinate persoanelor vârstnice, în vederea extinderii rețelei și îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;

- ❑ **Încurajarea sponsorizărilor** oferite de persoane juridice ori fizice pentru finanțarea și dotarea instituțiilor de asistență socială și a organizațiilor neguvernamentale;
- ❑ **Dezvoltarea culturii filantropice la nivelul agenților economici și responsabilizarea societății civile.**

► **În plan legislativ:**

- ❑ **Îmbunătățirea legislației privind drepturile persoanelor vârstnice având ca priorități: definirea persoanei vârstnice în complexitatea sa și a drepturilor sociale ale persoanei vârstnice în raport cu prevederile existente la nivel european, clarificarea termenului de "nevoie" și a "criteriilor de evaluare" a situației medico-sociale a persoanei vârstnice;**
- ❑ **Corelarea actelor normative în domeniul social cu cele din domeniul sanitar** pentru o coordonare și finanțare comună.
- ❑ Elaborarea unor **ordine comune ale Ministerului Sănătății și Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale**, care să reglementeze acordarea asistenței medicale și socio-medicale la domiciliu și să stabilească responsabilitățile și cooperarea între cele două domenii.
- ❑ **Elaborarea metodologiei de evaluare a serviciilor de îngrijire la domiciliu și în regim rezidențial.**

► **În plan financiar:**

- ❑ Identificarea de **noi surse de finanțare;**
- ❑ Atragerea de **fonduri din sectorul privat;**
- ❑ **Facilitarea recuperării TVA** pentru achizițiile persoanelor fizice care desfășoară activități non-profit;
- ❑ **Scutirea de taxe și impozite** pentru activitățile de asistență socială destinate persoanelor vârstnice;
- ❑ **Încurajarea sponsorizărilor** oferite de persoane fizice sau juridice prin modificări aduse Legii nr. 32/1992;
- ❑ **Mărirea volumului subvențiilor alocate asociațiilor și fundațiilor în temeiul Legii nr. 34/1998** pentru înființarea și administrarea unităților de asistență socială destinate persoanelor vârstnice, în vederea îmbunătățirii calității serviciilor acordate prin programele derulate de către acestea;
- ❑ Susținerea costurilor pentru programele de îngrijire la domiciliu și rezidențiale prin **subvenții de la bugetul de stat**, deoarece descentralizarea a avut efecte negative

asupra asistentei sociale în mediul rural și în zonele defavorizate ale țării unde bugetul local este mic.

► **Resurse umane:**

- ❑ **Atragerea continuă de specialiști;**
- ❑ **Formarea de medici geriatri**, inclusiv prin dubla specializare a medicilor de familie sau a celor cu specializare medicină internă;
- ❑ Organizarea de **schimburi de experiență și formare continuă;**
- ❑ **Extinderea rețelei de îngrijitori la domiciliu;**
- ❑ **Definirea profesiilor sociale în domeniul îngrijirii persoanelor vârstnice** prin implicarea mai multor autorități competente: Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, respectiv Ministerul Sănătății și Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului;

► **Servicii și infrastructura:**

- ❑ **Acordarea de spații în comodat** pentru organizațiile neguvernamentale care desfășoară programe în beneficiul vârstnicilor;
- ❑ **Implementarea unui sistem de îngrijiri de lungă durată** ca o componentă importantă pentru dezvoltarea strategiei în domeniul persoanelor vârstnice.
- ❑ **Extinderea anumitor tipuri de servicii și prestatii**, care răspund nevoilor individuale ale persoanelor vârstnice, exemplu: "cantina pe roți", farmacia socială, asistență stomatologică, terapie ocupațională, cluburi pentru persoane vârstnice etc;
- ❑ **Extinderea și reabilitarea centrelor de zi;**
- ❑ **Înființarea de centre de ergoterapie** în parteneriat public-privat;
- ❑ **Înființare de cluburi pentru persoanele vârstnice;**
- ❑ Extinderea și dezvoltarea **serviciilor comunitare - integrate** de asistență medico-socială la domiciliu;
- ❑ Extinderea și dotarea cu servicii corespunzătoare a rețelei de locuințe protejate pentru persoanele vârstnice, aceasta fiind formată în prezent (2009) din doar 8 centre repartizate pe regiuni astfel - Centru 2, Vest -2, Nord-Est-1, Sud-Est – 3, găzduind 146 persoane vârstnice;
- ❑ Dezvoltarea unui **sistem complex de servicii socio-medicale** pentru vârstnici;
- ❑ **Îmbunătățirea colaborării cu casele de sănătate** și celelalte institutii medicale (unități medico-sociale, spitale, centre de diagnostic etc);

- ❑ **Acordarea de spații de către autoritățile publice locale** prin redirectionarea scopului;
- ❑ **Dotarea furnizorilor de servicii cu echipamente și aparatură medicală** necesare desfășurării activității;
- ❑ Introducerea unor **facilități în vederea promovării și stimulării îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice**;
- ❑ Reglementarea unui **sistem unitar de evaluare a nevoilor și a gradului de dependență** a persoanelor vârstnice;
- ❑ Reglementarea unei **autorități care să monitorizeze sistemul de servicii sociale, socio-medicale și medicale pentru persoane vârstnice** la nivel național;
- ❑ **Introducerea unui sistem de monitorizare a cazurilor sociale** la nivel local pentru o mai bună evaluare a nevoilor comunității;

► **Implicarea comunității în acțiunile sociale:**

- ❑ Intensificarea propagandei de **sensibilizare a opiniei publice** vis-a-vis de problematica vârstei a treia;
- ❑ **Diversificarea formelor de informare a persoanelor vârstnice** cu privire la dreptul de a beneficia de îngrijire la domiciliu în condițiile legii;
- ❑ **Implicarea mai intensă a factorilor sociali** pe plan local pentru apărarea drepturilor persoanelor vârstnice;
- ❑ **Promovarea voluntariatului și a culturii filantropice**;
- ❑ **Promovarea participării la viața socială a persoanelor vârstnice și a sprijinului** intragenerațional.

Este necesară susținerea furnizorilor privați pe piața serviciilor sociale, socio-medicale și medicale pentru persoanele vârstnice, deoarece ei se recomandă ca având anumite avantaje precum:

- ❑ sunt cunoscători ai specificităților regiunii în care activează și ai nevoilor comunităților locale, alături de care își desfășoară activitatea;
- ❑ atrag finanțări adiționale prin intermediul proiectelor și campaniilor, ceea ce reprezintă potențiale oportunități de extindere a serviciului și de îmbunătățire a calității;
- ❑ personalul acestora este mai bine pregătit;
- ❑ nu au proceduri birocratice, ceea ce ușurează accesul la servicii;
- ❑ activitatea lor de atingere a unor idealuri este strâns legată de problemele sociale ale societății.

Instrumentul cel mai important pentru cresterea calitatii serviciilor sociale pentru persoanele varstnice il detine administratia publica, respectiv guvernul si parlamentul, si este reprezentat de politicile publice pe care le adopta. Introducerea elementelor „noului management public” in cadrul reformei administratiei publice presupune: reducerea cheltuielilor administrative; utilizarea tehnologiei informatiei pentru a imbunatati sistemele financiare, sistemele de achizitii si plati, facilitarea comunicatiilor in interiorul si in exteriorul sistemului birocratic; adoptarea unui management bazat pe programe; adoptarea planificarii strategice, a planificarii de afaceri, a regimurilor de management al performantei si o raportare mai transparenta catre public; utilizarea unor alternative de livrare directa a serviciilor de catre angajatii publici permanenti in forma contractului extern, delegarea puterii/sarcinii, acorduri de parteneriat (cu non-profit, cu profit si cu alte organizatii guvernamentale), privatizare si agentii autonome; schimbarea managementului resurselor umane si a sistemului de compensatii; accent pus pe calitatea serviciului.

Fenomenul contractarii in politica sociala presupune aducerea impreuna a statului si a pietei si indeplinirea a trei conditii:

- a) separarea intre finantare, control, management si furnizare de servicii,
- b) concurenta intre furnizori, fie ei publici sau privati,
- c) „libertatea de a alege” a consumatorului.

Reforma in domeniul furnizarii serviciilor sociale are in vedere nu numai actorii implicati (public sau privat), ci si modul cum se realizeaza (legislatia). In prezent asistam la o reforma in ceea ce priveste criteriile acordarii acestor servicii, trecandu-se de la servicii bazate pe principii universalitatii, la servicii personalizate in functie de nevoile cetatenilor.

Este necesar sa fie o **centrare mai mare pe evaluarea de rezultate sau pe cea de impact**. Trebuie sa fie formulați indicatori de calitate pentru serviciile sociale, in lipsa acestor indicatori, evaluarea este formală și nu urmărește îndeplinirea standardelor de calitate. Nu trebuie trecută cu vederea nici necesitatea unei evaluări realiste a nevoilor populației vârstnice, la nivel național și **realizarea unei “hărți a nevoilor”**, astfel încât și resursele să fie distribuite echitabil și eficient.

Recomandările finale ce se desprind din experimentarea dialogului social între organizațiile neguvernamentale, care activează în domeniul persoanelor vârstnice și autoritățile publice se referă în principal la următoarele aspecte:

- componentele inovatoare trebuie să se nască dintr-o necesitate reală și nu pentru a fi pe placul finanțatorului;
- obținerea de venituri să se poată realiza din desfășurarea de activități economice directe în conformitate cu legea;

- ❑ să fie folosite produse de marketing pentru vizibilitate, iar distribuția lor strategică să se facă în timp util atât pentru organizații cât și pentru potențiali beneficiari, prin metode care țin cont de specificul categoriei de populație căreia i se adresează, în speță persoanele vârstnice;
- ❑ raportarea la standardele de calitate existente;
- ❑ implicarea autorităților publice locale să conducă la o mai mare asumare a responsabilității stabilite prin lege pentru serviciile de proximitate;
- ❑ motivarea personalului și diversitatea intervențiilor să conducă la o abordare realistă a serviciilor de îngrijire care sunt extrem de solicitante;
- ❑ adaptarea la nevoile beneficiarului vârstnic;
- ❑ operaționalizarea transparenței organizaționale;
- ❑ realizarea unor contracte cu persoanele beneficiare și respectarea unui orar de funcționare;
- ❑ încrederea acordată personalului, să fie valorificată ca o metodă de a crește calitatea serviciilor organizației;
- ❑ comunicarea în interiorul și exteriorul organizației să reprezinte un element cheie pentru succesul instituției;
- ❑ încrederea că există interes real pentru activitate voluntară din partea vârstnicilor români și implicarea lor în activități ce-i pun în valoare, prin stimularea sentimentului de utilitate și de solidaritate inter- și intragenerațională.

* *
*
*

Asigurarea necesităților populației vârstnice în vederea asigurării unui trai decent, acoperă o gamă de preocupări, nu numai în plan economic, dar și social și psihosocial iar elaborarea programelor și serviciilor pentru persoanele de vârstă a treia ar trebui să țină cont de diversitatea acestui grup vulnerabil.

Persoanele vârstnice au dreptul la o viață sănătoasă, securitate și participare activă la viața economică, socială, culturală și politică a societății. Pentru aceasta este necesară intensificarea recunoașterii demnității persoanelor vârstnice și eliminarea oricărui formă de neglijare, abuz și violență prin garantarea exercitării drepturilor economice, politice, culturale, civile și sociale.

Șef birou „Analize și studii”

Alina Matei

Realizator

Olguța Ersilia Mihart

BIBLIOGRAFIE

- Cătălin Zamfir, Simona Stănescu, Cosmin Briciu, "Politici de incluziune socială în perioada de criză economică", Edtura Expert;
- "Cartea Verde – Către sisteme europene de pensii adecvate, viabile și sigure", Comisia Europeană, Bruxelles, 7.7.2010 COM(2010)365final
- Cosmina-Elena Pop, "Starea de sănătate a populației din România, în contextul European, o abordare din perspectiva calității vieții" Revista Calitatea Vieții nr.3-4/2010, Academia Română, Institutul de Cercetare a Calității Vieții;
- "Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației, 2009", Institutul Național de Statistică, 2010 ;
- "Condițiile de viață ale populației din România ,2009", Institutul Național de Statistică, 2010 ;
- "Dimensiuni ale incluziunii sociale în România" , Institutul Național de Statistică, 2010 ;
- "EPC-SPC Joint Report on Pensions - Country profiles", Council of the European Union, Brussels, 11 November 2010
- "Expectations of European citizens regarding the social reality in 20 years' time", Analytical Report, Mai, 2008, Flash Eurobarometer 227 – The Gallup Organization;
- "Health at a Glance - Europe 2010", Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD);
- "Health and long-term care in the European Union", perioadă de înregistrare: May – June 2007, publicație: December 2007, Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3, solicitată de Direcția Generală pentru Ocuparea Forței de Muncă, Politici Sociale și Egalitate de Șanse și coordonată de Direcția Generală pentru Comunicare
- Ioan Mărginean, "Calitatea Vieții în România, 2010", Institutul Național de Cercetări Economice, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Institutul Costin Kirițescu, 2011;
- "Maintaining prosperity in an ageing society", Policy Brief, Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD);
- "Mortalitatea 2009", Institutul Național de Statistică, 2010;
- "Noua strategie europeană pentru creștere economică și ocuparea forței de muncă (Europa 2020) : obiective, instrumente de monitorizare a implementării, resurse instituționale și norme

de implementare ", Institutul European Român, Proiect SPOS 2010-Studii de strategie și politici;

- "Populația României la 1 iulie 2010", Institutul Național de Statistică, 2010;
- "Raport privind incluziunea socială în România,considerații generale, 2009",Ministerul Munci,Familiei și Protecției Sociale –Direcția Programe de Incluziune Socială ;
- "Raportul social al ICCV după 20 ani:Opțiuni pentru România", Academia Română, Institutul Național de Cercetări Economice, Institutul de Cercetare a Calității Vieții,2010;
- "Pension schemes and pension projections in the EU-27 Member States, 2008-2060", Comitetului de Politică Economică și Direcția Generală pentru Ocuparea Forței de Muncă,Politici Sociale și Egalitate de Șanse;
- "Speranța de viață în România,în anul 2009", Institutul Național de Statistică, 2010 ;
- "The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)", Economic and Financial Affairs, Directorate General, European Commission;
- "Veillir en restant actif-Cadre d'orientation", Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement,Madrid, Espagne, 2002;
- <http://translate.google.ro/translate?hl=ro&sl=en&tl=ro&u=http%3A%2F%2Fen.wikipedia.org%2Fwiki%2F&anno=2> – pentru PIB-ul pe cap de locuitor, exprimat în prețuri comparabile,raportat la media Uniunii Europene (UE-27);
- <http://esa.un.org/unpp>- pentru date privind proiecția populației pe sexe și grupe de vârstă și proiecția speranței de viață pe sexe,peu țările Uniunii Europene,perioada 2020-2050;
- <http://www.cnpas.org> – pentru numărul de pensionari și cuantumul pensiei, pe categorii de pensii;
- <http://www.2010againstopoverty.eu/about/topicofmonth.html?langid=en> –pentru capitolul de protecție socială;
- <http://www.cadranpolitic.ro/?p=168> -pentru impozitul pe pensii
- http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?year=20090701&lang=en –pentru pensia minimă pentru limită de vârstă
- bazele de date EUROSTAT-pentru cuantumul pensiilor și cuantumul veniturilor persoanelor vârstnice, speranța de viață la naștere și la vârsta de 65 ani, starea de sănătate autopercepută, procentul persoanelor vârstnice care suferă de afecțiuni cronice,numărul și structura populației, procentul cheltuielilor cu sănătatea și cu pensiile în PIB.

Evoluția numărului persoanelor vârstnice, pe sexe și tranșe de vârstă, în perioada 2010-2060⁷⁴, la nivelul UE-27

-mii persoane-

	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Total	501.103	505.321	504.612	501.376	493.875	505.719⁷⁵
60-64	28.891	32.665	35.435	33.183	31.504	29.068
65-69	23.924	29.246	33130	32.775	31.157	30.500
70-74	21.911	25.507	28667	31.579	29.861	30.903
75-79	17.789	18.717	22475	27.270	27.435	28.869
80 ani și peste	23.295	29.170	35279	43.931	53.230	61.352
% în total	4,6	5,8	7,0	8,8	10,8	12,1
60 ani și peste	115.810	135.305	154986	168738	173.187	180.692
% în total	23,1	26,8	30,7	33,7	35,1	35,7
Total feminin	256.485	257.668	257.479	255.159	250.988	256.358
60-64	14.987	16.861	18.023	16.757	15.735	14.560
65-69	12.708	15.462	17.231	16.855	15.851	15.453
70-74	12.097	13.856	15.428	16.659	15.590	15.973
75-79	10.365	10.612	13.205	14.993	14.848	15.285
80 plus	15.403	18.859	22.330	27.534	32.811	36.021
procent 80 plus	6,0	7,3	8,7	10,8	13,1	14,1
60 plus	65.560	75.650	86.217	92.798	94.835	97.292
procent 60 plus	25,6	29,4	33,5	36,4	37,8	38,0
Total masculin	244.618	247.653	247.133	246.217	242.887	249.361
60-64	13.904	15.804	17.412	16.426	15.769	14.508
65-69	11.216	13.784	15.899	15.920	15.306	15.047
70-74	9.814	11.651	13.239	14.920	14.271	14.930
75-79	7.424	8.105	9.270	12.277	12.587	13.584
80 plus	7.892	10.311	12.949	16.397	20.419	25.331
procent 80 plus	3,2	4,2	5,2	6,7	10,8	10,2
60 plus	50.250	59.655	68.769	75.940	78.352	83.400
procent 60 plus	20,5	24,1	27,8	30,8	32,3	33,4

⁷⁴Sursa: pentru anul 2010(1 ianuarie) și anul 2060, bazele de date Eurostat, pentru perioada 2020-2050, <http://esa.un.org/unpp>

⁷⁵Proiecția pentru anul 2060 indică o creștere a populației totale, la nivelul UE-27, explicabilă prin creșterea fluxurilor migratoare din afara UE-27, care compensează reducerea (datorită îmbătrânirii) a segmentului de vârstă 15-64 ani, determinând chiar creșterea absolută acestuia cu 2,25 milioane persoane, față de 2050 și care echilibrează segmentului de vârstă 0-14 ani, segment care scade doar cu 0,17 milioane persoane, față de 2050.

**Procentul persoanelor de 60 ani și peste, pentru în Statele Membre UE-27⁷⁶
- procente -**

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	2010 ⁷⁷	Intervalul de prognoză ⁷⁸				
				2020	2030	2040	2050	2060 ⁸⁴
-	Europa de Est	-	20,3	25,1	27,6	32,4	36,7	40,9
1	Bulgaria	BG	24,3	27,3	30,2	34,7	38,2	39,6
2	Cehia	CZ	22,1	25,5	27,6	32,5	34,5	38,9
3	Ungaria	HU	22,5	25,6	26,7	31,0	33,0	37,9
4	Polonia	PL	19,1	25,6	28,0	32,5	38,0	42,3
5	România ⁷⁹	RO	20,1	23,8	26,9	32,5	37,0	41,0
6	Slovacia	SK	17,5	22,7	26,0	31,5	36,2	42,4
-	Europa de Nord	-	22,2	24,6	26,7	28,4	29,5	31,0
7	Danemarca	DK	23,0	26,3	29,4	30,3	29,3	31,1
8	Estonia	EE	22,6	24,9	26,5	28,5	31,8	35,6
9	Finlanda	FI	24,4	28,8	31,2	31,4	31,9	33,5
10	Irlanda	IE	16,1	18,8	22,5	27,4	30,1	30,2
11	Letonia	LV	22,6	24,8	27,3	30,1	34,7	39,3
12	Lituania	LT	20,9	24,7	28,5	30,4	33,7	40,9
13	Suedia	SE	24,8	26,7	28,9	29,6	30,2	31,8
14	Marea Britanie ⁸⁰	UK	22,1	24,2	26,1	27,8	28,8	30,3
=	Europa de Sud	-	24,4	27,3	32,4	37,3	38,2	38,1
15	Grecia	EL	24,8	27,3	31,6	36,1	37,6	37,4
16	Italia	IT	26,3	29,4	34,8	38,9	39,1	38,8
17	Malta	MT	22,0	27,0	29,0	33,0	37,0	39,0
18	Portugalia	PT	23,6	27,1	31,6	36,7	38,4	36,9
19	Slovenia	SI	22,0	27,4	31,4	35,1	37,1	39,0
20	Spania	ES	22,1	24,7	31,4	36,1	37,5	37,7
21	Cipru	CY	18,3	21,9	24,7	27,0	30,1	32,0
-	Europa de Vest	-	24,1	28,4	33,1	34,5	35,3	34,6
22	Austria	AT	23,0	26,6	32,5	34,5	35,8	35,1
23	Belgia	BE	23,0	27,0	30,7	32,1	32,3	32,2
24	Franța	FR	22,6	27,1	30,4	31,9	32,6	31,3
25	Germania	DE	25,9	30,3	36,5	38,1	39,5	38,8
26	Luxemburg	LU	18,9	21,0	24,4	25,9	26,8	29,4
27	Olanda	NL	21,8	26,4	30,8	31,6	31,3	33,3
-	EU-27	-	23,1	26,8	30,7	33,7	35,1	35,7

⁷⁶Sursa: bazele de date Eurostat pentru anii 2010 și 2060, iar pentru perioada 2020-2050 - <http://esa.un.org/unpp>;

⁷⁷Procentul persoanelor de 60 ani și peste este calculat pe baza datelor privind populația pe grupe cinciinale de vârstă, la 1 ianuarie 2010 și la 1 ianuarie 2060;

⁷⁸Pentru perioada 2020-2050, datele au fost calculate pentru varianta de proiectare medie, ceea ce semnifică o rată a fertilității medii și rate ale mortalității și o migrației internaționale normale, pentru informații suplimentare - <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=4>;

⁷⁹Procentul persoanelor de 60 ani și peste, pentru România, a fost calculat la 1 iulie 2010;

⁸⁰Procentul persoanelor de 60 ani și peste, pentru Marea Britanie, a fost calculat pe baza datelor privind populația pe grupe cinciinale de vârstă, la 1 ianuarie 2009, ultimele date disponibile.

Anexa nr.2-continuare

Procentul persoanelor de sex feminin,de 60 ani și peste, pentru în Statele Membre UE-27
- procente -

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	2010	Intervalul de prognoză				
				2020	2030	2040	2050	2060
-	Europa de Est	-	23,4	28,5	31,2	36,1	40,2	43,6
1	Bulgaria	BG	27,2	30,9	34,1	38,6	41,9	42,4
2	Cehia	CZ	25,0	28,5	30,6	35,3	37,0	40,9
3	Ungaria	HU	26,3	29,7	30,9	34,9	36,7	40,6
4	Polonia	PL	22,1	29,0	31,8	36,4	41,8	45,2
5	România	RO	22,8	27,0	30,2	36,0	40,5	43,6
6	Slovacia	SK	20,5	25,9	29,5	35,0	39,6	45,1
-	Europa de Nord	-	24,3	26,7	29,9	31,0	32,0	33,0
7	Danemarca	DK	24,7	28,2	31,6	32,9	32,0	33,1
8	Estonia	EE	27,1	29,9	31,4	33,3	36,3	39,1
9	Finlanda	FI	27,0	31,4	33,8	34,2	34,6	35,8
10	Irlanda	IE	17,1	20,2	24,0	29,1	32,1	31,7
11	Letonia	LV	27,4	29,6	32,2	34,7	39,0	42,9
12	Lituania	LT	25,2	29,8	33,7	35,3	38,0	43,8
13	Suedia	SE	26,7	28,4	30,4	31,3	31,8	33,5
14	Marea Britanie	UK	23,9	26,2	29,5	30,4	31,4	32,1
-	Europa de Sud	-	26,8	30,0	35,0	39,8	40,7	40,4
15	Grecia	EL	27,0	29,8	34,2	38,4	39,8	39,0
16	Italia	IT	28,9	32,3	37,7	41,8	42,0	41,5
17	Malta	MT	24,1	28,9	30,8	34,4	38,0	40,7
18	Portugalia	PT	26,0	29,9	34,6	39,6	41,4	39,1
19	Slovenia	SI	25,3	30,5	34,6	38,2	40,1	40,5
20	Spania	ES	24,5	27,2	34,6	38,1	39,5	39,8
21	Cipru	CY	19,6	23,3	26,9	29,8	32,6	33,3
-	Europa de Vest	-	26,4	30,7	35,5	37,0	37,9	36,7
22	Austria	AT	25,5	28,8	34,4	36,7	38,1	37,1
23	Belgia	BE	25,3	29,2	32,8	34,4	34,9	34,3
24	Franța	FR	24,9	29,6	33,0	34,7	35,3	33,5
25	Germania	DE	28,5	32,7	38,7	40,4	42,1	40,8
26	Luxemburg	LU	20,8	22,5	26,1	27,3	28,4	31,2
27	Olanda	NL	23,4	27,9	32,6	33,7	33,5	35,3
-	EU-27	-	25,6	29,4	33,5	36,4	37,8	38,0

**Procentul persoanelor de sex masculin, de 60 ani și peste, în Statele Membre UE-27
- procente -**

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	2010	Intervalul de prognoză				
				2020	2030	2040	2050	2060
-	Europa de Est	-	17,1	21,5	23,7	28,5	32,9	38,0
1	Bulgaria	BG	21,1	23,4	26,0	30,5	34,2	36,7
2	Cehia	CZ	19,0	22,3	24,6	29,7	31,9	36,7
3	Ungaria	HU	18,3	21,1	22,2	26,8	29,1	35,0
4	Polonia	PL	15,8	21,9	23,9	28,2	33,9	39,2
5	România	RO	17,3	20,5	23,3	28,7	33,3	38,3
6	Slovacia	SK	14,3	19,3	22,3	27,7	32,5	39,5
-	Europa de Nord	-	20,1	22,4	23,5	25,8	26,9	29,1
7	Danemarca	DK	21,3	24,3	27,3	27,7	26,5	29,0
8	Estonia	EE	17,2	19,2	21,1	22,9	27,2	31,7
9	Finlanda	FI	21,7	26,2	28,4	28,5	29,1	31,2
10	Irlanda	IE	15,1	17,5	20,9	25,6	28,0	28,7
11	Letonia	LV	17,0	19,1	21,7	24,8	29,8	35,3
12	Lituania	LT	16,0	19,2	22,7	25,1	29,1	37,6
13	Suedia	SE	22,9	25,1	27,2	27,9	28,6	30,1
14	Marea Britanie	UK	20,2	22,2	22,5	25,2	26,3	28,4
-	Europa de Sud	-	21,8	24,5	29,7	34,7	35,6	35,7
15	Grecia	EL	22,5	24,8	29,0	33,7	35,3	35,8
16	Italia	IT	23,6	26,4	31,8	36,0	36,1	36,0
17	Malta	MT	19,8	24,9	27,6	31,3	35,4	37,3
18	Portugalia	PT	20,9	24,1	28,5	33,5	35,2	34,6
19	Slovenia	SI	18,5	24,2	28,1	31,8	33,9	37,5
20	Spania	ES	19,6	22,3	28,1	34,1	35,5	35,7
21	Cipru	CY	17,1	20,5	22,7	24,5	27,8	30,7
-	Europa de Vest	-	21,6	25,9	30,8	31,9	32,7	32,5
22	Austria	AT	20,3	24,4	30,4	32,3	33,5	32,9
23	Belgia	BE	20,6	24,7	28,5	29,6	29,7	30,1
24	Franța	FR	20,2	24,5	27,6	28,9	29,7	29,0
25	Germania	DE	23,2	27,8	34,3	35,6	36,9	36,8
26	Luxemburg	LU	16,9	20,1	22,8	24,4	24,9	27,7
27	Olanda	NL	20,1	24,7	29,1	29,5	29,1	31,3
-	EU-27	-	20,5	24,1	27,8	30,8	32,3	33,4

Anexa nr.3
Procentul persoanelor de 80 ani și peste, în Statele Membre UE-27⁸¹
- procente -

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	2010 ⁸²	Intervalul de prognoză ⁸³				
				2020	2030	2040	2050	2060 ⁸⁹
-	Europa de Est	-	3,3	4,0	5,1	7,3	8,0	13,1
1	Bulgaria	BG	3,8	4,4	5,8	7,2	8,5	12,8
2	Cehia	CZ	3,6	3,8	5,9	7,2	7,9	13,4
3	Ungaria	HU	3,9	4,2	5,2	6,6	6,9	12,6
4	Polonia	PL	3,3	4,2	5,3	8,3	8,5	13,1
5	România ⁸⁴	RO	3,1	4,0	4,4	6,2	7,6	13,1
6	Slovacia	SK	2,7	3,1	4,3	6,5	7,5	13,2
-	Europa de Nord	-	4,5	5,0	6,4	7,3	8,7	9,4
7	Danemarca	DK	4,1	4,8	6,9	7,8	9,1	10,0
8	Estonia	EE	4,1	5,2	5,5	6,8	7,3	10,7
9	Finlanda	FI	4,6	5,5	7,9	9,6	10,1	10,8
10	Irlanda	IE	2,8	3,2	4,3	5,6	7,2	9,6
11	Letonia	LV	3,9	4,8	5,2	6,5	7,5	11,9
12	Lituania	LT	3,6	4,8	5,2	6,8	8,3	12,0
13	Suedia	SE	5,3	5,5	7,6	8,2	9,2	10,0
14	Marea Britanie ⁸⁵	UK	4,5	5,0	6,3	7,1	8,6	9,0
-	Europa de Sud	-	5,2	6,5	7,6	9,3	12,1	14,4
15	Grecia	EL	4,6	5,8	6,6	8,4	10,7	13,5
16	Italia	IT	5,8	7,5	8,8	10,3	13,4	14,9
17	Malta	MT	3,3	4,5	6,8	9,0	9,6	11,8
18	Portugalia	PT	4,5	5,8	6,9	8,8	11,0	12,8
19	Slovenia	SI	3,9	5,3	6,4	9,1	10,5	13,9
20	Spania	ES	4,9	5,8	6,8	8,5	11,3	14,5
21	Cipru	CY	2,9	3,6	4,8	6,3	7,4	8,6
-	Europa de Vest	-	5,0	6,5	7,7	9,9	12,3	11,7
22	Austria	AT	4,8	5,6	7,1	9,0	12,1	11,4
23	Belgia	BE	4,9	6,0	7,1	9,1	10,8	10,2
24	Franța	FR	5,2	6,3	7,9	10,0	11,3	10,8
25	Germania	DE	5,1	7,2	8,0	10,4	14,1	13,2
26	Luxemburg	LU	3,6	4,0	4,4	5,6	7,5	8,9
27	Olanda	NL	3,9	4,7	6,8	8,6	10,5	10,9
-	EU-27	-	4,6	5,8	7,0	8,8	10,8	12,1

⁸¹Sursa: bazele de date Eurostat pentru anii 2010 și 2060, iar perioada 2020-2050 - <http://esa.un.org/unpp>

⁸² Procentul persoanelor de 80 ani și peste este calculat pe baza datelor privind populația pe grupe cinciinale de vârstă, la 1 ianuarie 2010 și la 1 ianuarie 2060;

⁸³ Pentru perioada 2020-2050, datele au fost calculate pentru varianta de proiectare medie, ceea ce semnifică o rată a fertilității medii și rate ale mortalității și o migrației internaționale normale, pentru informații suplimentare - <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=4>;

⁸⁴ Procentul persoanelor de 80 ani și peste, pentru România, a fost calculat la 1 iulie 2010;

⁸⁵ Procentul persoanelor de 80 ani și peste, pentru Marea Britanie, a fost calculat pe baza datelor privind populația pe grupe cinciinale de vârstă, la 1 ianuarie 2009, ultimele date disponibile.

**Procentul persoanelor de sex feminin,de 80 ani și peste,în Statele Membre UE-27
- procente -**

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	2010	Intervalul de prognoză				
				2020	2030	2040	2050	2060
-	Europa de Est	-	4,4	5,5	6,9	9,8	10,5	15,2
1	Bulgaria	BG	4,7	5,9	7,8	9,8	11,3	15,0
2	Cehia	CZ	4,8	5,2	7,8	9,3	9,9	15,3
3	Ungaria	HU	5,3	5,9	7,2	9,1	9,3	14,9
4	Polonia	PL	4,5	5,7	7,1	11,0	11,2	15,4
5	România	RO	3,8	5,2	5,9	8,3	9,9	15,1
6	Slovacia	SK	3,7	4,3	5,9	8,8	9,9	15,5
-	Europa de Nord	-	5,7	6,2	7,7	8,9	10,6	10,9
7	Danemarca	DK	5,3	6,0	8,4	9,6	11,1	11,8
8	Estonia	EE	5,8	7,4	7,8	9,6	10,4	13,5
9	Finlanda	FI	6,2	7,1	9,8	12,0	12,6	12,7
10	Irlanda	IE	3,5	4,0	5,3	6,9	8,7	10,7
11	Letonia	LV	5,6	7,0	7,5	9,2	10,5	14,5
12	Lituania	LT	5,0	6,7	7,5	9,7	11,6	14,4
13	Suedia	SE	6,7	6,7	8,9	9,7	10,6	11,5
14	Marea Britanie	UK	5,7	6,1	7,5	8,6	10,5	10,4
-	Europa de Sud	-	6,6	8,2	9,5	11,4	14,5	16,5
15	Grecia	EL	5,2	7,0	8,1	10,2	12,9	14,9
16	Italia	IT	7,4	9,5	10,9	12,6	16,2	17,4
17	Malta	MT	4,2	6,2	7,9	10,4	11,1	13,5
18	Portugalia	PT	5,6	7,4	8,8	10,9	13,5	14,8
19	Slovenia	SI	5,6	7,4	8,6	11,5	13,5	15,7
20	Spania	ES	6,1	7,3	8,4	10,3	13,3	16,4
21	Cipru	CY	3,5	4,4	5,6	7,6	9,2	9,7
-	Europa de Vest	-	6,6	8,2	9,4	11,9	14,7	13,6
22	Austria	AT	6,4	6,9	8,5	10,6	14,0	13,2
23	Belgia	BE	6,4	7,7	8,7	11,1	13,0	12,0
24	Franța	FR	6,8	8,0	9,6	12,1	13,8	12,8
25	Germania	DE	6,8	9,0	9,9	12,5	16,5	15,0
26	Luxemburg	LU	4,9	5,4	5,5	6,5	8,5	10,1
27	Olanda	NL	5,1	5,8	8,0	10,1	12,2	12,8
-	EU-27	-	6,0	7,3	8,7	10,8	13,1	14,1

Procentul persoanelor de sex masculin, de 80 ani și peste, în Statele Membre UE-27

- procente -

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	2010	Intervalul de prognoză				
				2020	2030	2040	2050	2060
-	Europa de Est	-	2,2	2,5	3,2	4,7	5,3	10,8
1	Bulgaria	BG	2,9	2,8	3,6	4,4	5,5	10,5
2	Cehia	CZ	2,3	2,4	4,0	5,0	5,8	11,4
3	Ungaria	HU	2,5	2,4	3,0	3,9	4,3	10,3
4	Polonia	PL	2,0	2,5	3,2	5,3	5,5	10,6
5	România	RO	2,3	2,7	2,8	3,9	5,1	11,0
6	Slovacia	SK	1,7	1,8	2,5	4,1	4,9	10,7
-	Europa de Nord	-	3,2	3,7	5,0	5,6	6,7	7,9
7	Danemarca	DK	2,9	3,5	5,4	6,0	7,2	8,3
8	Estonia	EE	2,1	2,6	2,9	3,5	4,3	7,8
9	Finlanda	FI	2,9	3,8	6,0	7,2	7,6	8,9
10	Irlanda	IE	2,0	2,3	3,3	4,4	5,7	8,4
11	Letonia	LV	2,0	2,5	2,4	3,4	4,2	9,0
12	Lituania	LT	2,0	2,7	2,7	3,7	4,7	9,3
13	Suedia	SE	3,9	4,3	6,2	6,8	7,8	8,6
14	Marea Britanie	UK	3,3	3,8	5,0	5,5	6,7	7,5
-	Europa de Sud	-	3,8	4,8	5,7	7,2	9,7	12,2
15	Grecia	EL	4,0	4,6	5,1	6,6	8,4	12,0
16	Italia	IT	4,1	5,4	6,5	7,8	10,6	12,3
17	Malta	MT	2,4	3,3	5,6	7,1	7,8	10,2
18	Portugalia	PT	3,3	4,0	5,0	6,5	8,3	10,7
19	Slovenia	SI	2,2	3,2	4,2	6,3	7,5	12,0
20	Spania	ES	3,5	4,3	5,2	6,8	9,4	12,5
21	Cipru	CY	2,4	2,7	3,9	5,1	5,5	7,5
-	Europa de Vest	-	3,4	4,8	6,0	7,8	9,9	9,8
22	Austria	AT	3,1	4,2	5,7	7,4	10,2	9,5
23	Belgia	BE	3,4	4,3	5,3	7,1	8,5	8,5
24	Franța	FR	3,6	4,6	6,1	7,7	8,7	8,8
25	Germania	DE	3,3	5,4	6,1	8,3	11,5	11,3
26	Luxemburg	LU	2,4	3,3	3,3	4,7	6,0	7,7
27	Olanda	NL	2,7	3,6	5,6	7,1	8,8	9,0
-	EU-27	-	3,2	4,2	5,2	6,7	8,4	10,2

Anexa nr.4

Rata de dependenta de varsta, in Statele Membre UE-27⁸⁶
- procente -

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	2010	Intervalul de prognoza ⁸⁷				
				2020	2030	2040	2050	2060
-	Europa de Est	-	20,7	27,5	32,3	38,1	48,6	65,4
1	Bulgaria	BG	25,4	31,1	36,3	43,6	55,4	63,6
2	Cehia	CZ	21,6	31,1	35,7	42,7	54,8	61,5
3	Ungaria	HU	24,2	30,3	34,1	40,1	50,8	57,7
4	Polonia	PL	19,0	27,2	36,0	41,3	55,7	68,9
5	România⁸⁸	RO	21,3	25,7	30,3	40,8	54,0	65,3
6	Slovacia	SK	16,9	23,9	32,3	40,0	55,5	68,5
-	Europa de Nord	-	24,4	29,4	32,5	37,8	38,9	44,0
7	Danemarca	DK	24,9	31,9	37,9	42,7	41,3	42,8
8	Estonia	EE	25,2	29,2	34,4	39,0	47,2	55,6
9	Finlanda	FI	25,6	36,8	43,9	45,1	46,6	49,5
10	Irlanda	IE	16,8	20,2	24,6	30,6	40,4	43,5
11	Letonia	LV	25,2	28,1	34,6	40,7	51,2	64,4
12	Lituania	LT	23,3	26,0	34,7	42,8	51,1	65,5
13	Suedia	SE	27,7	33,7	37,4	40,8	41,9	46,9
14	Marea Britanie ⁸⁹	UK	24,3	28,6	33,2	36,9	38,0	42,2
-	Europa de Sud	-	27,9	32,4	39,8	52,1	60,4	58,6
15	Grecia	EL	28,4	32,8	38,5	48,3	57,0	57,2
16	Italia	IT	30,8	35,5	42,5	54,1	59,2	59,4
17	Malta	MT	21,3	31,3	39,1	41,7	49,8	59,3
18	Portugalia	PT	26,7	30,7	36,6	44,6	53,0	54,8
19	Slovenia	SI	23,8	31,2	40,8	49,4	59,4	62,2
20	Spania	ES	24,7	27,4	34,3	46,4	58,7	59,0
21	Cipru	CY	18,6	22,3	27,4	30,8	37,7	44,6
-	Europa de Vest	-	28,0	34,0	43,5	50,5	51,7	51,0
22	Austria	AT	26,1	29,2	38,1	46,0	48,3	50,7
23	Belgia	BE	26,0	30,6	37,6	42,3	43,9	45,9
24	Franța	FR	25,7	32,8	39,0	44,0	44,7	45,2
25	Germania	DE	31,4	35,3	46,2	54,7	56,4	59,2
26	Luxemburg	LU	20,4	24,2	30,8	36,3	37,8	39,2
27	Olanda	NL	22,8	30,7	40,0	46,8	45,6	47,2
-	EU-27	-	23,5	31,1	38,0	45,4	50,4	53,5

⁸⁶Sursa: bazele de date Eurostat pentru anii 2010 și 2060;

⁸⁷Pentru perioada 2020-2050, datele au fost calculate folosind populația din varianta de proiectare medie, adică folosind o rată a fertilității medii și rate ale mortalității și o migrației internaționale normale, pentru informații suplimentare - <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=4>;

⁸⁸Rata de dependență pentru România, a fost calculată la 1 iulie 2010;

⁸⁹Rata de dependență pentru Marea Britanie, a fost calculată pe baza datelor privind populația pe grupe cinci de vârstă, la 1 ianuarie 2009, ultimele date disponibile.

**Rata de activitate a populației de 65 ani și peste⁹⁰, în Statele Membre UE-27
- procente -**

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	2009			2020		
			Total	F	M	Total	F	M
-	Europa de Est							
1	Bulgaria	BG	5,7	3,1	8,9	1,8	1,5	2,2
2	Cehia	CZ	7,7	5,5	10,6	2,5	2,1	3,1
3	Ungaria	HU	3,4	2,3	5,0	1,3	0,8	2,1
4	Polonia	PL	7,1	4,8	10,4	3,4	3,1	3,8
5	România	RO	23,6	21,3	26,8	30,8	30,7	31,0
6	Slovacia	SK	2,4	1,6	3,7	0,5	0,4	0,7
-	Europa de Nord							
7	Danemarca	DK	10,5	5,8	15,5	3,9	4,4	3,2
8	Estonia	EE	16,2	14	19,9	14,2	14,3	13,9
9	Finlanda	FI	7,1	4,6	10,0	4,3	1,6	7,7
10	Irlanda	IE	13,4	7,2	19,9	7,3	3,5	11,9
11	Letonia	LV	14,7	11,7	19,8	9,5	5,9	17,2
12	Lituania	LT	8,8	6,7	12,3	3,8	2,1	7,1
13	Suedia	SE	12,7	9,1	16,5	10,9	6,9	15,8
14	Marea Britanie	UK	13,3	10,2	16,7	6,2	4,0	9,0
-	Europa de Sud							
15	Grecia	EL	7,0	3,9	10,7	2,8	2,3	3,4
16	Italia	IT	5,4	2,3	8,8	2,6	1,5	4,0
17	Malta	MT	...	...	...	1,1	0,5	1,9
18	Portugalia	PT	22,7	19,0	27,3	21,1	16,1	28,0
19	Slovenia	SI	9,7	7,4	12,5	11,0	7,9	15,4
20	Spania	ES	3,7	2,7	4,9	1,3	0,7	2,2
21	Cipru	CY	17,3	9,7	25,6	4,5	4,0	5,2
-	Europa de Vest							
22	Austria	AT	7,8	5,6	10,3	2,6	1,9	3,4
23	Belgia	BE	2,8	1,3	4,6	1,6	0,8	2,7
24	Franța	FR	2,7	1,9	3,5	0,7	0,6	0,8
25	Germania	DE	6,0	4,3	8,0	3,0	1,9	4,5
26	Luxemburg	LU	4,5	...	7,7	0,7	0,4	1,1
27	Olanda	NL	10,5	5,9	15,5	5,9	5,6	6,3

⁹⁰ Sursa: bazele de date Eurostat

Rata de activitate a salariaților vârstnici⁹¹, total și sexe, în Statele Membre UE-27, anul 2009⁹²
- procente -

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Total	Feminin	Masculin
-	Europa de Est				
1	Bulgaria	BG	46,1	39,2	54,1
2	Cehia	CZ	46,8	35,0	59,6
3	Ungaria	HU	32,8	27,0	39,9
4	Polonia	PL	32,3	21,9	44,3
5	România	RO	42,6	34,1	52,3
6	Slovacia	SK	39,5	26,1	54,9
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	57,5	50,9	64,1
8	Estonia	EE	60,4	61,2	59,4
9	Finlanda	FI	55,5	56,3	54,6
10	Irlanda	IE	51,0	41,0	60,9
11	Letonia	LV	53,2	53,3	53,1
12	Lituania	LT	51,6	48,3	56,0
13	Suedia	SE	70,0	66,7	73,2
14	Marea Britanie	UK	57,5	49,2	66,2
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	42,2	27,7	57,7
16	Italia	IT	35,7	25,4	46,7
17	Malta	MT	28,1	11,2	45,3
18	Portugalia	PT	49,7	42,7	57,5
19	Slovenia	SI	35,6	24,8	46,4
20	Spania	ES	44,1	32,3	56,7
21	Cipru	CY	56,0	40,8	71,7
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	41,1	31,7	51,0
23	Belgia	BE	35,3	27,7	42,9
24	Franța	FR	38,8	36,5	41,3
25	Germania	DE	56,2	48,7	63,9
26	Luxemburg	LU	38,2	29,4	46,5
27	Olanda	NL	55,1	44,7	65,4
-	UE-27	-	46,0	37,8	54,8

⁹¹Rata de activitate a salariaților vârstnici este calculată prin împărțirea numărului de persoane salariate cu vârsta între 55-64 ani la totalul populației din aceeași grupă de vârstă. Acest indicator este bazat pe Ancheta Forței de Muncă UE-27;

⁹²Sursa: bazele de date Eurostat.

Venitul mediu lunar realizat de persoanele varstnice (65 ani si peste), total si sexe, în Statele Membre UE-27, anul 2009⁹³

€

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	Total	Feminin	Masculin
-	Europa de Est				
1	Bulgaria	BG	158	152	169
2	Cehia	CZ	499	485	516
3	Ungaria	HU	400	382	423
4	Polonia	PL	396	373	433
5	România	RO	169	158	188
6	Slovacia	SK	400	385	419
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	1555	1518	1617
8	Estonia	EE	365	336	398
9	Finlanda	FI	1334	1242	1458
10	Irlanda	IE	1489	1418	1565
11	Letonia	LV	283	270	311
12	Lituania	LT	310	293	347
13	Suedia	SE	1412	1301	1552
14	Marea Britanie	UK	1130	1094	1189
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	851	824	880
16	Italia	IT	1192	1145	1270
17	Malta	MT	669	668	681
18	Portugalia	PT	604	571	655
19	Slovenia	SI	864	816	939
20	Spania	ES	921	898	943
21	Cipru	CY	890	844	958
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	1.529	1.461	1.642
23	Belgia	BE	1.247	1.219	1.302
24	Franța	FR	1.618	1.533	1,722
25	Germania	DE	1.400	1.352	1,456
26	Luxemburg	LU	2.667	2.637	2,696
27	Olanda	NL	1.468	1.445	1,512
-	UE-27	-	1.132	1.081	1.199

⁹³Sursa: bazele de date Eurostat

Rata de saracie generala si a persoanelor varstnice (65 ani si peste), la nivelul UE-27 si al Romaniei in perioada 2005-2009⁹⁴

Regiune/Țară	- procente -				
	2005	2006	2007	2008	2009
Total					
UE-27	16,4	16,5	16,7	16,4	16,3
UE-27-feminin	17,0	17,2	17,5	17,4	17,1
UE-27-masculin	15,6	15,7	15,9	15,5	15,4
România	21,9	23,3	24,8	23,4	22,4
România -feminin	21,9	23,5	25,3	24,3	23,4
România -masculin	21,8	23,1	24,3	22,4	21,4
Varstnici(65 ani si peste)					
UE-27	18,9	19,0	19,4	18,9	17,8
UE-27-feminin	21,1	21,1	21,8	21,2	20,1
UE-27-masculin	15,9	16,1	16,2	15,9	14,9
România	17,2	18,7	30,6	26,0	21,0
România -feminin	21,0	22,0	34,3	29,7	25,3
România -masculin	12,0	13,0	25,3	20,7	14,7

⁹⁴ Sursa: bazele de date Eurostat

Anexa nr.9

**Rata de saracie⁹⁵ pentru persoanele de 65 ani si peste, total si pe sexe
in anul 2009⁹⁶, in Statele Membre UE-27**

- procente -

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	Total	Feminin	Masculin
-	Europa de Est				
1	Bulgaria	BG	39,3	44,2	32,0
2	Cehia	CZ	7,2	10,3	3,0
3	Ungaria	HU	4,6	5,4	3,1
4	Polonia	PL	14,4	16,5	10,9
5	România	RO	21,0	25,3	14,7
6	Slovenia	SK	10,8	14,8	4,5
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	19,4	20,3	18,3
8	Estonia	EE	33,9	41,3	18,9
9	Finlanda	FI	22,1	28,4	13,1
10	Irlanda	IE	16,2	17,6	14,4
11	Letonia	LV	47,5	50,7	40,6
12	Lituania	LT	25,2	31,3	13,2
13	Suedia	SE	17,7	23,6	10,4
14	Marea Britanie	UK	22,3	24,1	20,1
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	21,4	21,9	20,9
16	Italia	IT	19,6	22,4	15,8
17	Malta	MT	19,0	17,8	20,5
18	Portugalia	PT	20,1	21,8	17,7
19	Slovenia	SI	20,0	25,5	11,4
20	Spania	ES	25,2	27,1	22,6
21	Cipru	CY	48,6	52,4	44,1
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	15,1	18,4	10,7
23	Belgia	BE	21,6	22,3	20,6
24	Franța	FR	10,7	11,9	9,1
25	Germania	DE	15,0	17	12,9
26	Luxemburg	LU	6,0	7,7	3,9
27	Olanda	NL	7,7	7,5	8,0
-	UE-27	-	17,8	20,1	14,9

⁹⁵ **Rata sărăciei** este stabilită la valoarea de 60.0% din mediana distribuției gospodăriilor, după venitul disponibil pe adult echivalent. Numărul de "unități adult echivalent" din fiecare gospodărie a fost calculat pe baza unei scale de echivalență, care are în vedere faptul că nevoile copiilor diferă de cele ale adulților și că nevoile de consum ale unei gospodării nu cresc proporțional cu numărul persoanelor ce o compun;

⁹⁶ Sursa: bazele de date Eurostat.

Procentul cheltuielilor pentru protectia sociala in produsul intern brut
in anul 2009⁹⁷, in Statele Membre UE-27

Nr crt	Tara/Regiunea	Simbol tara	Procent
-	Europa de Est		
1	Bulgaria	BG	15,5
2	Cehia	CZ	18,7
3	Ungaria	HU	22,7
4	Polonia	PL	18,6
5	România	RO	14,3
6	Slovacia	SK	16,0
-	Europa de Nord		
7	Danemarca	DK	29,7
8	Estonia	EE	15,1
9	Finlanda	FI	26,3
10	Irlanda	IE	22,1
11	Letonia	LV	12,6
12	Lituania	LT	16,2
13	Suedia	SE	29,4
14	Marea Britani	UK	23,7
-	Europa de Sud		
15	Grecia	EL	26,0
16	Italia	IT	27,8
17	Malta	MT	18,9
18	Portugalia	PT	24,3
19	Slovenia	SI	21,5
20	Spania	ES	22,7
21	Cipru	CY	18,4
-	Europa de Vest		
22	Austria	AT	28,2
23	Belgia	BE	28,3
24	Franța	FR	30,8
25	Germania	DE	27,8
26	Luxemburg	LU	20,1
27	Olanda	NL	28,4
-	UE-27	-	26,4

⁹⁷ Sursa: bazele de date Eurostat

Procentul cheltuielilor de prestatii sociale pentru persoane varstnice si supravietuitori ca % in totalul prestatiilor sociale si ca % in produsul intern brut in anul 2008⁹⁸, in Statele Membre UE-27

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	% în total prestații	% în PIB
-	Europa de Est			
1	Bulgaria	BG	47,8	7,4
2	Cehia	CZ	44,3	8,3
3	Ungaria	HU	44,5	10,1
4	Polonia	PL	58,5	10,9
5	România	RO	50,0	7,1
6	Slovenia	SK	41,2	6,6
-	Europa de Nord			
7	Danemarca	DK	37,4	11,1
8	Estonia	EE	42,5	6,4
9	Finlanda	FI	36,8	9,7
10	Irlanda	IE	24,7	5,5
11	Letonia	LV	44,8	5,6
12	Lituania	LT	43,2	7,0
13	Suedia	SE	41,0	12,0
14	Marea Britanie	UK	38,0	9,0
-	Europa de Sud			
15	Grecia	EL	49,1	12,8
16	Italia	IT	57,9	16,1
17	Malta	MT	51,1	9,6
18	Portugalia	PT	49,0	11,9
19	Slovenia	SI	44,8	9,6
20	Spania	ES	38,7	8,8
21	Cipru	CY	44,5	8,2
-	Europa de Vest			
22	Austria	AT	47,7	13,4
23	Belgia	BE	38,3	10,8
24	Franța	FR	43,7	13,4
25	Germania	DE	41,3	11,5
26	Luxemburg	LU	35,4	7,1
27	Olanda	NL	37,7	10,7
-	UE-27	-	43.5	11,5

⁹⁸ Sursa: bazele de date Eurostat

Tabel cu vârstele de pensionare în Statele Membre UE-27, în anul 2009

ani

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	Vârsta legală de pensionare				Vârsta legală de pensionare estimate după 2020	
			2009		2020		M	F
			M	F	M	F		
-	Europa de Est							
1	Bulgaria	BG	63,0	60,0	63,0	60,0		
2	Cehia	CZ	62,0	60,(6)	63,(6)	63,(3)	65,0	65,0
3	Ungaria	HU	62,0	62,0	64,0	64,0	65,0	65,0
4	Polonia	PL	65,0	60,0	65,0	60,0		
5	România ⁹⁹	RO	59,0	64,0	65,0	61,0-62,0	(65,0)	(65,0)
6	Slovacia	SK	62,0	59,0	62,0	62,0		
-	Europa de Nord							
7	Danemarca	DK	65,0	65,0	65,0	65,0	67,0	67,0
8	Estonia	EE	63,0	61,0				
9	Finlanda	FI	65,0	65,0	65,0	65,0		
10	Irlanda	IE	65,0	65,0	65,0(66,0)	65,0(66,0)	(68,0)	(68,0)
11	Letonia	LV	62,0	62,0	62,0	62,0		
12	Lituania	LT	62,5	60,0	64,0	63,0	65,0	65,0
13	Suedia	SE	61,0-67,0	61,0-67,0	61,0-67,0	61,0-67,0		
14	Marea Britanie	UK	65,0	60,0	65,0	65,0	68,0	68,0
-	Europa de Sud							
15	Grecia	EL	65,0	65,0	65,0	60,0	65,0	65,0
16	Italia	IT	65,0	65,0	65,0	65,0		
17	Malta	MT	61,0	60,0	63,0	63,0	65,0	65,0
18	Portugalia	PT	65,0	65,0	65,0	65,0		
19	Slovenia	SI	63,0	61,0	63,0(65,0)	61,0(65,0)		
20	Spania	ES	65,0	65,0	65,0	65,0		
21	Cipru	CY	65,0	65,0	65,0	65,0		
-	Europa de Vest							
22	Austria	AT	65,0	60,0	65,0	60,0	65,0	65,0
23	Belgia	BE	65,0	65,0	65,0	65,0		
24	Franta	FR	60,0	60,0	60,0	60,0		
25	Germania	DE	65,0	65,0	65,8	65,8	67,0	67,0
26	Luxemburg	LU	65,0	65,0	65,0	65,0		
27	Olanda	NL	65,0	65,0	65,0(66,0)	65,0(66,0)	(67,0)	(67,0)

⁹⁹Pentru România, în coloana anului 2009,sunt înscrise date corespunzătoare perioadei ianuarie - aprilie 2011,ultimele date disponibile

Tabel cu varstele medii efective de pensionare in Statele Membre UE-27 in anul 2009

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	Vârsta medie de pensionare (ani)		
			T	F	M
-	Europa de Est	-	-	-	-
1	Bulgaria	BG	64,1	58,4	62,4
2	Cehia	CZ	60,5	59,6	61,5
3	Ungaria	HU	59,3	58,7	60,1
4	Polonia	PL	59,3	57,5	61,4
5	România ¹⁰⁰	RO	56,9	56,1	57,8
6	Slovacia	SK	58,8	57,5	60,4
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	62,3	61,4	63,2
8	Estonia	EE	62,6	61,4	65,0
9	Finlanda	FI	61,7	61,1	62,3
10	Irlanda	IE	64,1	64,6	63,6
11	Letonia	LV	62,7	60,3	61,6
12	Lituania	LT	59,9	59,8	63,4
13	Suedia	SE	64,3	64,0	64,7
14	Marea Britanie	UK	63,0	62,0	64,1
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	61,5	61,6	61,3
16	Italia	IT	60,1	59,4	60,8
17	Malta	MT	60,3	58,8	60,4
18	Portugalia	PT	62,6	62,3	62,9
19	Slovenia	SI	59,8	55,2	59,5
20	Spania	ES	62,3	63,4	61,2
21	Cipru	CY	62,8	59,3	65,0
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	60,9	59,4	62,6
23	Belgia	BE	61,6	61,9	61,2
24	Franta	FR	60,0	59,8	60,3
25	Germania	DE	62,2	61,9	62,6
26	Luxemburg	LU	59,4	58,7	57,7
27	Olanda	NL	63,5	63,1	63,9
-	UE-27	-	61,4	61,0	61,0

¹⁰⁰ Datele privind România sunt o medie a anului 2010

**Cuquantumul pensiilor, total și pe categorii de pensii,
în Statele Membre UE-27, în anul 2008¹⁰¹**

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	€/personă				
			Total	Limita vârstă	Invaliditate	Anticipată	Urmaș
-	Europa de Est	-					
1	Bulgaria	BG	168,4	223,0	19,5	26,0	9,0
2	Cehia	CZ	764,6	1.010,3	131,0	27,3	86,2
3	Ungaria	HU	483,3	791,6	95,4	108,5	96,3
4	Polonia	PL	502,0	903,5	94,4	161,9	133,5
5	România	RO	161,1	187,6	124,1	219,8	79,3
6	Slovacia	SK	427,9	594,9	71,2	...	67,9
-	Europa de Nord	-					
7	Danemarca	DK	2.824,3	4.053,7	660,9	568,1	...
8	Estonia	EE	402,6	591,9	73,3	108,4	7,6
9	Finlanda	FI	2.195,6	3.307,0	569,5	159,3	258,4
10	Irlanda	IE	1.263,0	1.883,8	301,5	16,0	285,2
11	Letonia	LV	304,7	356,5	34,2	7,7	10,0
12	Lituania	LT	434,3	566,4	83,7	13,6	31,3
13	Suedia	SE	2.650,6	3.763,8	695,8	238,7	178,7
14	Marea Britanie	UK	1.870,0	2.145,6	242,7	...	32,9
-	Europa de Sud	-					
15	Grecia	EL	1.156,9	2.051,1	123,7	429,7	335,3
16	Italia	IT	2.477,8	3.177,8	152,3	...	528,3
17	Malta	MT	806,5	1.088,0	83,3	...	192,9
18	Portugalia	PT	1.181,8	1.698,1	254,5	55,9	198,5
19	Slovenia	SI	664,4	1.233,5	97,1	297,9	174,2
20	Spania	ES	1.009,6	1.699,1	216,7	114,5	354,8
21	Cipru	CY	942,0	1.186,2	61,2	...	182,3
-	Europa de Vest	-					
22	Austria	AT	2.773,5	4.023,8	429,8	247,1	558,4
23	Belgia	BE	2.019,4	3.038,3	370,1	2,1	534,6
24	Franța	FR	2.844,5	3.539,5	199,5	...	461,4
25	Germania	DE	2.336,0	3.302,3	48,5	153,9	536,7
26	Luxemburg	LU	2.599,8	5.687,8	686,7	1038,2	1.248,7
27	Olanda	NL	2.496,1	3.639,9	607,8	169,1	366,9
-	UE-27	-	1.875,0	2.551,2	200,4	91,8	332,9

¹⁰¹ Sursa: bazele de date Eurostat

**Cuquantumul pensiei minime
în Statele Membre UE-27, în anul 2009¹⁰²**

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	Pensia minimă
-	Europa de Est	-	
1	Bulgaria	BG	70 €/luna de la 1 .07.2009
2	Cehia	CZ	84 €/luna
3	Ungaria	HU	105 €/luna, în 2008, nu există pensie minimă pentru mai puțin de 20 ani de cotizare
4	Polonia	PL	154 €/luna
5	România	RO	83 €/luna
6	Slovacia	SK	X
-	Europa de Nord	-	
7	Danemarca	DK	211 €/an
8	Estonia	EE	128 €/an
9	Finlanda	FI	X
10	Irlanda	IE	462 €/luna
11	Letonia	LV	70 €/luna pentru un stagiul de cotizare sub 20 ani 83 €/luna pentru un stagiul de cotizare între 21-30 ani 96 €/luna pentru un stagiul de cotizare între 31-40 ani 109 €/luna pentru un stagiul de cotizare peste 41 ani
12	Lituania	LT	X
13	Suedia	SE	709 €/luna pentru persoana singura 632 €/luna/persoana din cuplu
14	Marea Britanie	UK	X
-	Europa de Sud	-	
15	Grecia	EL	487 €/luna-persoane asigurate înainte de 1.01.1993 496 €/luna-persoane asigurate după 1.01.1993
16	Italia	IT	X
17	Malta	MT	489 €/luna pentru persoana singura 422 €/luna/persoana din cuplu
18	Portugalia	PT	243 €/luna pentru un stagiul de cotizare sub 15 ani 271 €/luna pentru un stagiul de cotizare între 16-20 ani 300 €/luna pentru un stagiul de cotizare între 21-30 ani 374 €/luna pentru un stagiul de cotizare peste 31 ani
19	Slovenia	SI	66 €/luna, doar pentru un stagiul de cotizare minim de 15 ani
20	Spania	ES	Peste 65 ani – 562 €/luna pentru persoana singura, 696 euro/luna pentru cuplu sau 547 €/luna/persoana din cuplu cu soț dependent Sub 65 ani – 524 €/luna pentru persoana singura, 652 euro/luna pentru cuplu sau 509 €/luna/persoana din cuplu cu soț dependent
21	Cipru	CY	314,4 €/luna pentru persoana singura 419,2 €/luna pentru persoana singura cu o persoană în întreținere 471,6 €/luna pentru persoana singura cu 2 persoane în întreținere 524,0 €/luna pentru persoana singura cu 3 persoane în întreținere
-	Europa de Vest	-	
22	Austria	AT	772 €/luna pentru persoana singura, 1.158 €/luna pentru cuplu, 81 €/luna suplimentar pentru fiecare copil sub 18 ani sau sub 27 ani dacă urmează o facultate, nu există limită de vârstă pentru copilul cu handicap.
23	Belgia	BE	1.005 €/luna pentru persoana singura 1.256 €/luna pentru cuplu
24	Franța	FR	677 €/luna pentru persoana singura
25	Germania	DE	X
26	Luxemburg	LU	1.514 €/luna, pentru un stagiul de cotizare de cel puțin 40 ani, pentru fiecare an în minus, suma minimă se reduce cu 1/40 pentru fiecare an lipsă
27	Olanda	NL	X

¹⁰²Sursa: http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?year=20090701&lang=en

Procentul cheltuielilor totale cu pensiile în produsul intern brut în anul 2008¹⁰³ și prognoză anii 2020, 2030,2040,2050 și 2060, în Statele Membre UE-27

- procente -

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	2008	Intervalul de prognoză ¹⁰⁴				
				2020	2030	2040	2050	2060
-	Europa de Est	-						
1	Bulgaria	BG	7,0	8,4	8,6	9,5	10,8	11,3
2	Cehia	CZ	8,5	6,9	7,1	8,4	10,2	11,0
3	Ungaria	HU	10,9	11,0	11,0	12,2	13,2	13,8
4	Polonia	PL	11,6	9,7	9,4	9,2	9,1	8,8
5	România	RO	7,5	8,8	10,4	12,6	14,8	15,8
6	Slovacia	SK	7,1	6,3	7,3	8,3	9,4	10,2
-	Europa de Nord	-						
7	Danemarca	DK	11,1	10,6	10,6	10,4	9,6	9,2
8	Estonia	EE	7,1	5,9	5,6	5,4	5,3	4,9
9	Finlanda	FI	10,7	12,6	13,9	13,6	13,3	13,4
10	Irlanda	IE	6,0	4,6	5,4	6,4	8,0	8,6
11	Letonia	LV	6,0	5,2	5,9	6,1	5,8	5,1
12	Lituania	LT	7,4	6,9	8,2	9,1	10,4	11,4
13	Suedia	SE	11,8	9,4	9,5	9,4	9,0	9,4
14	Marea Britanie	UK	8,7	6,9	7,6	8,0	8,1	9,3
-	Europa de Sud	-						
15	Grecia	EL	12,6	13,2	17,1	21,4	24,0	24,1
16	Italia	IT	15,0	14,1	14,8	15,6	14,7	13,6
17	Malta	MT	9,3	9,3	9,3	10,5	12,0	13,4
18	Portugalia	PT	13,2	12,4	12,6	12,5	13,3	13,4
19	Slovenia	SI	9,6	11,1	13,3	16,1	18,2	18,6
20	Spania	ES	9,3	9,5	10,8	13,2	15,5	15,1
21	Cipru	CY	6,9	8,9	10,8	12,8	15,5	17,7
-	Europa de Vest	-						
22	Austria	AT	13,9	13	13,8	13,9	14	13,6
23	Belgia	BE	11,4	11,8	13,9	14,6	14,7	14,7
24	Franta	FR	13,6	13,6	14,2	14,4	14,2	14,0
25	Germania	DE	12,3	10,5	11,5	12,1	12,3	12,8
26	Luxemburg	LU	8,3	9,9	14,2	18,4	22,1	23,9
27	Olanda	NL	12,0	7,8	9,3	10,3	10,3	10,5
-	UE-27	-	11,7	10,5	11,4	12,1	12,3	12,5

¹⁰³Sursa: bazele de date Eurostat

¹⁰⁴Proiecția conține previziunile cheltuielilor guvernamentale cu pensile pentru ambele sectoare- public și privat. European Policy Centre (EPC) a construit această proiecție bazându-se pe proiecțiile următoarelor elemente: cheltuielile brute cu pensile, numărul de pensionari, numărul de contribuabili, contribuțiile la schemele publice de pensii, activele acumulate de sistemele de pensii publice

Rata de înlocuire¹⁰⁵ în Statele Membre UE-27
în anul 2007 și prognoză 2046¹⁰⁶

- procente-

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	2007	2046
-	Europa de Est			
1	Bulgaria	BG	44,0	36,0
2	Cehia	CZ	45,0	38,0
3	Ungaria	HU	39,0	36,0
4	Polonia	PL	56,0	26,0
5	România	RO	29,0	37,0
6	Slovacia	SK	45,0	33,0
-	Europa de Nord			
7	Danemarca	DK	39,0	38,0
8	Estonia	E	26,0	16,0
9	Finlanda	FI	49,0	47,0
10	Irlanda	IE	27,0	32,0
11	Letonia	LV	24,0	13,0
12	Lituania	LT	33,0	28,0
13	Suedia	SE	49,0	30,0
14	Marea Britanie	UK	35,0	37,0
-	Europa de Sud			
15	Grecia	EL	73,0	80,0
16	Italia	IT	68,0	47,0
17	Malta	MT	42,0	40,0
18	Portugalia	PT	46,0	33,0
19	Slovenia	SI	41,0	39,0
20	Spania	ES	58,0	52,0
21	Cipru	CY	54,0	57,0
-	Europa de Vest			
22	Austria	AT	55,0	39,0
23	Belgia	BE	45,0	43,0
24	Franța	FR	63,0	48,0
25	Germania	DE	51,0	42,0
26	Luxemburg	LU	46,0	44,0
27	Olanda	NL	44,0	41,0

¹⁰⁵ **Rata de înlocuire** este definită ca raport între venitul median provenit din pensii al persoanelor cu vârsta 65-74 ani raportat la venitul median provenit din câștigurile salariale ale persoanelor cu vârsta între 50-59 ani. **Ratele de înlocuire prezentate** au fost calculate pe baza veniturilor provenite din pensile publice.

¹⁰⁶ Sursa: The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)", Economic and Financial Affairs, Directorate General, European Commission, pg 111

Rata de dependență a sistemului public de pensii: numărul de pensionari raportat la numărul de contribuabili¹⁰⁷, în sistemele publice de pensii, în anul 2007¹⁰⁸ și prognoză anii 2010,2020, 2030,2040,2050 și 2060, în Statele Membre UE-27

- procente -

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	2007	Intervalul de prognoză					
				2010	2020	2030	2040	2050	2060
-	Europa de Est								
1	Bulgaria	BG	78	74	76	84	98	114	122
2	Cehia	CZ	56	55	60	65	74	87	94
3	Ungaria	HU	76	74	74	79	90	100	107
4	Polonia	PL	65	56	58	65	77	95	107
5	România	RO	93	86	80	87	102	118	122
6	Slovacia	SK	50	48	48	59	72	89	102
-	Europa de Nord								
7	Danemarca	DK	47	49	57	57	57	53	50
8	Estonia	EE	56	55	57	64	70	81	88
9	Finlanda	FI	56	57	66	74	74	75	78
10	Irlanda	IE	28	28	30	35	41	50	53
11	Letonia	LV	48	45	47	57	66	82	91
12	Lituania	LT	62	61	66	80	91	108	123
13	Suedia	SE	39	40	48	54	59	60	65
14	Marea Britanie ¹⁰⁹	UK	...	...	...	...	...	...	...
-	Europa de Sud								
15	Grecia	EL	57	56	59	70	86	99	102
16	Italia	IT	67	65	66	76	90	94	95
17	Malta	MT	43	50	58	61	63	69	80
18	Portugalia ¹¹⁶	PT	...	...	...	...	...	...	...
19	Slovenia	SI	59	61	70	85	103	115	118
20	Spania	ES	38	37	39	47	61	75	77
21	Cipru	CY	30	32	40	51	59	73	86
-	Europa de Vest								
22	Austria ¹¹⁶	AT	...	...	...	...	...	...	...
23	Belgia	BE	58	58	65	76	83	87	90
24	Franta	FR	55	58	64	73	78	79	80
25	Germania	DE	62	62	64	76	85	88	91
26	Luxemburg	LU	43	43	51	68	85	97	103
27	Olanda	NL	30	30	35	39	42	41	42

¹⁰⁷ În unele State Membre,numărul de salariați poate fi diferit de numărul de contribuabili

¹⁰⁸ Sursa: The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)", Economic and Financial Affairs, Directorate General, European Commission,pg 231

¹⁰⁹ Pentru aceste țări nu au fost disponibile date

Anexa nr.19

Situția răspunsurilor, pe grade de acord/dezacord la afirmația "Pe termen lung (20 ani)-
Vârsta legală de pensionare ar trebui să se majoreze"¹¹⁰, în Statele Membre UE-27

- procente -

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	Acord total	Acord	Dezacord	Dezacord total	Nonrăspuns /indecis
-	Europa de Est						
1	Bulgaria	BG	21,6	40,0	21,1	8,1	9,2
2	Cehia	CZ	52,5	35,0	8,2	2,8	1,5
3	Ungaria	HU	29,0	54,1	12,3	2,5	2,1
4	Polonia	PL	15,6	47,8	29,1	4,7	2,8
5	România	RO	22,4	40,3	22,5	10,6	4,2
6	Slovacia	SK	35,5	45,8	13,3	2,6	2,8
-	Europa de Nord						
7	Danemarca	DK	12,0	60,8	23,8	1,7	1,7
8	Estonia	EE	19,6	51,1	20,8	3,4	5,1
9	Finlanda	FI	20,4	50,4	23,6	3,8	1,8
10	Irlanda	IE	27,9	52,1	15,4	3,5	1,1
11	Letonia	LV	31,0	40,4	21,2	4,4	3,0
12	Lituania	LT	14,9	41,8	30,0	5,1	8,2
13	Suedia	SE	21,0	52,8	20,4	3,8	2,0
14	Marea Britanie	UK	53,0	36,0	5,4	4,0	1,6
-	Europa de Sud						
15	Grecia	EL	45,8	45,3	6,2	1,6	1,1
16	Italia	IT	60,0	25,2	8,7	2,7	3,4
17	Malta	MT	16,1	66,0	10,3	0,3	7,3
18	Portugalia	PT	23,7	54,4	18,1	2,0	1,8
19	Slovenia	SI	30,5	58,0	9,3	1,1	1,1
20	Spania	ES	7,7	48,4	35,5	3,4	5,0
21	Cipru	CY	10,0	59,8	24,3	0,9	5,0
-	Europa de Vest						
22	Austria	AT	49,9	39,8	5,9	2,9	1,5
23	Belgia	BE	41,3	38,0	12,9	4,7	3,1
24	Franta	FR	61,2	31,6	3,1	3,7	0,4
25	Germania	DE	29,5	56,2	12,2	1,2	0,9
26	Luxemburg	LU	29,8	48,0	13,4	7,9	0,9
27	Olanda	NL	11,6	75,0	12,2	0,5	0,6

¹¹⁰Date culese din eurobarometrul--"Expectations of European citizens regarding the social reality in 20 years' time", Analytical Report,Mai,2008, Flash Eurobarometer 227 – The Gallup Organization

Anexa nr.20

**Numarul pensionarilor si pensia medie lunara de asigurari sociale de stat,
pe regiuni/județe in anul 2010**

Nr crt	Regiune/județ	Numar mediu pensionari	Pensie medie lei /persoană
		Total	4.768.051	739
-	Nord-Est	712.330	685
1	Bacau	144.999	731
2	Botoșani	77.430	610
3	Iași	145.703	728
4	Neamț	117.587	703
5	Suceava	145.498	658
6	Vaslui	81.113	623
-	Sud-Est	559.347	710
7	Braila	80.916	701
8	Buzau	109.081	656
9	Constanta	135.174	748
10	Galați	122.555	789
11	Tulcea	43.684	657
12	Vrancea	67.937	623
-	Sud	602.353	876
13	Arges	152.808	730
14	Calarasi	67.432	625
15	Dâmbovița	118.593	689
16	Giurgiu	61.777	594
17	Ialomița	59.388	641
18	Prahova	197.969	784
19	Teleorman	97.194	638
-	Sud-Vest	503.191	687
20	Dolj	163.383	696
21	Gorj	78.690	745
22	Mehedinti	59.225	694
23	Olt	97.476	637
24	Vâlcea	104.417	674
-	Vest	456.218	776
25	Arad	103.527	694
26	Caraș-Severin	79.989	733
27	Hunedoara	125.185	896
28	Timiș	147.517	755
-	Nord-Vest	629.847	714
29	Bihor	160.093	704
30	Bistrița-Năsăud	55.447	629
31	Cluj	161.480	794
32	Marmures	115.023	728
33	Satu-Mare	79.617	646
34	Sălaj	58.187	665
-	Centru	580.649	767
35	Alba	84.526	733
36	Brașov	137.675	891
37	Covasna	44.285	717
38	Harghita	73.494	716
39	Mureș	141.051	706
40	Sibiu	99.618	771
-	București-ilfov	571.308	905
41	București	499.115	939
42	Ilfov	72.193	673

Anexa nr.21

Numarul pensionarilor beneficiari de pensie sociala minim garantata¹¹¹, in sistemul asigurarilor sociale de stat, pe regiuni/județe in anul 2010

Nr crt	Regiune/județ	Numar mediu beneficiari	Valoare medie suportata de la Bugetul de Stat -lei-
	Total		91
-	Nord-Est	75.049	95
1	Bacau	14.117	95
2	Botoșani	9.697	94
3	Iași	13.918	95
4	Neamț	11.193	97
5	Suceava	16.390	95
6	Vaslui	9.734	94
-	Sud-Est	59.533	93
7	Braila	7.732	87
8	Buzau	10.944	87
9	Constanta	14.056	95
10	Galati	11.082	94
11	Tulcea	5.278	92
12	Vrancea	10.441	100
-	Sud	70.254	89
13	Arges	12.797	90
14	Calarasi	7.758	88
15	Dâmbovița	12.170	98
16	Giurgiu	7.978	88
17	Ialomita	6.538	83
18	Prahova	13.357	88
19	Teleorman	9.656	83
-	Sud-Vest	50.046	87
20	Doj	13.560	83
21	Gorj	7.567	92
22	Mehedinti	6.455	91
23	Olt	11.153	84
24	Vâlcea	11.311	89
-	Vest	36.444	91
25	Arad	10.041	92
26	Caras-Severin	7.901	90
27	Hunedoara	7.699	90
28	Timiș	10.803	90
-	Nord-Vest	60.923	91
29	Bihor	13.957	86
30	Bistrița-Năsăud	8.809	101
31	Cluj	10.065	91
32	Marmures	13.025	94
33	Satu-Mare	9.424	89
34	Sălaj	5.643	85
-	Centru	43.977	92
35	Alba	7.762	97
36	Brașov	6.543	89
37	Covasna	4.195	91
38	Harghita	6.743	94
39	Mureș	11.946	87
40	Sibiu	6.788	93
-	București-ilfov	8.765	83
41	București	2.824	81
42	Ilfov	5.941	83

¹¹¹ Începând cu data de 1 aprilie 2009, prin OUG nr.6/2009, a fost instituită pensia socială minim garantată, în valoare de 300 lei, iar de la data de 1 octombrie 2009, cuantumul acesteia a fost majorat la 350 lei, beneficiarii sistemului public de pensii cu domiciliul în România, a căror pensie se situa sub aceste cuantumuri, au primit diferența de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

**Numărul pensionarilor și pensia medie lunară de agricultori,
pe regiuni/județe în anul 2010**

Nr crt	Regiune/județ	Numar mediu pensionari	Pensie medie lei /persoană
		Total	736.722	309
-	Nord-Est	180.746	309
1	Bacau	23.608	309
2	Botoșani	36.960	314
3	Iași	38.465	308
4	Neamț	22.809	304
5	Suceava	29.507	308
6	Vaslui	29.397	309
-	Sud-Est	110.932	312
7	Braila	17.068	325
8	Buzau	30.805	313
9	Constanta	11.156	303
10	Galați	24.655	308
11	Tulcea	7.842	312
12	Vrancea	19.406	308
-	Sud	142.468	314
13	Arges	15.274	290
14	Calarasi	16.855	321
15	Dâmbovița	17.828	297
16	Giurgiu	19.084	321
17	Ialomița	19.411	326
18	Prahova	15.230	309
19	Teleorman	38.786	321
-	Sud-Vest	116.511	311
20	Dolj	44.409	319
21	Gorj	7.852	284
22	Mehedinti	12.724	308
23	Olt	34641	316
24	Vâlcea	16.885	294
-	Vest	36.500	304
25	Arad	13.604	298
26	Caraș-Severin	3.921	300
27	Hunedoara	6.262	302
28	Timiș	12.713	313
-	Nord-Vest	85.417	306
29	Bihor	17.264	302
30	Bistrița-Năsăud	9.128	304
31	Cluj	20.481	316
32	Marmures	10.782	301
33	Satu-Mare	14.036	300
34	Sălaj	13.726	310
-	Centru	55.590	302
35	Alba	8.474	304
36	Brașov	4.333	305
37	Covasna	5.019	292
38	Harghita	8.222	281
39	Mureș	23.564	311
40	Sibiu	5.978	299
-	București-ilfov	8.561	255
41	București	2.581	212
42	Ilfov	5.980	273

Anexa nr.23

**Numarul pensionarilor agricultori, beneficiari de pensie sociala minim garantata,
pe regiuni/județe în anul 2010**

Nr crt	Regiune/județ	Numar mediu beneficiari	Valoare medie suportata de la Bugetul de Stat
	Total		-lei-
	Total	228.127	86
-	Nord-Est	59.840	82
1	Bacau	8.584	86
2	Botoșani	10.888	77
3	Iași	13.012	79
4	Neamț	7.343	88
5	Suceava	10.087	83
6	Vaslui	9.926	84
-	Sud-Est	31.526	86
7	Braila	4.477	81
8	Buzau	8.292	81
9	Constanta	3.138	97
10	Galați	7.317	86
11	Tulcea	2.253	94
12	Vrancea	6.050	86
-	Sud	44.740	85
13	Arges	5.761	100
14	Calarasi	4.976	84
15	Dâmbovița	6.017	88
16	Giurgiu	6.387	84
17	Ialomița	4.786	79
18	Prahova	4.880	94
19	Teleorman	11.933	77
-	Sud-Vest	42.433	87
20	Dolj	13.717	74
21	Gorj	3.357	111
22	Mehedinti	4.779	93
23	Olt	13.409	85
24	Vâlcea	7.171	99
-	Vest	10.558	95
25	Arad	3.686	91
26	Caraș-Severin	1.485	102
27	Hunedoara	1.831	98
28	Timiș	3.556	93
-	Nord-Vest	21.658	85
29	Bihor	4.247	88
30	Bistrița-Năsăud	2.595	83
31	Cluj	4.753	78
32	Marmures	3.603	91
33	Satu-Mare	3.324	90
34	Sălaj	3.136	82
-	Centru	14.534	89
35	Alba	2.282	92
36	Brașov	1.097	94
37	Covasna	1.366	93
38	Harghita	2.054	98
39	Mureș	5.825	81
40	Sibiu	1.910	90
-	București-ilfov	2.837	116
41	București	122	133
42	Ilfov	2.715	115

Anexa nr.24

Speranta de viata pe sexe si pe medii in anii 1990-2009

-ani-

Anii	Pe sexe			Pe medii					
	Total	Feminin	Masculin	Urban			Rural		
				Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin
1990-1992	69,78	73,17	66,56	70,54	74,02	67,16	68,75	72,29	65,45
1991-1993	69,52	73,17	66,06	70,01	73,71	66,45	68,76	72,52	65,32
1992-1994	69,48	73,32	65,88	70,02	73,83	66,36	68,67	72,68	65,04
1993-1995	69,40	73,36	65,70	70,05	73,95	66,33	68,46	72,66	64,70
1994-1996	69,05	73,09	65,30	69,84	73,77	66,12	67,99	72,33	64,13
1995-1997	68,95	73,00	65,19	69,82	73,66	66,16	67,80	72,26	63,86
1996-1998	69,24	73,32	65,46	70,09	73,97	66,39	68,11	72,58	64,16
1997-1999	69,74	73,67	66,05	70,58	74,38	66,92	68,66	72,91	64,85
1998-2000	70,53	74,20	67,03	71,31	74,86	67,84	69,53	73,49	65,93
1999-2001	71,19	74,84	67,69	71,94	75,42	68,50	70,20	74,17	66,57
2000-2002	71,18	74,90	67,61	72,02	75,51	68,55	70,08	74,20	66,35
2001-2003	71,01	74,78	67,42	71,81	75,42	68,24	70,08	74,14	66,41
2002-2004	71,32	75,06	67,74	72,15	75,70	68,62	70,34	74,41	66,67
2003-2005	71,76	75,47	68,19	72,53	76,01	69,04	70,78	74,83	67,12
2004-2006	72,22	75,80	68,74	72,98	76,34	69,56	71,23	75,13	67,69
2005-2007	72,61	76,14	69,17	73,34	76,64	69,96	71,64	75,50	68,13
2008	73,03	76,68	69,49	73,76	77,16	70,29	72,05	76,05	68,42
2009	73,33	77,09	69,68	74,16	77,67	70,58	72,23	76,36	68,51

**Număr supraviețuitori la vârstele de 60,70,80,90 ani,
persoane dintr-o generație ipotetică de 100.000 născuți vii în anul 2009**

Total

	L60	L70	L80	L90
Feminin	89.659	78.171	51.813	13.662
Masculin	76.729	57.014	30.122	6.306

Urban

	L60	L70	L80	L90
Feminin	90.560	79.049	52.459	14.830
Masculin	79.042	58.825	30.857	6.578

Rural

	L60	L70	L80	L90
Feminin	88.249	76.849	50.891	12.753
Masculin	73.619	54.600	28.997	6.003

Speranța de viață la naștere, pe regiuni, sexe și medii în anul 2009

Total

Regiunea	Total	ani	
		Feminin	Masculin
Nord-Est	73,38	77,18	69,78
Sud-Est	73,04	77,20	69,13
Sud	73,07	77,14	69,21
Sud-vest	73,08	76,69	69,64
Vest	72,96	76,41	69,53
Nord-Vest	72,82	76,47	69,25
Centru	73,62	77,24	70,12
Bucuresti-ilfov	74,94	78,43	71,23

Urban

Regiunea	Total	ani	
		Feminin	Masculin
Nord-Est	74,35	77,94	70,73
Sud-Est	73,87	77,63	70,15
Sud	73,96	77,75	70,18
Sud-vest	74,10	77,37	70,87
Vest	73,32	76,71	69,85
Nord-Vest	73,52	77,08	69,92
Centru	74,31	77,64	70,92
Bucuresti-ilfov	75,17	78,56	71,51

Rural

Regiunea	Total	ani	
		Feminin	Masculin
Nord-Est	72,55	76,60	68,96
Sud-Est	71,87	76,55	67,82
Sud	72,30	76,65	68,37
Sud-vest	71,93	75,98	68,30
Vest	72,34	75,95	68,95
Nord-Vest	71,98	75,86	68,39
Centru	72,55	76,54	68,39
Bucuresti-ilfov	72,40	76,96	68,15

**Speranța de viață la naștere, pe județe - total țară
și pe medii, total și pe sexe, în anul 2009**

ani

Total țară

Nr crt	Județul	Total	Feminin	Masculin
	Total	73,33	77,09	69,68
1	Alba	73,84	77,72	70,21
2	Arad	72,76	76,08	69,42
3	Arges	73,67	77,44	70,00
4	Bacau	72,43	76,08	68,65
5	Bihor	72,20	75,51	68,90
6	Bistrița-Năsăud	73,71	76,72	70,81
7	Botoșani	72,79	76,71	69,05
8	Brașov	74,28	77,56	71,00
9	Brăila	73,24	77,77	69,04
10	Buzău	73,60	77,67	69,74
11	Caraș-severin	72,44	75,88	69,11
12	Călărași	71,81	76,47	67,57
13	Cluj	74,52	78,30	70,85
14	Constanța	72,56	76,37	68,88
15	Covasna	73,31	77,3	69,64
16	Dambovita	73,48	77,57	69,55
17	Dolj	72,74	76,64	69,04
18	Galați	72,93	77,19	69,00
19	Giurgiu	71,6	76,12	67,45
20	Gorj	73,62	76,69	70,65
21	Harghita	73,45	76,86	70,22
22	Hunedoara	72,75	76,96	68,75
23	Ialomita	72,25	76,78	68,06
24	Iasi	73,79	77,53	70,18
25	Ifov	72,75	76,96	68,75
26	Marmures	72,92	76,53	69,41
27	Mehedinti	72,16	75,39	69,06
28	Mures	73,29	77,04	69,67
29	Neamt	73,53	77,44	69,83
30	Olt	72,19	76,18	68,51
31	Prahova	73,96	77,86	70,15
32	Satu-mare	70,34	74,67	66,17
33	Sălaj	72,18	76,44	68,19
34	Sibiu	73,28	76,88	69,74
35	Suceava	74,26	77,71	70,93
36	Teleorman	72,56	76,45	68,99
37	Timis	73,54	76,89	70,12
38	Tulcea	71,95	75,94	68,33
39	Vaslui	73,34	77,09	69,86
40	Vâlcea	75,06	78,52	71,74
41	Vrancea	73,89	78,36	69,77
42	București	75,29	78,65	71,65

Anexa nr.27-continuare
ani

Urban				
Nr crt	Județul	Total	Feminin	Masculin
	Total	74,16	77,67	70,58
1	Alba	74,03	77,46	70,69
2	Arad	73,09	76,28	69,77
3	Arges	74,60	78,12	71,05
4	Bacau	73,58	77,57	69,73
5	Bihor	73,03	76,11	69,79
6	Bistrița-Năsăud	73,89	77,32	70,75
7	Botoșani	74,11	77,51	70,52
8	Brașov	74,79	78,22	71,31
9	Brăila	73,57	77,54	69,66
10	Buzău	74,32	77,77	70,93
11	Caraș-severin	72,43	75,72	69,16
12	Călărași	72,10	76,74	67,73
13	Cluj	75,33	78,97	71,65
14	Constanța	73,72	77,44	69,99
15	Covasna	74,27	77,40	71,14
16	Dambovita	73,69	77,55	69,82
17	Dolj	74,56	78,03	71,19
18	Galați	74,01	77,87	70,28
19	Giurgiu	72,92	76,72	69,19
20	Gorj	74,05	76,76	71,23
21	Harghita	74,06	76,76	71,16
22	Hunedoara	72,48	76,24	68,83
23	Ialomita	73,01	77,25	68,99
24	Iasi	75,06	78,97	71,24
25	Ilfov	73,16	76,97	69,51
26	Marmures	72,59	76,26	68,94
27	Mehedinti	72,70	75,49	69,77
28	Mures	74,29	77,60	70,90
29	Neamt	74,45	78,26	70,44
30	Olt	72,84	76,36	69,46
31	Prahova	74,74	78,40	71,00
32	Satu-mare	71,27	75,37	67,13
33	Sălaj	73,52	77,99	69,51
34	Sibiu	73,90	77,46	70,28
35	Suceava	74,23	77,24	71,17
36	Teleorman	73,90	77,33	70,50
37	Timis	74,61	77,85	71,18
38	Tulcea	73,08	76,66	69,66
39	Vaslui	74,62	78,43	70,94
40	Vâlcea	75,52	78,44	72,14
41	Vrancea	74,52	78,37	70,74
42	București	75,29	78,65	71,65

Anexa nr.27-continuare

ani

Rural

Nr crt	Județul	Total	Feminin	Masculin
	Total	72,23	76,36	68,51
1	Alba	73,29	77,82	69,36
2	Arad	72,37	75,96	68,98
3	Arges	72,65	76,79	68,84
4	Bacau	71,38	75,71	67,67
5	Bihor	71,41	74,98	68,02
6	Bistrița-Năsăud	73,36	76,53	70,48
7	Botoșani	71,66	75,79	67,92
8	Brașov	72,96	75,91	69,96
9	Brăila	72,32	77,82	67,69
10	Buzău	72,88	77,41	68,82
11	Caraș-severin	72,21	75,81	68,86
12	Călărași	71,41	76,10	67,3
13	Cluj	73,07	77,24	69,32
14	Constanța	69,99	74,14	66,45
15	Covasna	72,21	76,93	68,2
16	Dambovita	73,25	77,48	69,32
17	Dolj	70,58	75,29	66,47
18	Galați	71,33	76,15	67,26
19	Giurgiu	70,77	75,71	66,47
20	Gorj	73,03	76,42	69,92
21	Harghita	72,87	76,78	69,45
22	Hunedoara	73,39	77,21	69,85
23	Ialomita	71,39	76,29	67,14
24	Iasi	72,63	76,47	69,24
25	Ifov	72,40	76,96	68,15
26	Marmures	73,24	76,82	69,88
27	Mehedinti	71,25	74,92	67,98
28	Mures	72,16	76,39	68,38
29	Neamt	72,99	77,05	69,37
30	Olt	71,48	75,79	67,64
31	Prahova	73,12	77,34	69,26
32	Satu-mare	69,46	73,98	65,26
33	Sălaj	71,03	75,65	66,89
34	Sibiu	71,97	75,65	68,54
35	Suceava	74,13	77,94	70,60
36	Teleorman	71,54	75,79	67,89
37	Timis	71,89	75,40	68,52
38	Tulcea	70,80	75,20	67,10
39	Vaslui	72,22	76,33	68,74
40	Vâlcea	74,25	77,81	70,95
41	Vrancea	73,39	78,26	69,12

**Speranța de viață la vârsta de 60 ani, pe județe - total țară
total și pe sexe, în anul 2009**

Nr crt	Județul	Total	Feminin	Masculin
	Total	19,13	20,99	17,02
1	Alba	19,09	21,02	17,01
2	Arad	18,25	19,88	16,33
3	Arges	19,27	21,12	17,16
4	Bacau	19,10	20,89	17,13
5	Bihor	18,10	19,66	16,26
6	Bistrița-Năsăud	19,21	20,78	17,50
7	Botoșani	19,47	21,15	17,51
8	Brașov	19,80	21,51	17,84
9	Brăila	19,21	21,72	16,54
10	Buzău	19,32	21,47	16,93
11	Caraș-severin	18,26	19,95	16,33
12	Călărași	18,92	21,08	16,56
13	Cluj	19,70	21,63	17,55
14	Constanța	18,83	20,79	16,67
15	Covasna	18,93	21,15	16,65
16	Dambovita	19,14	21,08	16,87
17	Dolj	18,59	20,47	16,52
18	Galați	19,11	21,04	17,02
19	Giurgiu	18,59	20,58	16,31
20	Gorj	18,93	20,28	17,36
21	Harghita	19,23	21,23	17,10
22	Hunedoara	18,44	20,30	16,36
23	Ialomita	18,75	20,74	16,51
24	Iasi	19,80	21,72	17,64
25	Ifov	18,76	20,66	16,60
26	Marmures	18,59	20,40	16,52
27	Mehedinti	18,33	19,70	16,76
28	Mures	19,24	21,04	17,18
29	Neamt	20,01	21,72	18,09
30	Olt	18,37	20,32	16,21
31	Prahova	19,32	21,46	16,87
32	Satu-mare	17,35	19,23	15,06
33	Sălaj	18,48	20,47	16,25
34	Sibiu	18,82	20,74	16,64
35	Suceava	19,79	21,56	17,83
36	Teleorman	18,83	20,55	16,92
37	Timis	18,96	20,68	16,91
38	Tulcea	18,14	20,07	16,14
39	Vaslui	19,74	21,57	17,75
40	Vâlcea	20,29	22,28	18,13
41	Vrancea	19,91	22,04	17,64
42	București	20,05	21,92	17,75

**Speranța de viață la naștere și la vârsta de 65 ani pe sexe,
în Statele Membre UE-27, în anul 2009**

- ani-

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	Total		Feminin		Masculin	
			Nastere	65 ani	Nastere	65 ani	Nastere	65 ani
UE-27 ¹¹²	-	-	78,8	19,1	81,7	20,7	75,7	17,2
-	Europa de Est							
1	Bulgaria	BG	73,4	15,5	77,0	17,0	69,9	13,8
2	Cehia	CZ	76,6	17,2	79,7	18,8	73,5	15,2
3	Ungaria	HU	73,8	16,4	77,8	18,2	69,6	18,2
4	Polonia	PL	75,3	17,3	79,5	19,2	71,0	14,8
5	România	RO	73,3	15,6	77,1	17,0	69,7	13,9
6	Slovacia	SK	74,7	16,3	78,5	18,0	70,9	14,1
-	Europa de Nord							
7	Danemarca	DK	78,3	18,2	80,3	19,5	76,1	16,8
8	Estonia	EE	74,5	17,2	79,5	19,2	69,1	14,0
9	Finlanda	FI	79,3	19,6	82,7	21,5	75,8	17,3
10	Irlanda	IE	79,2	19,0	81,7	20,6	76,7	17,2
11	Letonia	LV	72,8	16,3	77,6	18,2	67,7	13,4
12	Lituania	LT	72,5	16,4	78,0	18,4	66,9	13,4
13	Suedia	SE	80,7	19,8	82,7	21,2	78,6	18,3
14	Marea Britanie ¹¹²	UK	79,3	19,1	81,2	20,3	77,2	17,7
-	Europa de Sud							
15	Grecia	EL	79,5	19,2	81,9	20,2	77,1	18,1
16	Italia	IT	81,2	20,2	83,7	22,0	78,4	18,2
17	Malta	MT	79,8	18,8	82,2	20,6	77,2	16,8
18	Portugalia	PT	78,9	19,0	81,8	20,5	75,8	17,1
19	Slovenia	SI	78,5	18,8	81,9	20,5	75,1	16,4
20	Spania	ES	81,1	20,5	84,2	22,5	78,0	18,4
21	Cipru	CY	80,4	19,5	82,8	20,9	78,0	18,1
-	Europa de Vest							
22	Austria	AT	79,8	19,6	82,5	21,2	76,9	17,7
23	Belgia	BE	79,4	19,5	82,0	21,1	76,6	17,5
24	Franta	FR	80,9	21,2	84,3	23,2	77,3	18,7
25	Germania	DE	79,6	19,3	82,1	20,8	77,1	17,6
26	Luxemburg	LU	80,0	19,7	82,6	21,4	77,2	17,6
27	Olanda	NL	80,2	19,4	82,2	21,1	78,0	17,6

¹¹²Ultimele date disponibile pentru Uniunea Europeană și Marea Britanie, au fost la nivelul anului 2008

**Speranța de viață la naștere, total, în Statele Membre UE-27, în anul 2009
și intervalele de prognoză
2020-2025, 2025-2030, 2030-2035, 2035-2040, 2040-2045 și 2045-2050**

ani

Nr crt	Țara/ Regiune	Simbol țara	2009	Intervalul de prognoză ¹¹³					
				2020- 2025	2025- 2030	2030- 2035	2035- 2040	2040- 2045	2045- 2050
-	UE-27¹¹⁴	-	78,8	78,1	78,9	79,6	80,2	80,9	81,5
-	Europa de Est	-	70,4	72,7	73,7	74,5	75,2	76,0	76,7
1	Bulgaria	BG	73,4	76,1	76,9	77,6	78,3	78,9	79,5
2	Cehia	CZ	76,6	78,8	79,5	80,2	80,8	81,4	81,9
3	Ungaria	HU	73,8	76,2	77,0	77,7	78,4	79,0	79,6
4	Polonia	PL	75,3	77,9	78,6	79,2	79,8	80,4	80,9
5	România	RO	73,3	75,7	76,5	77,2	77,9	78,6	79,2
6	Slovacia	SK	74,7	77,2	77,9	78,5	79,2	79,7	80,3
-	Europa de Nord	-	79,7	81,1	81,7	82,3	82,9	83,4	84,0
7	Danemarca	DK	78,3	80,3	80,9	81,5	82,0	82,5	83,0
8	Estonia	EE	74,5	76,5	77,3	77,9	78,4	79,2	80,0
9	Finlanda	FI	79,3	81,7	82,3	82,9	83,4	84,0	84,5
10	Irlanda	IE	79,2	81,7	82,3	82,9	83,4	84,0	84,5
11	Letonia	LV	72,8	75,5	76,4	77,1	77,8	78,5	79,1
12	Lituania	LT	72,5	74,9	75,8	76,6	77,3	78,0	78,7
13	Suedia	SE	80,7	82,8	83,3	83,8	84,3	84,7	85,2
14	Marea Britanie ¹¹⁴	UK	79,3	81,3	81,9	82,5	83,1	83,6	84,1
-	Europa de Sud	-	80,4	81,7	82,3	82,9	83,4	83,9	84,4
15	Grecia	EL	79,5	81,4	82,0	82,5	83,1	83,6	84,2
16	Italia	IT	81,2	82,8	83,3	83,9	84,4	84,9	85,4
17	Malta	MT	79,8	81,5	82,1	82,6	83,2	83,7	84,2
18	Portugalia	PT	78,9	80,7	81,3	81,8	82,3	82,8	83,2
19	Slovenia	SI	78,5	80,4	81,0	81,6	82,2	82,7	83,3
20	Spania	ES	81,1	83,0	83,6	84,1	84,6	85,0	85,5
21	Cipru	CY	80,4	81,3	81,9	82,4	82,9	83,4	83,8
-	Europa de Vest	-	81,0	82,3	82,9	83,5	84,0	84,5	85,1
22	Austria	AT	79,8	82,2	82,8	83,4	83,9	84,4	85,0
23	Belgia	BE	79,4	82,3	82,9	83,4	84,0	84,5	85,0
24	Franta	FR	80,9	83,3	83,9	84,5	85,0	85,5	86,0
25	Germania	DE	79,6	81,6	82,2	82,8	83,3	83,9	84,4
26	Luxemburg	LU	80,0	81,8	82,4	83,0	83,5	84,1	84,6
27	Olanda	NL	80,2	81,7	82,2	82,7	83,2	83,7	84,2

¹¹³Pentru perioada 2020-2050, datele au fost calculate pentru varianta de proiectare medie, ceea ce semnifică o rată a fertilității medii și rate ale mortalității și o migrației internaționale normale, pentru informații suplimentare - <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=4>. De asemenea, nu au fost disponibile date privind speranța de viață pe total și pe sexe, la nivelul UE-27, în rândul respectiv fiind înscrise date pentru întreaga Europă (inclusiv state membre UE-27), situație similară pe regiuni Europa de Est, Europa de Nord, Europa de Sud și Europa de Vest

¹¹⁴Ultimele date disponibile pentru Uniunea Europeană și Marea Britanie, au fost la nivelul anului 2008

Anexa nr.30-continuare

**Speranta de viata la nastere, sex feminin, in Statele Membre UE-27, in anul 2009
si intervalele de prognoza
2020-2025, 2025-2030, 2030-2035, 2035-2040, 2040-2045 si 2045-2050**

ani

Nr crt	Țara/ Regiune	Simbol țara	2009	Intervalul de prognoză					
				2020- 2025	2025- 2030	2030- 2035	2035- 2040	2040- 2045	2045- 2050
-	UE-27¹¹⁵	-	81,7	81,4	82,1	82,7	83,3	83,9	84,5
-	Europa de Est	-	75,6	77,3	78	78,6	79,2	79,8	80,4
1	Bulgaria	BG	77,0	79,3	80,0	80,7	81,3	81,9	82,5
2	Cehia	CZ	79,7	81,8	82,4	83,1	83,7	84,3	84,9
3	Ungaria	HU	77,8	79,8	80,5	81,1	81,7	82,3	82,8
4	Polonia	PL	79,5	81,7	82,3	82,8	83,3	83,8	84,3
5	România	RO	77,1	78,9	79,6	80,3	81,0	81,6	82,2
6	Slovacia	SK	78,5	80,7	81,3	81,9	82,4	83,0	83,5
-	Europa de Nord	-	82,2	83,5	84,1	84,6	85,2	85,7	86,3
7	Danemarca	DK	80,3	82,7	83,3	83,8	84,3	84,8	85,2
8	Estonia	EE	79,5	80,8	81,5	82,0	82,5	83,0	83,6
9	Finlanda	FI	82,7	84,8	85,4	85,9	86,5	87,0	87,5
10	Irlanda	IE	81,7	84,2	84,7	85,3	85,9	86,4	86,9
11	Letonia	LV	77,6	79,6	80,3	80,9	81,5	82,1	82,7
12	Lituania	LT	78,0	79,9	80,5	81,2	81,8	82,3	82,9
13	Suedia	SE	82,7	84,7	85,2	85,6	86,1	86,5	87,0
14	Marea Britanie ¹¹⁵	UK	81,2	83,5	84,1	84,7	85,3	85,8	86,4
-	Europa de Sud	-	83,3	84,5	85,1	85,6	86,1	86,6	87,1
15	Grecia	EL	81,9	83,8	84,4	85,0	85,5	86,1	86,6
16	Italia	IT	83,7	85,7	86,3	86,8	87,3	87,9	88,4
17	Malta	MT	82,2	83,3	83,9	84,5	85,1	85,7	86,2
18	Portugalia	PT	81,8	83,8	84,4	84,9	85,3	85,8	86,2
19	Slovenia	SI	81,9	83,9	84,5	85,0	85,6	86,1	86,7
20	Spania	ES	84,2	85,8	86,3	86,7	87,2	87,6	88,0
21	Cipru	CY	82,8	83,6	84,1	84,6	85,1	85,6	86,0
-	Europa de Vest	-	83,8	85	85,5	86,1	86,6	87,2	87,7
22	Austria	AT	82,5	84,4	85,0	85,6	86,1	86,6	87,2
23	Belgia	BE	82,0	85,4	85,9	86,5	87,0	87,5	88,0
24	Franta	FR	84,3	86,2	86,8	87,3	87,8	88,3	88,9
25	Germania	DE	82,1	84,3	84,9	85,4	86,0	86,5	87,0
26	Luxemburg	LU	82,6	84,0	84,6	85,1	85,7	86,2	86,8
27	Olanda	NL	82,2	83,7	84,2	84,7	85,1	85,6	86,1

¹¹⁵Ultimele date disponibile pentru Uniunea Europeană și Marea Britanie, au fost la nivelul anului 2008

Anexa nr.30-continuare

**Speranta de viata la nastere, sex masculin, in Statele Membre UE-27, in anul 2009
si intervalele de prognoza
2020-2025, 2025-2030, 2030-2035, 2035-2040, 2040-2045 si 2045-2050**

ani

Nr crt	Țara/ Regiune	Simbol țara	2009	Intervalul de prognoză					
				2020- 2025	2025- 2030	2030- 2035	2035- 2040	2040- 2045	2045- 2050
-	UE-27¹¹⁶	-	75,7	74,6	75,6	76,4	77,1	77,8	78,5
-	Europa de Est	-	65,2	68,1	69,2	70,2	71,1	72,0	72,8
1	Bulgaria	BG	69,9	72,8	73,7	74,5	75,2	75,9	76,5
2	Cehia	CZ	73,5	75,9	76,6	77,3	77,9	78,5	79,1
3	Ungaria	HU	69,6	72,5	73,3	74,1	74,9	75,6	76,3
4	Polonia	PL	71,0	74,0	74,8	75,5	76,2	76,8	77,4
5	România	RO	69,7	72,4	73,3	74,1	74,8	75,5	76,2
6	Slovacia	SK	70,9	73,6	74,4	75,1	75,8	76,4	77,1
-	Europa de Nord	-	77,2	78,7	79,3	79,9	80,5	81,0	81,6
7	Danemarca	DK	76,1	78,0	78,6	79,2	79,7	80,2	80,7
8	Estonia	EE	69,1	71,7	72,7	73,4	74,0	75,1	76,0
9	Finlanda	FI	75,8	78,7	79,3	79,9	80,4	81,0	81,5
10	Irlanda	IE	76,7	79,3	79,9	80,5	81,0	81,6	82,1
11	Letonia	LV	67,7	71,1	72,1	73,0	73,8	74,6	75,3
12	Lituania	LT	66,9	69,8	70,9	71,9	72,9	73,7	74,5
13	Suedia	SE	78,6	80,8	81,4	81,9	82,4	83,0	83,5
14	Marea Britanie	UK	77,2	79,1	79,6	80,2	80,8	81,3	81,9
-	Europa de Sud	-	77,4	78,8	79,5	80,1	80,7	81,2	81,8
15	Grecia	EL	77,1	79,0	79,6	80,1	80,7	81,2	81,8
16	Italia	IT	78,4	79,8	80,3	80,9	81,4	82,0	82,5
17	Malta	MT	77,2	79,6	80,2	80,8	81,3	81,8	82,4
18	Portugalia	PT	75,8	77,5	78,1	78,7	79,2	79,7	80,2
19	Slovenia	SI	75,1	76,9	77,5	78,2	78,8	79,4	80,0
20	Spania	ES	78,0	80,3	81,0	81,5	82,0	82,6	83,1
21	Cipru	CY	78,0	79,0	79,5	80,0	80,5	81,0	81,5
-	Europa de Vest	-	78,2	79,6	80,3	80,8	81,4	81,9	82,5
22	Austria	AT	76,9	79,9	80,6	81,1	81,7	82,2	82,8
23	Belgia	BE	76,6	79,3	79,9	80,4	81,0	81,5	82,1
24	Franta	FR	77,3	80,3	81,0	81,6	82,1	82,6	83,1
25	Germania	DE	77,1	79,0	79,6	80,2	80,8	81,3	81,8
26	Luxemburg	LU	77,2	79,6	80,3	80,8	81,4	81,9	82,4
27	Olanda	NL	78,0	79,6	80,2	80,8	81,3	81,9	82,4

¹¹⁶Ultimele date disponibile pentru Uniunea Europeană și Marea Britanie, au fost la nivelul anului 2008

Numărul deceselor și al ratelor de mortalitate ale persoanelor vârstnice (65 ani plus), diferențiate pe medii de rezidență, pe sexe în anii 2008 și 2009

2009

Indicatori	Total			Urban			Rural		
	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin
Decese - total	257.213	119.663	137.550	116.168	53.965	62.203	141.045	65.698	75.347
Populația -total	21.469.959	11.012.740	10.457.219	11.823.516	6.173.809	5.649.707	9.646.443	4.838.931	4.807.512
Rate mortalitate - total	11,98	10,87	13,15	9,83	8,74	11,01	14,62	13,58	15,67
Decese persoane vârstnice (65 ani și peste)	186.047	98.055	87.992	79.023	42.122	36.901	107.024	55.933	51.091
Populația vârstnică-total	3.204.225	1.904.428	1.299.797	1.411.630	848.386	563.244	1.792.595	1.056.042	736.553
Rate mortalitate vârstnici	58,06	51,49	67,70	55,98	49,65	65,52	59,70	52,96	69,37
% decese persoane vârstnice în total decese	72,33	81,94	63,97	68,02	78,05	59,32	75,88	85,14	67,81
% -ul pe sexe al deceselor persoanelor vârstnice	100,00	52,70	47,30	100,00	53,30	46,70	100,00	52,26	47,74

2008

Indicatori	Total			Urban			Rural		
	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin
Decese - total	253.202	117.792	135.410	114.352	52.732	61.620	138.850	65.060	73.790
Populația -total	21.504.442	11.026.831	10.477.611	11.835.328	6.176.816	5.658.512	9.669.114	4.850.015	4.819.099
Rate mortalitate - total	11,77	10,68	12,92	9,66	8,54	10,89	14,36	13,41	15,31
Decese persoane vârstnice (65 ani și peste)	182.683	96.180	86.503	77.360	41.049	36.311	105.323	55.131	50.192
Populația vârstnică-total	3.198.218	1.896.611	1.301.607	1.398.245	839.202	559.043	1.799.973	1.057.409	742.564
Rate mortalitate vârstnici	57,12	50,71	66,46	55,33	48,91	64,95	58,51	52,14	67,59
% decese persoane vârstnice în total decese	72,15	81,65	63,88	67,65	77,84	58,93	75,85	84,74	68,02
% -ul pe sexe al deceselor persoanelor vârstnice	100,00	52,65	47,35	100,00	53,06	46,94	100,00	52,34	47,66

Numărul de decese al populației vârstnice pe sexe, medii și tranșe de vârstă, în anul 2009

	Total			Urban			Rural		
	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin
60-64 ani	18.187	5.979	12.208	9.282	3.124	6.158	8.905	2.855	6.050
65-69 ani	22.852	8.645	14.207	10.740	4.081	6.659	12.112	4.564	7.548
70-74 ani	35.049	15.469	19.580	15.461	6.816	8.645	19.588	8.653	10.935
75-79 ani	42.645	21.628	21.017	17.792	9.213	8.579	24.853	12.415	12.438
80-84 ani	43.893	25.077	18.816	17.606	10.261	7.345	26.287	14.816	11.471
Peste 85 ani	41.608	27.236	14.372	17.424	11.751	5.673	24.184	15.485	8.699

Rata de mortalitate a populației vârstnice pe sexe, medii și tranșe de vârstă, în anul 2009

-la 1.000 locuitori-

	Total			Urban			Rural		
	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin	Total	Feminin	Masculin
60-64 ani	17,0	10,3	24,8	16,5	10,3	23,6	17,6	10,4	26,1
65-69 ani	24,7	16,6	35,2	24,6	16,6	35,0	24,8	16,6	35,4
70-74 ani	37,7	28,3	51,0	37,8	28,2	51,8	37,7	28,5	50,5
75-79 ani	60,5	50,8	75,3	60,2	50,5	75,9	60,7	51,0	74,9
80-84 ani	102,4	93,3	117,7	98,8	89,9	114,7	105,0	95,9	119,7
Peste 85 ani	191,2	189,1	195,4	187,3	182,8	197,3	194,1	194,1	194,2

Ratele de mortalitate generale și ale persoanelor vârstnice (65 ani plus), diferențiate pe medii de rezidență, pe sexe și pe cauze de deces în anii 2009 și 2008

2009

	Total						Urban						Rural					
	Total		Feminin		Masculin		Total		Feminin		Masculin		Total		Feminin		Masculin	
	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus
	1.198,0	5.806,3	1.086,6	5.148,8	1.315,4	6.769,7	986,0	5.600,0	876,7	4.971,1	1.104,3	6.545,4	1.456,8	5.968,6	1.352,6	5.291,3	1.561,8	6.941,5
Boli ale aparatului circulator	719,8	4.118,1	735,3	3.907,9	703,4	4.426,0	537,0	3.676,9	536,0	3.507,2	538,8	3.931,9	942,0	4.465,3	988,0	4.229,1	895,7	4.804,5
Tumori	220,7	866,0	175,1	631,0	268,8	1.210,3	223,0	1.046,1	182,6	780,6	268,1	1.445,1	217,4	724,3	165,6	511,1	269,6	1.030,5
Boli ale aparatului digestiv	76,7	248,8	57,6	197,2	96,7	324,4	69,6	269,4	51,6	218,8	89,2	345,4	85,3	232,6	65,2	179,9	105,5	308,3
Boli ale aparatului respirator	60,0	267,1	42,4	181,2	78,6	392,9	46,1	246,5	33,7	177,4	59,5	350,3	77,1	283,3	53,4	184,2	101,0	425,5
Leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	56,8	99,4	24,3	54,1	90,9	165,9	46,3	97,6	20,4	53,9	74,7	163,2	69,5	100,9	29,3	54,2	109,9	167,9
Boli ale aparatului genito-urinar	11,5	57,0	10,2	44,8	12,8	74,9	11,3	70,0	10,4	57,7	12,3	88,5	11,7	46,8	9,9	34,5	13,5	64,5
Boli endocrine și de metabolismism	11,2	54,4	11,5	53,1	10,8	56,2	11,3	68,5	11,5	66,8	11	71,1	11,0	43,2	11,5	42,2	10,6	44,7
Boli infecțioase și parazitare	11,0	23,2	5,5	16,1	16,7	33,7	9,3	24,5	4,8	17,6	14,3	34,9	13,0	22,2	6,4	14,9	19,6	32,7
Alte cauze	10,8	25,1	8,1	22,1	13,6	29,5	13,5	41,6	10,3	36,0	16,9	50,0	7,5	12,2	5,2	11,0	9,8	13,9
Boli ale sistemului nervos	9,7	40,0	9,0	36,4	10,4	45,2	9,7	54,4	9,4	51,8	10	58,2	9,6	28,7	8,5	24,0	10,8	35,3

2008

Cauze de deces	Total						Urban						Rural					
	Total		Feminin		Masculin		Total		Feminin		Masculin		Total		Feminin		Masculin	
	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus	Total	65 plus
	1.177,4	5.712,0	1.068,2	5.071,2	1.292,4	6.645,9	968,5	5.530,9	855,8	4.895,7	1.091,5	6.481,8	1.431,9	5.852,8	1.337,4	5.210,2	1.527,1	6.769,8
Boli ale aparatului circulator	712,1	4.080,5	727,2	3.875,9	696,2	4.378,5	530,9	3.661,1	524,5	3.469,5	537,8	3.947,9	932,9	4.406,4	984,0	4.198,0	881,3	4.703,9
Tumori	216,2	848,6	170,3	608,7	264,4	1.198,1	220,1	1.035,8	178,8	770,3	265,2	1.433,1	211,4	703,1	159,6	480,7	263,5	1.020,5
Boli ale aparatului digestiv	71,9	234,1	55,6	190,4	89,0	297,7	67,2	263,1	50,5	218,3	85,4	330,2	77,6	211,5	62,0	168,3	93,2	273,1
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor externe	59,5	42,2	26,2	58,1	94,6	159,5	48,4	96,5	22,2	59,5	77,1	151,9	73,0	101,5	31,3	56,9	115,0	165,2
Boli ale aparatului respirator	57,2	257,6	40,0	172,9	75,4	381,1	43,1	231,1	30,6	162,3	56,8	334,2	74,4	278,2	51,9	181,3	97,1	416,6
Boli infectioase si parazitare	11,6	22,9	5,9	15,4	17,5	33,7	10,1	24,2	5,5	17,7	15,0	34,1	13,4	21,8	6,4	13,7	20,4	33,3
Boli ale aparatului genito-urinar	11,3	55,7	9,6	41,7	13,1	76,0	10,9	67,6	9,4	51,5	12,5	91,6	11,8	46,4	9,7	33,9	13,8	64,2
Boli endocrine si de metabolismm	10,6	52,1	11,2	52,6	10,0	51,4	11,1	68,2	10,9	65,1	11,4	72,8	9,9	39,6	11,5	42,6	8,4	35,2
Boli ale sistemului nerv os	9,5	38,1	9,1	36,2	9,8	40,9	9,5	51,5	10	52,8	9,0	49,6	9,4	27,7	8,1	23,1	10,7	34,4
Alte cauze	7,7	9,7	5,9	16,3	9,6	19,1	9,7	29,3	7,6	26,8	11,9	33,0	5,3	8,2	3,7	7,9	6,9	8,5

Incidența¹¹⁷ principalelor clase de boli la nivelul întregii populații și al populației vârstnice, pe sexe și pe medii

2009

Clase boli	Total țara		Feminin		Masculin	
	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Total țara	71.759,9	81.536,0	77.725,7	73.862,3	65.477,1	92.779,3
Bolile infectioase si parazitare	2.900,4	1.370,0	3.013,5	1.237,6	2.781,3	1.564,0
Tumori	275,7	658,7	286,8	491,3	264,0	904,0
Bol, sing., ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	714,9	534,6	862,4	556,4	559,6	502,7
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	2.301,4	3.221,8	2.726,7	3.151,7	1.853,5	3.324,7
Tulburari mentale si de comportament	1.149,7	2.174,9	1.386,2	2.218,	900,7	2.111,3
Bolile sistemului nervos	999,5	2.458,9	1.113,0	2.271,8	879,8	2.733,0
Bolile ochiului si anexelor sale	2.346,7	4.285,8	2.493,2	3.818,8	2.192,5	4.969,9
Bolile urechii si apofizei mastoide	1.942,1	2.419,8	2.029,5	2.152,5	1.850,0	2.811,6
Bolile aparatului circulator	3.872,0	11.134,3	4.188,5	10.171,9	3.538,7	12.544,3
Bolile aparatului respirator	32.979,4	19.025,8	34.066,4	15.933,5	31.834,6	23.556,6
Bolile aparatului digestiv	6.798,18	9.424,9	7.244,2	8.254,3	6.328,5	11.139,9
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	3.111,0	2.416,0	3.264,7	2.025,8	2.949,2	2.987,7
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	5.855,7	14.038,5	6.577,2	13.818,7	5.096,0	14.360,4
Bolile aparatului genito-urinar	4.553,6	6.108,9	6.617,7	5.939,0	2.379,8	6.357,8
Sarcina, nasterea si lauzia	168,7	-	328,9	-	-	-
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinatale	10,6	-	10,7	-	10,5	-
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	21,4	5,0	20,0	3,5	22,8	7,3
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab,	385,5	536,5	422,4	497,2	346,7	593,9
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext,	1.373,5	1.721,7	1.077,2	1.320,1	1.685,6	2.310,2

¹¹⁷ Numărul de îmbolnăviri noi raportat la 100.000 locuitori

Clase boli	Total țara		Feminin		Masculin	
	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Urban	77,020,3	96,163,4	82.140,4	83.871,0	71.425,3	114.678,7
Bolile infectioase si parazitare	2,942,9	1,611,9	2.999,4	1.414,6	2.881,2	1.909,1
Tumori	299,3	780,6	323,3	596,0	273,2	1.058,7
Bol, sing., ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	743,8	641,7	895,2	652,7	578,4	625,3
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	2,584,7	4,044,0	3.013,4	3.801,2	2.116,2	4.409,6
Tulburari mentale si de comportament	1,242,7	2,625,3	1.459,2	2.585,3	1.006,1	2.685,7
Bolile sistemului nervos	1,081,5	3,011,3	1.189,8	2.700,1	963,1	3.480,2
Bolile ochiului si anexelor sale	2,558,2	5,330,9	2.672,0	4.556,1	2.433,7	6.497,9
Bolile urechii si apofizei mastoide	2,119,7	3,194,5	2.188,1	2.709,3	2.045,1	3.925,3
Bolile aparatului circulator	3,954,3	12756,8	4.175,3	11.219,8	3.712,7	15.072,0
Bolile aparatului respirator	36,158,1	23.042,7	36.767,7	18.416,7	35.491,9	30.010,4
Bolile aparatului digestiv	7,132,8	11,067,8	7.422,9	9.281,9	6.815,9	13.758,0
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	3,450,5	2,914,8	3.588,7	2.399,6	3.299,5	3.690,8
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	6,091,6	15,855,2	6.682,3	15.060,4	5.446,1	17.052,3
Bolile aparatului genito-urinar	4,958,9	7,385,0	7.148,9	6.989,0	2.565,7	7.981,4
Sarcina, nasterea si lauzia	162,8	-	311,9	-	-	-
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinataala	11,4	-	12,0	-	10,7	-
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	24,2	6,3	22,4	3,8	26,2	10,2
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab,	387,5	508,,0	414,5	443,1	357,8	605,8
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext,	1,115,5	1,386,6	855,5	1.041,7	1.399,7	1.906,1

Clase boli	Total țara		Feminin		Masculin	
	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Rural	65.312,2	70.017,3	72.093,1	65.821,7	58.487,0	76.032,8
Bolile infectioase si parazitare	2.848,3	1.179,5	3.031,5	1.095,4	2.663,9	1.300,1
Tumori	246,7	562,7	240,3	407,2	253,2	785,7
Bol, sing,, ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	679,5	450,3	820,7	479,2	537,5	408,9
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	1.954,1	2.574,4	2.360,8	2.629,8	1.544,7	2.495,0
Tulburari mentale si de comportament	1.035,8	1.820,1	1.293,0	1.923,4	776,9	1.672,0
Bolile sistemului nervos	898,9	2.023,9	1.015,1	1.927,8	782,0	2.162,7
Bolile ochiului si anexelor sale	2.087,6	3.462,8	2.265,1	3.226,6	1.909,0	3.801,4
Bolile urechii si apofizei mastoide	1.724,3	1.809,8	1.827,2	1.705,1	1.620,8	1.959,9
Bolile aparatului circulator	3.771,2	9.856,6	4.205,4	9.330,1	3.334,1	10.611,5
Bolile aparatului respirator	29.083,2	15.862,7	30.619,8	13.938,6	27.536,5	18.621,3
Bolile aparatului digestiv	6.388,0	8.131,1	7.016,1	7.428,9	5.755,8	9.137,8
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	2.694,9	2.023,2	2.851,3	1.725,5	2.537,5	2.450,1
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	5.566,6	12.607,9	6.443,0	12.821,3	4.684,5	12.301,9
Bolile aparatului genito-urinar	4.056,8	5.103,9	5.940,1	5.095,4	2.161,3	5.116,3
Sarcina, nasterea si lauzia	175,9	-	350,6	-	-	-
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinatale	9,6	-	9,0	-	10,1	-
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	17,9	4,0	16,9	3,2	18,8	5,2
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab,	383,2	558,9	432,4	540,7	333,6	584,9
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext,	1.689,8	1.985,6	1.360,1	1.543,7	2.021,7	2.619,2

2008

Clase boli	Total țara		Feminin		Masculin	
	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Total țara	67.910,8	78.295,5	62.481,7	87.979,5	73.069,3	71.649,6
Bolile infectioase si parazitare	3.055,0	1.364,3	3.104,0	1.543,3	3.008,4	1.241,4
Tumori	239,6	585,2	232,7	812,8	246,3	429,0
Bol, sing,, ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	860,2	623,2	702,4	594,2	1.010,2	643,0
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	2.675,7	3.816,8	2.184,6	3.930,3	3.142,3	3.739,0
Tulburari mentale si de comportament	1.107,0	2.016,2	865,1	1.931,5	1.336,8	2.074,3
Bolile sistemului nervos	912,9	2.292,0	805,5	2.470,0	1.014,9	2.169,9
Bolile ochiului si anexelor sale	2.269,4	4.095,4	2.121,0	4.551,6	2.410,5	3.782,3
Bolile urechii si apofizei mastoide	1.809,9	2181,3	1.747,0	2.485,2	1.869,7	1.972,7
Bolile aparatului circulator	3.626,2	10.112,1	3.362,1	11.745,5	3.877,1	8.991,1
Bolile aparatului respirator	28.896,7	17.525,6	28.128,9	21.069,0	29.626,3	15.093,8
Bolile aparatului digestiv	6.950,1	9.186,9	6.536,8	10.700,7	7.342,8	8.148,0
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	3.062,7	2.420,7	2.945,2	2.941,1	3.174,3	2.063,5
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	5.758,9	13.822,0	5.161,0	14.246,9	6.327,0	13.530,5
Bolile aparatului genito-urinar	4.595,0	5.928,8	2.363,9	5.946,1	6.714,9	5.916,9
Sarcina, nasterea si lauzia	180,5	-	352,0	-	-	-
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinatale	11,4	-	11,0	-	11,7	-
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	17,7	5,3	18,2	6,6	17,3	4,3
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab.	420,1	563,1	363,1	613,1	474,2	528,7
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext.	1.461,9	1.756,8	1.829,4	2.391,5	1.112,8	1.321,2

Clase boli	Total țara		Feminin		Masculin	
	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Urban	72.775,3	90.852,1	77.664,6	82.635,1	67.438,3	103.187,1
Bolile infectioase si parazitare	3.084,9	1.557,9	3.023,2	1.412,5	3.152,3	1.776,1
Tumori	241,4	624,0	258,5	471,4	222,8	853,1
Bol, sing., ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	844,7	655,5	994,0	688,4	681,7	606,0
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	2.956,9	4.670,8	3.403,0	4.431,1	2.469,9	5.030,6
Tulburari mentale si de comportament	1.210,7	2.585,9	1.443,3	2.637,9	956,8	2.507,9
Bolile sistemului nervos	987,9	2.842,9	1.093,8	2.707,9	872,2	3.045,4
Bolile ochiului si anexelor sale	2.496,9	5.078,4	2.620,4	4.642,5	2.362,1	5.732,7
Bolile urechii si apofizei mastoide	1.902,3	2.740,2	1.937,9	2.459,4	1.863,5	3.161,7
Bolile aparatului circulator	3.541,5	10.790,4	3.746,8	9.617,2	3.317,4	12.551,5
Bolile aparatului respirator	32.226,5	21.504,1	32.683,0	18.358,8	31.728,2	26.225,7
Bolile aparatului digestive	7.223,9	10.683,	7.591,5	9.409,4	6.822,6	12.595,5
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	3.371,7	2.841,5	3.466,2	2362,4	3.268,4	3.560,7
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj.	5.920,1	15.494,9	6.435,5	14.979,4	5.357,5	16.268,7
Bolile aparatului genito-urinar	4.985,7	6.994,0	7.255,7	7.010,7	2.507,7	6.968,9
Sarcina, nasterea si lauzia	183,4	-	351,3	-	-	-
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinatale	12,8	-	13,4	-	12,1	-
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	18,9	6,8	18,9	6,6	18,9	7,2
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab.	412,0	467,4	470,2	452,1	348,4	490,3
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext.	1.153,3	1.314,5	858,0	987,5	1.475,7	1.805,4

Clase boli	Total țara		Feminin		Masculin	
	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Rural	61.956,3	68.541,4	67.217,1	62.931,2	56.661,9	76.530,4
Bolile infectioase si parazitare	3.018,3	1.213,9	2.989,6	1.105,6	3.047,2	1.368,1
Tumori	237,5	555,1	230,7	395,3	244,2	782,6
Bol, sing., ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	879,2	598,1	1.030,7	607,1	726,7	585,3
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	2.331,5	3.153,5	2.810,3	3.189,7	1.849,6	3.102,0
Tulburari mentale si de comportament	980,0	1.573,6	1.201,1	1.627,0	757,4	1.497,7
Bolile sistemului nervos	821,1	1.864,2	914,4	1.742,9	727,2	2.036,9
Bolile ochiului si anexelor sale	1.991,0	3.331,8	2.143,1	3.099,6	1.837,9	3.662,5
Bolile urechii si apofizei mastoide	1.696,8	1.747,2	1.782,9	1.586,5	1.610,2	1.975,9
Bolile aparatului circulator	3.729,9	9.585,2	4.043,1	8.494,2	3.414,6	11.138,7
Bolile aparatului respirator	24.821,0	14.435,1	25.733,3	12.502,6	23.902,8	17.186,8
Bolile aparatului digestiv	6.615,0	8.024,5	7.026,1	7.146,9	6.201,2	9.274,2
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	2.684,4	2.093,8	2.802,4	1.826,4	2.565,7	2.474,7
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	5.561,5	12.522,6	6.188,8	12.380,6	4.930,3	12.724,7
Bolile aparatului genito-urinar	4.116,8	5.101,3	6.026,2	5.048,8	2.195,0	5.176,1
Sarcina, nasterea si lauzia	176,9	-	352,7	-	-	-
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinataala	9,6	-	9,6	-	9,7	-
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	16,3	4,1	15,3	2,6	17,4	6,2
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab,	430,0	637,4	479,4	589,6	380,2	705,5
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext,	1.839,7	2.100,4	1.437,3	1.586,1	2.244,7	2.832,8

Incidența¹¹⁸ numărului de ieșiri din spital, pe principalele clase de boli la nivelul întregii populații și al populației vârstnice, pe sexe și pe medii în anii 2009 și 2008

2009

Clase boli	Total țara		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Total țara	22.512,9	37.082,8	24.274,8	34.123,7	20.657,3	41.418,4	22.810,2	41.175,2	22.148,5	33.860,2
Bolile infectioase si parazitare	1.067,5	867,7	1.017,2	832,6	1.120,5	919,1	1.112,2	965,3	1.012,8	790,8
Tumori	1.886,9	4.331,3	1.960,4	3.364,8	1.809,5	5.747,4	2.075,8	5.465,9	1.655,4	3.437,9
Bol, sing., ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	181,5	241,2	228,6	261,0	131,8	212,2	196,0	305,7	163,7	190,5
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	846,0	1.074,4	1.009,6	1.204,7	673,8	883,4	959,5	1.441,1	707,0	785,6
Tulburari mentale si de comportament	1.347,0	1.024,2	1.290,6	1.034,1	1.406,3	1.009,7	1.393,1	1.167,7	1.290,4	911,2
Bolile sistemului nervos	614,8	1.275,9	601,8	1.203,3	628,6	1.382,4	613,3	1.457,0	616,7	1.133,4
Bolile ochiului si anexelor sale	430,8	1.500,4	450,2	1.489,5	410,4	1.516,3	429,0	1.704,3	433,0	1.339,8
Bolile urechii si apofizei mastoide	150,5	202,8	166,7	222,0	133,5	174,6	165,5	234,8	132,2	177,5
Bolile aparatului circulator	3.178,3	10.806,3	3.184,7	10.173,8	3.171,6	11.733,1	3.103,6	11.889,0	3.269,8	9.953,7
Bolile aparatului respirator	3.133,9	3.894,5	2.751,8	3.021,4	3.536,3	5.173,7	2.999,0	3.605,4	3.299,1	4.122,1
Bolile aparatului digestiv	2.206,6	3.630,0	2.166,8	3.315,1	2.248,6	4.091,4	2.223,9	4.026,0	2.185,4	3.318,2
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	422,5	585,8	404,3	526,0	441,6	673,5	456,2	665,8	381,1	522,8
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	1.322,8	2.706,6	1.573,0	3.145,0	1.059,4	2.064,2	1.324,3	2.790,7	1.321,0	2.640,4
Bolile aparatului genito-urinar	1.497,1	2.353,4	1.940,6	1.924,4	1.029,9	2.981,9	1.608,8	2.756,6	1.360,0	2.035,8
Sarcina, nasterea si lauzia	1.794,0	-	3.497,6	-	-	-	1.773,1	-	1.819,7	-
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinatale	618,8	-	578,1	-	661,5	-	598,6	-	643,5	-
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	147,3	23,7	131,1	25,4	164,3	21,2	158,0	30,0	134,0	18,7
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab,	422,6	553,1	413,2	434,9	432,4	726,4	440,2	628,4	401,0	493,9
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext,	1.244,1	2.011,6	908,6	1.945,9	1.597,5	2.107,8	1.180,0	2.041,5	1.322,8	1.988,0

¹¹⁸ Numărul de ieșiri din spital raportat la 100.000 locuitori

2008

Clase boli	Total țara		Feminin		Masculin		Urban		Rural	
	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani	Total	la 65+ ani
Total țara	22.157,7	35.569,5	24.106,6	32.652,2	20.106,6	39.820,5	22.806,0	40.094,6	21.364,1	32.054,3
Bolile infectioase si parazitare	1.104,6	872,0	1.043,0	828,7	1.169,4	935,0	1.179,5	996,3	1.012,9	775,3
Tumori	1.844,0	4.155,3	1.947,2	3.240,3	1.735,5	5.488,6	2.062,5	5.325,0	1.576,6	3.246,7
Bol, sing,, ale org, hemat, si unele tulb, ale mec, de imun,	160,2	242,4	185,3	261,0	133,7	215,2	173,1	310,3	144,4	189,6
Boli endocrine, de nutritie si metabolism	787,0	982,0	956,0	1.116,9	609,1	785,5	905,5	1.326,9	642,0	714,1
Tulburari mentale si de comportament	1.274,4	956,7	1.244,0	976,4	1.306,5	927,9	1.338,3	1.162,2	1.196,2	797,0
Bolile sistemului nervos	586,7	1.162,1	578,1	1.085,0	595,8	1.274,3	598,9	1.384,2	571,9	989,5
Bolile ochiului si anexelor sale	446,8	1.559,0	475,5	1.559,0	416,7	1.558,9	443,9	1.772,7	450,5	1.393,0
Bolile urechii si apofizei mastoide	157,1	207,3	174,8	223,5	138,4	183,8	173,7	242,2	136,7	180,2
Bolile aparatului circulator	3.056,7	10.239,5	3.081,2	9.594,0	3.030,9	11.180,1	3.014,4	11.447,8	3.108,4	9.300,9
Bolile aparatului respirator	3.029,4	3.763,1	2.676,0	2.906,7	3.401,3	5.010,9	2.997,0	3.545,1	3.069,1	3.932,4
Bolile aparatului digestiv	2.227,8	3.525,2	2.215,8	3.228,8	2.240,5	3.957,1	2.300,1	4.021,1	2.139,4	3.139,9
Boli ale pielii si tesutului celular subcutanat	408,1	551,3	396,1	497,9	420,8	629,2	441,2	618,1	367,6	499,5
Bolile sist, osteo-articular, ale muschilor, tesutului conj,	1.281,7	2.569,6	1.513,1	2.942,9	1.038,2	2.025,7	1.298,9	2.705,1	1.260,6	2.464,4
Bolile aparatului genito-urinar	1.515,8	2.247,8	2.033,2	1.878,5	971,2	2.785,9	1.636,2	2.620,8	1.368,4	1.958,0
Sarcina, nasterea si lauzia	1.840,1	-	3.588,5	-	-	-	1.830,6	-	1.851,6	-
Unele afect, a caror origine se situeaza in perioada perinatale	601,9	-	561,7	0,1	644,2	-	582,7	0,1	625,4	-
Malformatii congenitale, deformatii si anomalii cromozomiale	150,9	23,7	135,4	24,4	167,3	22,7	168,5	32,5	129,4	16,8
Simptome, semne si rez, anormale ale investig, clinice si de lab,	390,7	508,5	376,9	397,5	405,1	670,2	418,2	582,9	357,0	450,7
Leziuni traumatice, otraviri si alte consecinte ale cauzelor ext,	1.293,7	2.004,1	924,9	1.890,6	1.681,9	2.169,4	1.242,9	2.001,4	1.355,9	2.006,2

Procentul pensionarilor după starea de sănătate autodeclarată, în total pensionari, în Statele Membre UE-27 în anul 2009

- procente -

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

Procentul persoanelor varstnice cu afectiuni cronice in total persoane varstnice,
pe transe de varsta si sexe, in Statele Membre UE-27, in anul 2009

- procente -

Nr.crt.	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Total			Femei			Bărbați		
			65-74 ani	75-84 ani	85 plus	65-74 ani	75-84 ani	85 plus	65-74 ani	75-84 ani	85 plus
UE-27	-	-	54,4	65,3	68,1	55,6	66,9	68,8	53,1	62,8	66,7
-	Europa de Est	-									
1	Bulgaria	BG	46,5	56,8	66,4	50,9	59,8	64,8	40,6	52,1	69,4
2	Cehia	CZ	51,8	68,4	82,6	53,9	70,7	85,0	48,8	65,0	78,0
3	Ungaria	HU	68,7	82,7	83,6	70,9	83,7	84,9	65,4	81,0	80,5
4	Polonia	PL	67,6	76,5	78,9	71,1	78,3	80,1	62,5	72,8	76,1
5	România	RO	46,3	58,5	59,6	51,4	62,4	59,7	39,2	52,3	59,6
6	Slovacia	SK	63,6	75,1	78,8	66,7	80,1	80,4	58,9	67,3	74,7
-	Europa de Nord	-									
7	Danemarca	DK	37,9	52,4	45,8	39,4	56,9	45,1	36,4	46,4	47,8
8	Estonia	EE	72,6	85,7	83,1	76,3	87,7	82,3	66,2	80,9	87,3
9	Finlanda	FI	65,9	80,0	82,4	66,3	81,8	84,8	65,4	77,5	76,3
10	Irlanda	IE	47,7	54,9	56,0	49,6	57,6	60,9	45,8	51,1	44,5
11	Letonia	LV	62,8	74,6	74,1	64,4	76,1	74,2	60,0	70,9	73,7
12	Lituania	LT	62,8	78,2	75,8	65,9	79,7	76,2	57,5	74,9	74,4
13	Suedia	SE	46,6	57,2	53,6	48,1	58,1	61,4	45,0	55,9	39,0
14	Marea Britanie	UK	57,4	64,5	70,2	55,8	65,7	72,3	59,1	62,8	66,9
-	Europa de Sud	-									
15	Grecia	EL	58,6	73,6	82,9	60,6	75,6	87,6	56,1	70,9	76,8
16	Italia	IT	38,5	54,6	59,5	40,0	57,3	60,6	36,8	50,6	56,9
17	Malta	MT	61,7	68,0	66,9	60,7	69,6	69,4	62,8	65,8	59,1
18	Portugalia	PT	60,9	71,4	70,4	64,4	73,3	70,4	56,6	68,3	70,3
19	Slovenia	SI	54,0	65,0	63,6	54,0	64,9	57,5	54,0	65,2	85,0
20	Spania	ES	55,3	64,4	68,9	58,9	66,4	71,2	51,1	61,6	64,3
21	Cipru	CY	58,4	71,2	77,3	65,3	73,9	77,6	50,8	67,7	76,9
-	Europa de Vest	-									
22	Austria	AT	48,9	62,5	71,5	48,4	65,6	71,9	49,6	57,7	70,5
23	Belgia	BE	38,7	48,9	45,5	42,7	51,6	45,7	34,1	45,2	44,8
24	Franta	FR	59,4	70,5	75,8	60,1	70,5	75,8	58,5	70,4	76,0
25	Germania	DE	58,9	71,4	74,3	57,5	71,1	70,3	60,6	71,8	82,6
26	Luxemburg	LU	39,4	48,9	52,7	41,4	53,3	58,0	36,9	43,1	...
27	Olanda	NL	47,3	55,7	54,9	50,0	57,8	53,2	44,4	52,6	58,7

Procentul cheltuielilor publice de sanatate în produsul intern brut în anul 2007¹¹⁹ și prognoza anii 2010,2020, 2030,2040,2050 și 2060, în Statele Membre UE-27

-procente-

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	2007	Intervalul de prognoza ¹²⁰					
				2010	2020	2030	2040	2050	2060
-	Europa de Est								
1	Bulgaria	BG	4,7	4,9	5,4	6,0	6,6	6,9	7,0
2	Cehia	CZ	6,2	6,5	7,6	8,8	9,8	10,5	11,0
3	Ungaria	HU	5,8	5,9	6,8	7,8	8,5	9,0	9,2
4	Polonia	PL	4,0	4,2	4,9	5,6	6,2	6,7	6,9
5	România	RO	3,5	3,6	4,2	4,8	5,4	6,0	6,3
6	Slovacia	SK	5,0	5,2	6,2	7,3	8,3	9,0	9,4
-	Europa de Nord								
7	Danemarca	DK	5,9	6,2	7,2	8,1	8,7	9,1	9,2
8	Estonia	EE	4,9	5,2	5,8	6,4	7,1	7,6	8,0
9	Finlanda	FI	5,5	5,8	6,7	7,7	8,4	8,7	8,9
10	Irlanda	IE	5,8	6,1	6,8	7,8	8,8	9,6	10,1
11	Letonia	LV	3,5	3,6	4,0	4,4	4,9	5,2	5,3
12	Lituania	LT	4,5	4,7	5,3	5,9	6,6	7,1	7,3
13	Suedia	SE	7,2	7,5	8,4	9,2	9,9	10,3	10,5
14	Marea Britanie	UK	7,5	7,8	8,9	10,1	11,2	12,0	12,6
-	Europa de Sud								
15	Grecia	EL	5,0	5,2	6,0	6,7	7,5	8,1	8,3
16	Italia	IT	5,9	6,1	7,0	7,8	8,7	9,1	9,2
17	Malta	MT	4,7	5,1	6,3	7,8	9,2	10,1	11,0
18	Portugalia	PT	7,2	7,5	8,6	9,7	10,8	11,6	12,2
19	Slovenia	SI	6,6	6,9	8,0	9,1	10,2	10,8	11,1
20	Spania	ES	5,5	5,8	6,5	7,5	8,6	9,3	9,5
21	Cipru	CY	2,7	2,8	3,3	3,7	4,1	4,4	4,6
-	Europa de Vest								
22	Austria	AT	6,5	6,8	7,9	8,9	9,9	10,5	10,7
23	Belgia	BE	7,6	7,9	9,0	10,1	11,0	11,6	11,8
24	Franta	FR	8,1	8,5	9,6	10,7	11,6	12,2	12,4
25	Germania	DE	7,4	7,8	9,1	10,2	11,4	12,1	12,2
26	Luxemburg	LU	5,8	6,0	6,9	7,8	8,5	9,0	9,2
27	Olanda	NL	4,8	5,1	5,9	6,7	7,3	7,6	7,7
-	UE-27	-	6,7	7,0	8,0	9,0	10,0	10,6	10,9

¹¹⁹Sursa: The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)", Economic and Financial Affairs, Directorate General, European Commission,pg 246

¹²⁰Această proiecție se axează pe un număr de factori a căror influență asupra cheltuielilor publice de sănătate poate fi modelată și exprimată cantitativ.

Lista organizațiilor neguvernamentale care desfășoară programe pentru persoanele vârstnice și care au primit subvenții pe baza Legii nr. 34/1998, în anul 2010 (extras din anexa la Ordinul MMFPS nr.1857/29.12.2009)

Nr. crt.	Denumire asociatie/fundatie	Nr. unitati asistență socială	Nr.beneficiari (persoane)	Suma aprobata total (lei)
1.	Asociatia Caritas Mitropolitan Greco-Catolic Blaj-Str.Republicii nr.8,515400,Blaj,Jud.Alba	6	285	340.800
2.	Asociatia „Filantropia Ortodoxa” Alba Iulia –Str.Mihai Viteazu nr.16,510010,Alba Iulia,Jud.Alba	1	20	11.520
3.	Asociatia Caritas Arhidieceza Romano Catolica Alba Iulia- Str.Pacii,nr.3,Alba Iulia,510009	13	2.113	1.901.760
4.	Fundatia de Sprijin Comunitar- Str.Livezilor 1,sc.A,ap.2,600059,Bacau	2	300	344.400
5.	Asociatia „Sf.Fata a Domnului Nostru Isus Cristos- Str.Intre Vii nr.141-142,Magura,Bacau	1	59	177.000
6.	Fundatia pentru Educatie ,Dezvoltare si Spijin Comunitar „Constantin Brancoveanu”- Str.Ardealului Bl.6,sc.C,Ap.3,Bacau	1	143	163.020
7.	AS Caritas Catolica,Oradea- Str.Sirul Canonicilor nr.21,Oradea, Bihor	1	35	105.000
8.	Asociatia Ramiluck- Str.Anatole France nr.23,Oradea, Bihor	1	40	57.600
9.	Fundatia Filadelfia NOOM- Str.Principala,nr.547-548,Salard,Bihor	1	32	96.000
10.	Fundatia Agape	1	50	72.000
11.	Fundatia Ruhama- Str.General Magheru,nr.21,ap.159,Oradea, Bihor	2	80	115.200
12.	Fundatia Umanitara Salem- Str.Horea,nr.10,Salonta,Bihor	1	8	24.000
13.	Asociatia Filantropica Madical Crestina „Christiana”- Str.Dr.Ioan Cantacuzino,nr.14,500073,Brasov	1	50	150.000
14.	Fundatia Crucea Alb-Galbena Romania- Str.Splaiul Independentei nr.169,sect.5,Bucuresti	1	200	182.808
15.	Asociatia Sf.Stelian- B-dul Corneliu Coposu nr.1A,et.2,ap.4,sect.3,Bucuresti	1	32	28.032
16.	Asociatia de Caritate „Proiect Theodora”- Str.Blajului nr.9A, Cluj Napoca,Cluj	1	90	270.000
17.	Asociatia „Pulsul Vietii”Chesau- Str.Principala nr.260A,Comuna Mociu,loc.Chesau,Jud.Cluj	1	70	96.600
18.	Asociatia Serviciul de Ajutor Maltez in Romania- Str.nuferilor,nr.1,ap.9,Cluj	4	130	249.000

19.	Fundatia Crestina Diakonia -Str.Zambilei nr.7,Cluj Napoca,Cluj	6	980	937.800
20.	Fundatia Crucea Alb-Galbena ,filiala Targoviste-Str.Calea Domneasca,BI.X2E,parter,Targoviste,Dambovita	1	190	139.080
21.	Asociatia Provita Targoviste 2003 -Str.10 Mai nr.15,Targoviste,Dambovita	1	125	156.000
22.	Asociatia Samaritanilor –Str.Rozei,nr.16/B,Odorheiu Secuiesc 535600.Harghita	1	34	102.000
23.	Centrul Diecezan Caritas Iasi -Str.Sararie nr.134,Iasi	12	389	281.638
24.	Congregatia Fiicelor „Sf.Maria a Divinei Providente” -Str.Plopilor Fara Sot nr.7,Iasi	1	36	90.288
25.	Fundatia Solidaritate si Speranta Iasi -Str.Costache Negri,nr.48,Iasi	1	50	39.000
26.	Asociația Pro Christo et Ecclesia -filiala Tg.mures-Str.Hegzi Lajos nr.9,Tg.Mures,Mures	1	60	52.050
27.	Organizatia Caritas Satu Mare -P-ta Libertatii nr.20,Municipiul Satu Mare,440014	13	692	302.420
28.	Fundatia Rainbow -Str.Gh.Doja,nr.110,Cehu Silvaniei ,Salaj	1	32	87.600
29.	Asociatia Evanghelica de Diaconie Medias –Piata Castelului nr.2,Medias,Jud.Sibiu	2	120	165.600
30.	Asociatia Crestina Buna Vestire -Str.Pielarilor nr.8,Sibiu,jud.Sibiu	1	30	52.920
31.	Asociatia „Dr.Carl Wolff”a Bisericii Evanghelice C.A.Din Romania -Str.Pedagogilor nr.3-5,Sibiu,550132	2	120	292.000
32.	Asociatia „Diakonisches Werk” a Credinciosilor Bisericii Evanghelice CA din Romania -550009 Sibiu ,Str.Andrei Saguna nr.5,Sibiu	1	90	55.800
33.	Asociatia Medical Crestina Lukas Spital Laslea -str.Principala,nr.10-11,Sibiu	1	35	85.600
34.	Asociatia B&B Adept Agnita -Str.Smardan,nr.11,Agnita,555100,Sibiu	1	49	103.000
35.	Uniunea Adam-Muller-Guttenbrunn -Str.Gheorghe Lazar 10-12,300080,Timisoara,Jud.Timis	5	177	431.300
36.	Federatia Caritas a Dieceziei Timisoara -Str.Corbului nr.2,Timisoara,Timis	4	370	150400
37.	Asociatia Sanmed ,Rm.Valcea-Str.Matei Basarab nr.3,Rm.Valcea,Valcea	1	80	49.000
38.	Asociatia de recuperare Fitomed ,Vaslui-Str.Calugareni,nr.7,Mun.Vaslui,Vaslui	1	75	36.900
TOTAL		97	7.471	7.995.136

Procentul din PIB alocat cheltuielilor pentru îngrijirile de lungă durată, în Statele Membre ale Uniunii Europene, anul 2007¹²¹ și prognoză 2060

Nr crt	Țara/Regiunea	Simbol țara	-procente-	
			2007	2060
-	Europa de Est			
1	Bulgaria	BG	0,2	0,4
2	Cehia	CZ	0,2	0,7
3	Ungaria	HU	0,3	0,6
4	Polonia	PL	0,4	1,1
5	România ¹²²	RO	*	0,1
6	Slovacia	SK	0,2	0,6
-	Europa de Nord			
7	Danemarca	DK	1,7	3,5
8	Estonia	EE	0,1	0,1
9	Finlanda	FI	1,8	4,5
10	Irlanda	IE	0,8	2,3
11	Letonia	LV	0,4	0,9
12	Lituania	LT	0,5	1,1
13	Suedia	SE	3,5	6,0
14	Marea Britanie	UK	0,8	1,4
-	Europa de Sud			
15	Grecia	EL	1,4	3,8
16	Italia	IT	1,7	3,1
17	Malta	MT	1,0	2,8
18	Portugalia	PT	0,1	0,2
19	Slovenia	SI	1,1	2,9
20	Spania	ES	0,5	1,5
21	Cipru ¹²²	CY	*	*
-	Europa de Vest			
22	Austria	AT	1,3	2,6
23	Belgia	BE	1,5	3,0
24	Franța	FR	1,4	2,3
25	Germania	DE	0,9	2,5
26	Luxemburg	LU	1,4	3,6
27	Olanda	NL	3,4	8,5
	UE-27	-	1,2	2,5

¹²¹Sursa: The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)”, Economic and Financial Affairs, Directorate General, European Commission,pg 156

¹²² România și Cipru au avut alocate cheltuieli pentru îngrijirile de lungă durată sub 0,1%

Situția răspunsurilor, pe grade de acord/dezacord la afirmația-”Pe termen lung (20 ani)-
Ponderea principală a îngrijirii vârstnicilor trebuie să rămână în sarcina societății privită ca un întreg
mai mult decât în sarcina familiilor individuale”¹²⁶, în Statele Membre UE-27

-procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Acord total	Acord	Dezacord	Dezacord total	No nraspuns /indecis
-	Europa de Est						
1	Bulgaria	BG	31,8	45,4	12,5	6,6	3,7
2	Cehia	CZ	27,4	43,6	19,8	4,5	4,7
3	Ungaria	HU	17,2	47,9	25,4	4,6	4,9
4	Polonia	PL	21,9	52,1	20,0	3,2	2,8
5	România	RO	33,3	34,8	20,6	7,4	3,9
6	Slovacia	SK	22,8	51,8	18,4	3,4	3,6
-	Europa de Nord						
7	Danemarca	DK	20,7	60,4	13,7	1,1	4,1
8	Estonia	EE	39,6	46,0	9,9	0,6	3,9
9	Finlanda	FI	47,1	45,0	6,0	0,7	1,2
10	Irlanda	IE	36,5	48,5	11,0	2,7	1,3
11	Letonia	LV	35,3	44,6	13,3	3,6	3,1
12	Lituania	LT	26,5	52,0	14,3	2,5	4,7
13	Suedia	SE	31,2	55,5	9,4	1,1	2,8
14	Marea Britanie	UK	49,9	34,6	9,6	4,3	1,5
-	Europa de Sud						
15	Grecia	EL	36,1	51,8	8,7	2,4	1,0
16	Italia	IT	52,3	30,8	9,2	4,0	3,7
17	Malta	MT	12,3	71,4	7,9	1,8	6,6
18	Portugalia	PT	22,1	67,5	6,5	0,5	3,4
19	Slovenia	SI	31,3	59,0	6,8	1,0	1,9
20	Spania	ES	17,7	55,9	19,7	2,9	6,7
21	Cipru	CY	20,3	68,6	9,6	0,3	1,2
-	Europa de Vest						
22	Austria	AT	35,1	38,5	17,1	5,0	4,3
23	Belgia	BE	40,0	43,4	9,4	2,2	5,0
24	Franta	FR	40,2	43,9	9,8	3,0	3,1
25	Germania	DE	17,0	59,6	18,8	1,7	2,9
26	Luxemburg	LU	27,6	55,5	10,2	3,2	3,5
27	Olanda	NL	15,7	69,9	12,5	0,3	1,6

¹²⁶Date culese din eurobarometrul--”Expectations of European citizens regarding the social reality in 20 years’ time”, Analytical Report, Mai, 2008, Flash Eurobarometer 227 – The Gallup Organization

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, în funcție de soluțiile exprimate pentru persoanele din următoarea situație:
 “Unul din părinți (persoană vârstnică) locuiește singur și nu se mai poate descurca
 fără ajutor regulat din cauza stării de sănătate fizice sau psihice.”

-procente-

	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Trebuie să trăiască cu unul dintre copiii lor	<input checked="" type="checkbox"/> Furnizorii de servicii publice sau private ar trebui să îl viziteze acasă și să îi ofere ajutor și îngrijire corespunzătoare	Unul din copiii lor ar trebui să îi viziteze în mod regulat acasă, în scopul de a-i oferi îngrijirea necesară	Ar trebui să se mute la azil	Depinde	Nici una din astea	Non-raspuns
-	Europa de Est								
1	Bulgaria	BG	52	11	28	5	2		2
2	Cehia	CZ	36	11	30	13	10		
3	Ungaria	HU	36	12	35	11	5		1
4	Polonia	PL	59	7	27	3	2	1	1
5	România	RO	56	10	23	5	3	1	2
6	Slovacia	SK	47	11	28	8	5		1
-	Europa de Nord								
7	Danemarca	DK	7	58	15	14	4	1	1
8	Estonia	EE	30	19	31	12	7		1
9	Finlanda	FI	7	51	25	13	3	1	
10	Irlanda	IE	19	30	23	9	13	1	5
11	Letonia	LV	42	11	28	9	8	1	1
12	Lituania	LT	47	10	27	11	3	1	1
13	Suedia	SE	4	60	13	20	2		1
14	Marea Britanie	UK	20	34	23	10	9	2	2
-	Europa de Sud								
15	Grecia	EL	49	11	38	2			
16	Italia	IT	28	30	22	7	6	4	3
17	Malta	MT	25	16	29	25	4		1
18	Portugalia	PT	59	7	27	3	2	1	1
19	Slovenia	SI	29	16	17	32	4	1	1
20	Spania	ES	39	15	19	12	9	1	5
21	Cipru	CY	40	21	28	9	2		
-	Europa de Vest								
22	Austria	AT	17	28	30	9	12	3	1
23	Belgia	BE	17	38	22	19	4		
24	Franta	FR	18	46	18	12	5		1
25	Germania	DE	25	27	30	8	8	1	1
26	Luxemburg	LU	21	32	27	15	4		1
27	Olanda	NL	4	52	20	18	5		1
-	UE-27		30	27	24	10	6	1	2

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat acordul sau dezacordul în legătură cu următoarea afirmație: ”Fiecare persoană ar trebui să fie obligată să contribuie la un sistem de asigurare care îi va finanța îngrijirea dacă și atunci când este nevoie.”

-procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Acord	Dezacord	Non-raspuns
-	Europa de Est				
1	Bulgaria	BG	64	28	8
2	Cehia	CZ	77	19	4
3	Ungaria	HU	54	42	4
4	Polonia	PL	79	14	7
5	România	RO	74	17	9
6	Slovacia	SK	80	16	4
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	42	55	3
8	Estonia	EE	78	18	4
9	Finlanda	FI	41	55	4
10	Irlanda	IE	64	27	9
11	Letonia	LV	80	15	5
12	Lituania	LT	71	19	10
13	Suedia	SE	58	40	2
14	Marea Britanie	UK	62	31	7
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	85	14	1
16	Italia	IT	52	40	8
17	Malta	MT	71	24	5
18	Portugalia	PT	51	43	6
19	Slovenia	SI	72	26	2
20	Spania	ES	65	25	10
21	Cipru	CY	80	15	5
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	75	21	4
23	Belgia	BE	85	14	1
24	Franta	FR	77	20	3
25	Germania	DE	83	15	2
26	Luxemburg	LU	86	11	3
27	Olanda	NL	83	15	2
-	UE-27		70	24	6

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat acordul sau dezacordul în legătură cu următoarea afirmație: ”Copiii ar trebui să plătească pentru îngrijirea părinților lor, dacă venitul părinților nu este suficient”

-procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Acord	Dezacord	Non-raspuns
-	Europa de Est				
1	Bulgaria	BG	72	24	4
2	Cehia	CZ	59	38	3
3	Ungaria	HU	46	51	3
4	Polonia	PL	53	39	8
5	România	RO	67	27	6
6	Slovacia	SK	57	40	3
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	12	86	2
8	Estonia	EE	62	36	2
9	Finlanda	FI	22	77	1
10	Irlanda	IE	36	56	8
11	Letonia	LV	67	29	4
12	Lituania	LT	70	25	5
13	Suedia	SE	15	84	1
14	Marea Britanie	UK	24	72	4
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	78	21	1
16	Italia	IT	68	28	4
17	Malta	MT	48	47	5
18	Portugalia	PT	55	41	4
19	Slovenia	SI	60	38	2
20	Spania	ES	69	26	5
21	Cipru	CY	69	30	1
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	38	58	4
23	Belgia	BE	43	56	1
24	Franta	FR	48	48	4
25	Germania	DE	31	66	3
26	Luxemburg	LU	44	52	4
27	Olanda	NL	22	77	1
-	UE-27		48	48	4

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat acordul sau dezacordul în legătură cu următoarea afirmație: “Dacă o persoană devine dependentă și nu poate plăti pentru îngrijire din venituri proprii, apartamentul sau casa sa ar trebui să fie vândute sau închiriate pentru a suporta plata îngrijirii”
-procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Acord	Dezacord	Non-raspuns
-	Europa de Est				
1	Bulgaria	BG	20	72	8
2	Cehia	CZ	24	71	5
3	Ungaria	HU	26	70	4
4	Polonia	PL	19	75	6
5	România	RO	27	63	10
6	Slovacia	SK	22	74	4
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	19	78	3
8	Estonia	EE	24	70	6
9	Finlanda	FI	15	84	1
10	Irlanda	IE	23	68	9
11	Letonia	LV	23	68	9
12	Lituania	LT	29	64	7
13	Suedia	SE	16	82	2
14	Marea Britanie	UK	17	80	3
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	26	74	
16	Italia	IT	25	70	5
17	Malta	MT	32	62	6
18	Portugalia	PT	26	69	5
19	Slovenia	SI	52	45	3
20	Spania	ES	35	56	9
21	Cipru	CY	7	91	2
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	34	61	5
23	Belgia	BE	28	71	1
24	Franta	FR	25	72	3
25	Germania	DE	29	67	4
26	Luxemburg	LU	27	63	10
27	Olanda	NL	21	78	1
-	UE-27		25	70	5

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat acordul sau dezacordul în legătură cu următoarea afirmație: “Personalul specializat de îngrijire al persoanelor vârstnice dependente este foarte dedicat și face o treabă excelentă”

-procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Acord	Dezacord	Non-raspuns
-	Europa de Est				
1	Bulgaria	BG	23	40	37
2	Cehia	CZ	73	13	14
3	Ungaria	HU	57	21	22
4	Polonia	PL	48	21	31
5	România	RO	27	41	32
6	Slovacia	SK	59	21	20
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	80	14	6
8	Estonia	EE	40	29	31
9	Finlanda	FI	81	15	4
10	Irlanda	IE	58	18	24
11	Letonia	LV	61	17	22
12	Lituania	LT	50	28	22
13	Suedia	SE	81	10	9
14	Marea Britanie	UK	63	22	15
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	35	62	3
16	Italia	IT	53	30	17
17	Malta	MT	84	6	10
18	Portugalia	PT	54	27	19
19	Slovenia	SI	59	20	21
20	Spania	ES	43	27	30
21	Cipru	CY	35	41	24
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	72	15	13
23	Belgia	BE	77	17	6
24	Franta	FR	69	22	9
25	Germania	DE	68	20	12
26	Luxemburg	LU	56	22	22
27	Olanda	NL	80	12	8
-	UE-27		59	24	17

Anexa nr.48

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat acordul sau dezacordul în legătură cu următoarea afirmație: “Multe persoane vârstnice dependente devin victime ale abuzurilor celor care ar trebui să aibă grijă de ei (rude sau îngrijitorii profesioniști)”

-procente-					
Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Acord	Dezacord	Non-raspuns
-	Europa de Est				
1	Bulgaria	BG	63	13	24
2	Cehia	CZ	37	49	14
3	Ungaria	HU	54	36	10
4	Polonia	PL	60	20	20
5	România	RO	60	15	25
6	Slovacia	SK	36	43	21
-	Europa de Nord				
7	Danemarca	DK	21	70	9
8	Estonia	EE	53	25	20
9	Finlanda	FI	49	48	3
10	Irlanda	IE	36	31	33
11	Letonia	LV	55	27	18
12	Lituania	LT	67	18	15
13	Suedia	SE	34	49	17
14	Marea Britanie	UK	63	13	24
-	Europa de Sud				
15	Grecia	EL	76	22	2
16	Italia	IT	67	24	9
17	Malta	MT	43	33	24
18	Portugalia	PT	69	22	9
19	Slovenia	SI	54	37	9
20	Spania	ES	53	26	21
21	Cipru	CY	51	25	24
-	Europa de Vest				
22	Austria	AT	43	44	13
23	Belgia	BE	49	42	9
24	Franta	FR	59	29	12
25	Germania	DE	48	38	14
26	Luxemburg	LU	39	35	26
27	Olanda	NL	31	56	13
-	UE-27		55	30	15

Anexa nr.49

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat opinii în legătură cu următoarele opțiuni: “Ați putea, să îmi spuneți dacă, tratamentul neadecvat, neglijarea și abuzul persoanelor în vârstă dependente este foarte răspândit, destul de răspândit, destul de rar sau foarte rar în țara dvs?”

--procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Foarte răspândit	Destul de răspândit	Destul de rar	Foarte rar	Non raspuns
-	Europa de Est						
1	Bulgaria	BG	16	37	19	5	23
2	Cehia	CZ	3	24	54	10	9
3	Ungaria	HU	8	43	33	5	11
4	Polonia	PL	9	39	27	6	19
5	România	RO	38	48	5	1	8
6	Slovacia	SK	3	17	46	22	12
-	Europa de Nord						
7	Danemarca	DK	4	19	46	26	5
8	Estonia	EE	5	34	35	5	21
9	Finlanda	FI	2	31	53	10	4
10	Irlanda	IE	9	23	25	20	23
11	Letonia	LV	8	42	26	5	19
12	Lituania	LT	10	48	25	3	14
13	Suedia	SE	2	17	43	26	12
14	Marea Britanie	UK	10	37	33	4	16
-	Europa de Sud						
15	Grecia	EL	17	47	25	10	1
16	Italia	IT	13	50	22	5	10
17	Malta	MT	5	29	38	14	14
18	Portugalia	PT	6	37	36	11	10
19	Slovenia	SI	5	30	40	15	10
20	Spania	ES	6	33	34	10	17
21	Cipru	CY	1	16	39	31	13
-	Europa de Vest						
22	Austria	AT	6	28	38	14	14
23	Belgia	BE	4	32	49	9	6
24	Franta	FR	6	37	44	4	9
25	Germania	DE	9	33	37	8	13
26	Luxemburg	LU	4	18	43	14	21
27	Olanda	NL	2	32	50	9	7
-	UE-27		10	37	33	8	12
-	UE-27-55plus		9	36	33	8	14

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care au considerat “risc destul sau risc mare” în legătură cu următoarele situații la care pot fi expuse persoanele în vârstă dependente: “Condiții neadecvate de locuit, lipsă de atenție la nevoile fizice, deteriorarea sănătății datorită îngrijirii inadecvate, abuz psihologic, abuz asupra proprietății, abuz fizic, abuz sexual”

-procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Condiții neadecvate de locuit	Lipsă de atenție la nevoile fizice	Deteriorarea sănătății datorită îngrijirii inadecvate	Abuz psihologic	Abuz asupra proprietății	Abuz fizic	Abuz sexual
-	Europa de Est								
1	Bulgaria	BG	79	77	76	65	76	52	33
2	Cehia	CZ	60	58	54	59	74	48	22
3	Ungaria	HU	76	68	71	66	74	44	28
4	Polonia	PL	65	58	61	56	58	43	21
5	România	RO	84	86	84	76	78	71	57
6	Slovacia	SK	73	69	65	57	63	47	25
-	Europa de Nord								
7	Danemarca	DK	68	63	58	47	41	24	12
8	Estonia	EE	71	68	68	63	68	52	27
9	Finlanda	FI	66	71	69	59	54	34	15
10	Irlanda	IE	77	74	67	64	66	51	31
11	Letonia	LV	55	50	54	46	54	32	15
12	Lituania	LT	71	70	74	67	75	55	37
13	Suedia	SE	69	55	45	32	25	20	5
14	Marea Britanie	UK	75	75	73	76	74	66	51
-	Europa de Sud								
15	Grecia	EL	78	75	77	77	80	65	33
16	Italia	IT	74	69	69	71	77	59	37
17	Malta	MT	49	42	41	49	79	25	12
18	Portugalia	PT	72	70	71	68	68	64	55
19	Slovenia	SI	60	59	56	58	66	39	17
20	Spania	ES	57	55	55	56	61	46	16
21	Cipru	CY	67	65	68	65	72	49	11
-	Europa de Vest								
22	Austria	AT	65	62	61	57	61	42	20
23	Belgia	BE	71	65	66	70	73	55	43
24	Franta	FR	78	74	68	75	79	61	40
25	Germania	DE	65	60	59	56	53	43	15
26	Luxemburg	LU	67	63	61	56	62	49	27
27	Olanda	NL	70	72	68	57	64	37	25
-	UE-27		70	67	66	64	67	52	31
-	UE-27-pensionari		67	65	63	61	64	51	29

☒ Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care și-au exprimat opinii în legătură cu următoarea întrebare: “Care sunt persoanele cel mai probabil responsabile pentru tratamentele necorespunzătoare, neglijarea sau abuzul persoanelor vârstnice dependente?”

-procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Copiii persoanei vârstnice	Soțul/soția persoanei vârstnice	Frații persoanei vârstnice	Cunoștințele persoanei vârstnice	Îngrijitorii/ Persoanele care fac menajul/ Asistenți medicali - care lucrează la domiciliul persoanei vârstnice	Personalul instituțiilor de îngrijire	Personalul spitalului/ asistentele medicale
-	Europa de Est								
1	Bulgaria	BG	18	5	12	17	17	29	12
2	Cehia	CZ	38	10	5	8	17	22	12
3	Ungaria	HU	19	11	6	12	18	18	21
4	Polonia	PL	36	12	4	5	18	33	10
5	România	RO	25	12	5	18	22	22	16
6	Slovacia	SK	32	13	10	16	20	21	12
-	Europa de Nord								
7	Danemarca	DK	25	6	4	8	36	36	6
8	Estonia	EE	41	11	9	14	21	18	9
9	Finlanda	FI	51	19	9	19	10	23	7
10	Irlanda	IE	16	6	9	5	29	31	11
11	Letonia	LV	31	7	10	23	21	14	12
12	Lituania	LT	33	10	15	23	17	16	13
13	Suedia	SE	12	14	2	9	51	48	3
14	Marea Britanie	UK	20	7	7	8	39	39	5
-	Europa de Sud								
15	Grecia	EL	16	4	2	7	37	74	29
16	Italia	IT	18	10	5	9	37	27	11
17	Malta	MT	28	4	7	23	17	23	15
18	Portugalia	PT	25	8	5	17	25	15	8
19	Slovenia	SI	32	14	10	19	19	19	8
20	Spania	ES	18	5	2	4	42	29	3
21	Cipru	CY	7	2	1	3	65	58	6
-	Europa de Vest								
22	Austria	AT	8	9	9	14	31	30	9
23	Belgia	BE	40	8	9	17	20	28	12
24	Franta	FR	30	7	6	23	34	23	13
25	Germania	DE	17	6	3	8	21	40	15
26	Luxemburg	LU	25	10	10	15	16	24	13
27	Olanda	NL	24	10	5	15	31	31	8
-	UE-27		23	8	5	11	30	32	11
-	UE-27-55 plus		21	7	4	9	27	31	10

Anexa nr.52

Procentul cetățenilor Statelor Membre UE-27, care sau exprimat opinii în legătură cu următoarea întrebare: “Care ar fi cele mai bune metode de prevenire a tratamentelor necorespunzătoare, a neglijării sau a abuzului persoanelor vârstnice?”

-procente-

Nr crt	Țara/ Regiunea	Simbol țara	Venituri mai bune pentru îngrijitorii profesioniști	Acordarea de venituri celor care au fost nevoiați să renunțe la serviciu sau să își reducă norma de lucru pentru a îngriji o persoană dependentă	Formarea mai bună a îngrijitorilor, indiferent dacă sunt membri de familie sau profesioniști	<input checked="" type="checkbox"/> Reglementări mai stricte și standarde	Controale stricte efectuate de către o agenție guvernamentală	Implicarea în mai mare măsură a rudelor, medicilor de familie /medicii, asistenții sociali sau a Bisericii în organizarea îngrijirilor	Mai puțină presiune asupra îngrijitorilor profesioniști	Pedeapse severe pentru cei care abuzează de persoanele în vârstă dependente	Nici una din astea	Altele	Non- răspuns
-	Europa de Est												
1	Bulgaria	BG	34	40	14	24	19	15	1	28	1		5
2	Cehia	CZ	20	35	11	12	17	20	5	42	1	1	4
3	Ungaria	HU	30	32	17	13	9	22	11	29	2	1	6
4	Polonia	PL	26	26	14	16	22	19	5	28	2	1	9
5	România	RO	37	24	20	19	16	20	5	27			9
6	Slovacia	SK	30	39	17	15	21	21	4	31			3
-	Europa de Nord												
7	Danemarca	DK	44	13	43	7	5	15	47	9	1	1	3
8	Estonia	EE	42	23	22	8	21	8	9	20	2	1	12
9	Finlanda	FI	35	25	21	16	3	17	42	14	1	1	1
10	Irlanda	IE	19	27	29	25	21	19	10	24		1	6
11	Letonia	LV	45	26	12	16	23	12	9	26	2	1	4
12	Lituania	LT	38	30	15	17	21	10	7	26	2	1	5
13	Suedia	SE	19	17	45	10	14	20	48	14			1
14	Marea Britanie	UK	23	18	36	17	25	20	10	17	2	1	7
-	Europa de Sud												
15	Grecia	EL	17	26	33	26	39	17	7	27			1
16	Italia	IT	13	17	22	20	23	21	3	28			
17	Malta	MT	11	16	26	16	27	13	10	42	2		8
18	Portugalia	PT	14	14	23	16	14	25	4	31	2		8
19	Slovenia	SI	18	20	22	21	23	14	5	36	2	2	7
20	Spania	ES	7	11	17	12	20	21	8	28	2	3	15
21	Cipru	CY	16	9	35	35	44	15	4	31			3
-	Europa de Vest												
22	Austria	AT	18	23	25	17	32	18	15	28			3
23	Belgia	BE	21	17	20	17	29	20	22	29	1	1	3
24	Franta	FR	22	12	32	15	34	13	16	35	1	2	2
25	Germania	DE	27	18	22	10	26	15	27	20	1		6
26	Luxemburg	LU	13	11	25	14	32	16	14	32	1	3	10
27	Olanda	NL	12	14	24	14	24	28	37	18	1	2	4
-	UE-27												
			22	19	24	15	24	19	14	26	2	1	6