

Calitatea vieții vârstnicilor.
Tendințe și riscuri în contextul
pandemiei

Raport de cercetare

Institutul de Cercetare a Calității Vieții

2021

Autori: Iuliana Precupețu (coordonator), Flavius Mihalache, Claudia Petrescu, Cosmina Elena Pop, Laura Tufă, Marian Vasile

© Institutul de Cercetare a Calității Vieții, 2021

Institutul de Cercetare a Calității Vieții

București Calea 13 Septembrie nr. 13, cod poștal 050711

Telefon: 021.318.24.61 Fax: 021.318.24.62

E-mail: iccv@iccv.ro / secretariat.iccv@gmail.com

Web: www.iccv.ro

Cuprins

Introducere, <i>Iuliana Precupețu</i>	4
Nivelul de trai, <i>Iuliana Precupețu</i>	9
Starea de spirit a vârstnicilor, <i>Flavius Mihalache, Marian Vasile</i>	25
Starea de sănătate a persoanelor vârstnice și riscurile asociate pandemiei de Covid-19, <i>Cosmina Elena Pop</i>	49
Munca vârstnicilor, <i>Laura Tufă</i>	75
Serviciile sociale pentru vârstnici în România. Probleme de acces și riscuri percepute pentru calitatea vieții vârstnicilor în contextul pandemiei de COVID-19, <i>Claudia Petrescu</i>	88

Introducere

Calitatea vieții vârstnicilor se diferențiază, într-o anumită măsură, de cea a categoriilor mai tinere. La vârsta a treia, conform perspectivei vârstnicilor, importante pentru calitatea vieții sunt sănătatea și capacitatea funcțională, sentimentul independenței și al controlului asupra propriei vieți, participarea socială, relațiile între generații în interiorul familiei, suportul social, nivelul de trai (venituri, avere, locuire) (Walker 2005), dar și elemente care țin de spiritualitate, sănătate mentală, mediu și siguranța vecinătății (van Leeuwen et al. 2019). Importanța acestor elemente în viața oamenilor în vârstă variază în funcție de măsura în care nevoile lor sunt îndeplinite și de tipul de probleme cu care se confruntă: pentru cei cu boli cronice, sănătatea tinde să fie cea mai importantă sursă a calității vieții, pentru categoriile aflate în sărăcie, nivelul de trai poate deveni fundația calității vieții.

Calitatea vieții vârstnicilor este rezultanta unor elemente ce țin de cursul vieții (istoria vieții de muncă, nivelul veniturilor în timpul vieții active, viața de familie, etc) și a celor situaționale (relațiile sociale, accesul la servicii etc). Ca și în cazul altor categorii de vârstă, ea este puternic dependentă de cadrul macrosocial: de nivelul de dezvoltare economică, politicile sociale adoptate, nivelul de dezvoltare a serviciilor, gradul de coeziune socială etc.

În general, bătrânețea este considerată o etapă a vieții caracterizată de un declin în capacitatea fizică și mentală mai accentuat comparativ cu categoria anterioară de vârstă. Definirea bătrâneții presupune luarea în considerare a vârstei biologice, dar și schimbarea în rolurile sociale (statutul pe piața muncii, copiii adulți, menopauza) și deteriorarea abilităților (invaliditate, modificarea caracteristicilor fizice) (Glascock și Feinman 1980). Se discută despre o îmbătrânire cronologică, biologică, mentală/cognitivă și socială, ultimele trei tipuri suprapunându-se pentru a contribui la o îmbătrânire funcțională sau subiectivă (Nilsson 2016). Pe lângă abordarea bătrâneții ca declin, există, însă, și o abordare pozitivă a bătrâneții, inițiată de teoria lui Laslett (1987), și care este concentrată asupra îmbătrânirii active, efectelor activităților sociale asupra bunăstării vârstnicilor, învățării la vârsta a treia etc.

În accepțiunea inițială (Laslett 1987), vârsta a treia se referea la acea etapă a vieții de după pensionare, caracterizată de o stare de sănătate bună, vigoare și atitudine pozitivă, prezentă în societățile dezvoltate. În cursul vieții, prima vârstă este caracterizată de dependență, socializare, imaturitate și învățare, a doua este etapa independenței, maturității, responsabilității și muncii. A treia vârstă este cea a împlinirii personale de după pensionare, în care oamenii se pot bucura de realizările din cursul vieții, aceasta fiind urmată de a patra vârstă, o fază a dependenței și bolii, care precede moartea.

Îmbătrânirea este un proces aflat sub influența factorilor macrosociale și individuali biologici și sociali: resursele materiale disponibile în societate în cursul vieții, modul în care statul bunăstării

protejează individul pe tot parcursul vieții, starea de sănătate individuală, istoria personală. Îmbătrânirea este relativă la tipul de societate și chiar la tipul de comunitate locală.

Identificarea categoriei vârstnicilor în analiza sociologică diferă în funcție de scopurile analizei și disponibilitatea datelor. Unele studii iau în considerare o etapă a vieții târzii (later life) începând cu vârsta de 50 de ani. Astfel, pot fi delimitate trei etape relativ diferite: o bătrânețe timpurie (early) (50-60), bătrânețea de mijloc (middle) (61-70) și cea târzie (late) (71+), iar vârstnicii pot fi clasificați în bătrânii tineri (young old), bătrânii de mijloc (middle old) și bătrânii cei mai bătrâni (oldest old). „Vârsta a treia” desemnează în cele mai multe texte actuale, categoria vârstnicilor, de obicei persoanele de 65 de ani și peste.

La nivel global, în studiile dedicate vârstnicilor, se utilizează un prag de 60 de ani (UN 2017), în timp ce la nivel european, pragul cel mai des utilizat este de 65 de ani (EU 2019). Atunci când se tratează probleme particulare, de exemplu tranziția de la viața activă la pensie, analiza se poate concentra pe categoria de peste 55 de ani. (EU 2019)

În România trăiesc 3 661 763 de persoane de 65 de ani și peste, reprezentând 19% din totalul populației (Eurostat 2020 demo_pjanbroad). Îmbătrânirea populației afectează România ca urmare a proceselor de scădere a fertilității, creștere a speranței de viață și migrației, ponderea populației vârstnice în totalul populației urmând să crească la 22% până în anul 2030, ajungând la 30% până în anul 2050. (Eurostat 2020 proj_18ndbi).

Studiile anterioare au scos în evidență problemele specifice ale vârstnicilor în România: nivelul scăzut de trai, insuficiența oportunităților de petrecere a timpului liber, socializare și participare civică, accesul deficitar la servicii de sănătate și servicii sociale, integrarea deficitară pe piața muncii, calitatea redusă a locuirii (Petrescu 2019, CNPV 2017, Mărginean 2005, Bălașa 2005).

În condițiile îmbătrânirii demografice, interesul pentru problematica vârstnicilor a crescut, iar studiile dedicate diferitelor aspecte ale vârstei a treia sau care iau în considerare vârsta ca variabilă de analiză (Zamfir și Căce 2020, Zamfir, Voicu și Stănescu 2020, Ghența și alții 2020, Voicu 2019, Mărginean și Precupețu 2019, Stanciu și Mihăilescu 2018) contribuie tot mai mult la înțelegerea acestei problematice și la conturarea direcțiilor de politici pentru îmbunătățirea calității vieții acestei categorii de populație.

Acest raport de cercetare este o analiză a calității vârstnicilor în România, în perspectivă comparativă europeană, concentrându-se asupra domeniilor semnificative ale calității vieții seniorilor: nivelul de trai, relațiile sociale și singurătatea, starea de sănătate, viața de muncă și serviciile pentru vârstnici. Raportul utilizează date statistice și de sondaj, fiind prima lucrare sistematică ce evidențiază caracteristicile și particularitățile calității vieții vârstnicilor de 65 de ani și peste, comparativ cu alte categorii de vârstă și cu segmentul similar de vârstă din țările Uniunii Europene. Indicatorii de percepție, evaluare, satisfacție utilizați creează o imagine a modului în care seniorii evaluează propria viață, oferind o perspectivă subiectivă asupra domeniilor majore ale calității vieții la vârsta a treia.

Raportul utilizează ca principală sursă de date *Sondajul european privind calitatea vieții - European Quality of Life Survey (EQLS) 2016*¹, aceasta fiind cea mai recentă cercetare realizată în țările europene. De asemenea, se utilizează date statistice și două valuri ale sondajului *Condițiile de viață, muncă și pandemia COVID-19 - Living, Working and COVID-19*². Datele acestui ultim sondaj permit identificarea unor tendințe apărute în timpul primei perioade a pandemiei între cele două valuri ale cercetării: lunile aprilie/mai și iunie/iulie. Acolo unde este posibil, datele au fost incluse pentru categoria 50+ care, deși eterogenă, poate oferi o imagine generală pentru categoria vârstnicilor.

Acest raport de cercetare arată că, în configurația calității vieții, problemele majore ale vârstnicilor sunt starea de sănătate proastă, sănătatea mentală precară, singurătatea, lipsa accesului la servicii de îngrijire adecvate, nivelul de trai scăzut. Dezavantajele la vârste înaintate sunt de cele mai multe ori rezultatul unui proces de acumulare pe parcursul vieții (la fel sunt și avantajele). Mai mult decât atât, dezavantajele sunt strâns legate, iar sărăcia, starea de sănătate proastă, izolarea socială, lipsa accesului la servicii pot afecta în mod simultan persoanele în vârstă și/sau diferitele segmente de populație.

Pandemia de coronavirus a afectat toate categoriile de populație, iar impactul asupra calității vieții s-a tradus în creșterea incertitudinii sociale, intensificarea nesiguranței în ziua de mâine și, mai ales, scăderea încrederii în autoritățile statului (Zamfir și Căce 2020).

În contextul pandemiei, prin amenințarea pe care COVID-19 o reprezintă la adresa sănătății și, în cele din urmă a vieții însăși, vârstnicii au fost identificați drept cea mai vulnerabilă categorie de populație. Pandemia a scos în evidență cu și mai mare pregnanță vulnerabilitățile specifice persoanelor vârstnice, dar și nevoia de politici și măsuri specifice pentru protejarea acestei categorii de populație. Izolarea impusă în prima parte a pandemiei s-a suprapus peste o situație existentă nefavorabilă în care seniorii experimentau în ponderi semnificative un sentiment de singurătate. În mod asemănător, la starea de sănătate precară s-au adăugat noi riscuri, iar lipsurile serviciilor medicale și sociale, precum și neadecvarea acestor servicii la nevoile specifice ale vârstnicilor au devenit mai clare. În condițiile unei excluziuni digitale importante a vârstnicilor, această categorie de populație a experimentat dificultăți majore în accesarea informației medicale și a platformelor de vaccinare. Imposibilitatea de a participa la slujbe religioase în prima parte a pandemiei a afectat în special seniorii, atât în ceea ce privește componenta spirituală, cât și în cea socială, de suport și relaționare.

Acest raport evidențiază caracteristici ale calității vieții vârstnicilor din România înainte de pandemie, precum și tendințele și riscurile apărute în contextul pandemiei, punând accentul pe indicatorii subiectivi.

¹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2018). *European Quality of Life Survey Integrated Data File, 2003-2016*. [data collection]. 3rd Edition. UK Data Service. SN: 7348, <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7348-3>

² <https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19>

Referințe

- Ahrendt, Daphne, Eszter Sándor, Tadas Leončikas, Mathijn Wilkens, and Massimiliano Mascherini. 2020. *Living, working and COVID-19 – Methodological Annex to Round 1*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/wpef20005.pdf>
- Bălașa, Ana. 2005. „Îmbătrânirea populației: provocări și răspunsuri ale Europei.” *Calitatea vieții* XVI nr 3–4: 273–288.
- Bodogai, Simona I. and Stephen J. Cutler. 2014. “Ageing in Romania: Research and Public Policy”. *The Gerontologist* 54 (2): 147–152.
- Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice (CNPV). 2017. *Coordonate ale nivelului de trai al pensionarilor din România*. <http://cnpv.ro/pdf/analize2017/Lucrare-Coord-2017%20MP.pdf>
- EU. 2019. *Ageing Europe LOOKING AT THE LIVES OF OLDER PEOPLE IN THE EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
- Eurofound. 2020a. *Living, working and COVID-19 First findings – April 2020*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef_20058en.pdf
- Eurofound. 2020. *Living, working and COVID-19 dataset*, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>.
- Ghența, Mihaela, Aniela Matei, Luise Mladen, Elen-Silvana Bobarnat. 2020. *Calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România*. București: Editura Universitară.
- Glascok, Anthony P. and Susan L. Feinman. 1980. “A holocultural analysis of old age.” *Comparative Social Research* 3: 311-332.
- Laslett, Peter. 1987. “The emergence of the Third Age.” *Ageing and Society* 7: 133-160.
- Mărginean, Ioan. 2005. „Calitatea vieții percepute în România”. În *Calitatea vieții în România*, coordonatori Ioan Mărginean și Ana Bălașa, 61–108. București: Expert.
- Mărginean Ioan și Iuliana Precupețu (coord). 2019. *Enciclopedia calității vieții în România*. București: Editura Academiei Române
- Mărginean Ioan. 2015. “Interferențe dintre sistemele de pensii și asistența socială”. În *Asistența socială în România după 25 de ani: răspuns la problemele tranziției* coordonatori Elena Zamfir, Simona Maria Stănescu, Daniela Arpinte. Cluj Napoca: Editura EIKON.
- Nilsson, Kerstin. 2016. "Conceptualisation of Ageing in Relation to Factors of Importance for Extending Working Life – a Review." *Scandinavian Journal of Public Health* 44, no. 5: 490-505. doi:10.2307/48512683.
- Petrescu, Claudia. 2019. „Calitatea vieții vârstnicilor.” În *Enciclopedia calității vieții în România*, coordonatori Ioan Mărginean și Iuliana Precupețu, 325-355. București: Editura Academiei Române

- Rowland D.T. 2012. "The Third Age." In: *Population Aging. International Perspectives on Aging*, vol 3. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4050-1_11
- Stanciu, Mariana. 2020. „Politici sociale adresate fenomenului de îmbătrânire a populației”. În *Politici sociale în România după 30 de ani. Așteptări și răspunsuri*, coordonatori Zamfir Elena, Mălina Voicu și Simona Stănescu. București: Editura Academiei Române.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP/248. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf
- van Leeuwen Karen M., Miriam S.van Loon, Fenna A van Nes., Judith E Bosmans., Henrica C. W de Vet., Johannes C. F Ket., Guy A. M. Widdershoven and Raymond W. J. G. Ostelo. 2019. "What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis." *PLoS ONE* 14(3): e0213263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>
- Voicu, Mălina. 2019. *Active Ageing Index at subnational level in Romania*. UNECE. https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/Rapoarte_si_studii_MMPS/DPSS/2019_-_Indicele_imbatranirii_active_AAI_-_1_Raport_.pdf
- Walker Alan. 2005. "A European perspective on quality of life in old age." *European Journal of Ageing*. 2: 2–12 DOI 10.1007/s10433-005-0500-0
- Zamfir, Cătălin și Sorin Căce (coord.). 2020. *Covid19 în România date, analize, evoluții și statistici*. București: Editura Expert.
- Zamfir, Elena și Precupețu, Iuliana. (coord.) 2018. *Calitatea vieții. Un proiect pentru România*. București: Editura Academiei Române.
- Stanciu Mariana și Adina Mihăilescu. 2018. "Suportul social pentru vârstnicii din România." În *Calitatea vieții. Un proiect pentru România* coordonatori Elena Zamfir și Iuliana Precupețu. București: Editura Academiei Române.
- Zamfir Elena, Mălina Voicu și Simona Stănescu (coord). 2020. *Politici sociale în România după 30 de ani. Așteptări și răspunsuri*. București: Editura Academiei Române.

Nivelul de trai

Iuliana Precupețu

Introducere

Circumstanțele materiale reprezintă fundamentul pentru o viață de calitate și au un rol protectiv și de asigurare a independenței mai ales la vârste înaintate, când o serie de condiții negative se acumulează, afectând bunăstarea vârstnicilor: deteriorarea stării de sănătate, slăbirea contactelor sociale, pierderea prietenilor și membrilor familiei, scăderea posibilităților de implicare socială.

Bunăstarea materială a vârstnicilor se află sub influența unor factori care acționează în tot ciclul vieții. Din punctul de vedere al parcursului individual, nivelul scăzut al resurselor materiale în anii bătrâneții este, în general, determinat, de elemente care țin de ocupare, starea de sănătate, precum și de schimbările apărute atât în nivelul resurselor cât și în nevoile oamenilor (Myck et al. 2017). Astfel, nivelul scăzut al resurselor materiale poate fi determinat de șomajul de lungă durată, de condițiile de muncă precare, de locurile de muncă slab plătite care afectează nivelul pensiei și care astfel nu mai poate proteja oamenii la bătrânețe. O stare de sănătate proastă, dizabilitatea sunt, de asemenea, factori care pot conduce la venituri scăzute. În ciclul vieții, circumstanțele materiale pot fi afectate și de șocuri neașteptate, de evenimente personale negative (divorț, văduvie, șomaj etc) care se traduc în crize materiale severe. Resursele materiale sunt diminuate și de schimbările majore care pot apărea în nevoile oamenilor: necesitatea de a investi în locuință, de a finanța diferite tipuri de îngrijire (medicală/ a copiilor/vârstnicilor), de a se recupera după șocuri cum sunt dezastrele naturale etc. Din punct de vedere macro, bunăstarea vârstnicilor este, desigur, determinată de afluența societății în care aceștia trăiesc, gradul de dezvoltare a statului bunăstării, politica de protecție socială, nivelul de dezvoltare a serviciilor etc.

Resursele materiale au relevanță la nivelul gospodăriei, acolo unde se iau deciziile de alocare și unde devine evidentă capacitatea de organizare individuală. În România, o treime dintre vârstnici (34%) locuiesc singuri în gospodărie, femeile în mai mare măsură (41%) comparativ cu bărbații (23%). O altă proporție de 33% sunt cupluri ce locuiesc singure, 16% cupluri ce locuiesc împreună cu alte persoane, restul de 17% aflându-se în alte situații. Spre deosebire de alte țări UE, gospodăria multigenerațională este mai des întâlnită în România, în aproximativ 11% din gospodăriile locuiesc împreună bunici, părinți și nepoți. (Eurostat, 2018 ilc_lvph02, ilc_lvps30)

În general, modelul de familie în România este caracterizat de relații de suport și ajutor reciproc între generații și în familia extinsă: generațiile tinere oferă sprijin material și îngrijire pentru cei în vârstă, în timp ce vârstnicii acordă îngrijire pentru nepoți și în gospodărie acolo unde este posibil. În condițiile unei slabe dezvoltări a serviciilor atât pentru copii, cât și pentru vârstnici, acest model este o plasă de siguranță pentru multe gospodării. Un astfel de model se poate dovedi ambivalent în contextul pandemiei: pe de o parte oferă sprijin în condiții de incertitudine, pe de altă parte poate conduce la expunerea la virus a celor vârstnici. Condițiile de locuire caracterizate de supraaglomerare și deprivare constituie un alt context nefavorabil pentru protejarea sănătății și vieții celor în vârstă.

Circumstanțele materiale sunt măsurate printr-o serie de indicatori: veniturile, averea, locuința și, într-o accepțiune mai largă, se pot extinde la elemente care țin de comunitate și de facilitățile oferite de aceasta.

Acest capitol descrie nivelul de trai al vârstnicilor în România și reliefează câteva tendințe apărute în contextul pandemiei. Sunt trecute în revistă date statistice și date de cercetare de calitate a vieții oferite de European Quality of Life Survey 2016 pentru a descrie principalii indicatori care descriu standardul de viață al vârstnicilor: rata sărăciei, deprivarea materială, sărăcia subiectivă, strategiile de îndeplinire a nevoilor și satisfacția cu standardul de viață. Pentru a înțelege riscurile aduse de contextul pandemiei pentru nivelul de trai al vârstnicilor, trecem, de asemenea, în revistă datele pentru România oferite de cercetarea Living and Working with Covid (Eurofound³) realizată în două valuri, aprilie/mai 2020 și iunie/iulie 2020. Rezultatele acestei de urmă cercetări sunt oferite pentru populația generală și (acolo unde este posibil) pentru categoria 50+, având un rol orientativ, general, pentru o primă înțelegere a contextului pandemiei.

Sărăcie și deprivare

Rata de sărăcie a vârstnicilor de 65 de ani și peste (25,1%) este similară cu cea a populației totale (23,8%). În general, pensiile îndeplinesc o funcție importantă, aceea de a ține vârstnicii deasupra pragului de sărăcie. Comparativ, copiii au o rată a sărăciei de 30,8%, cea mai ridicată din UE, aceștia fiind categoria de populație cea mai expusă privațiunilor. (Eurostat, 2019 ilc_li02).

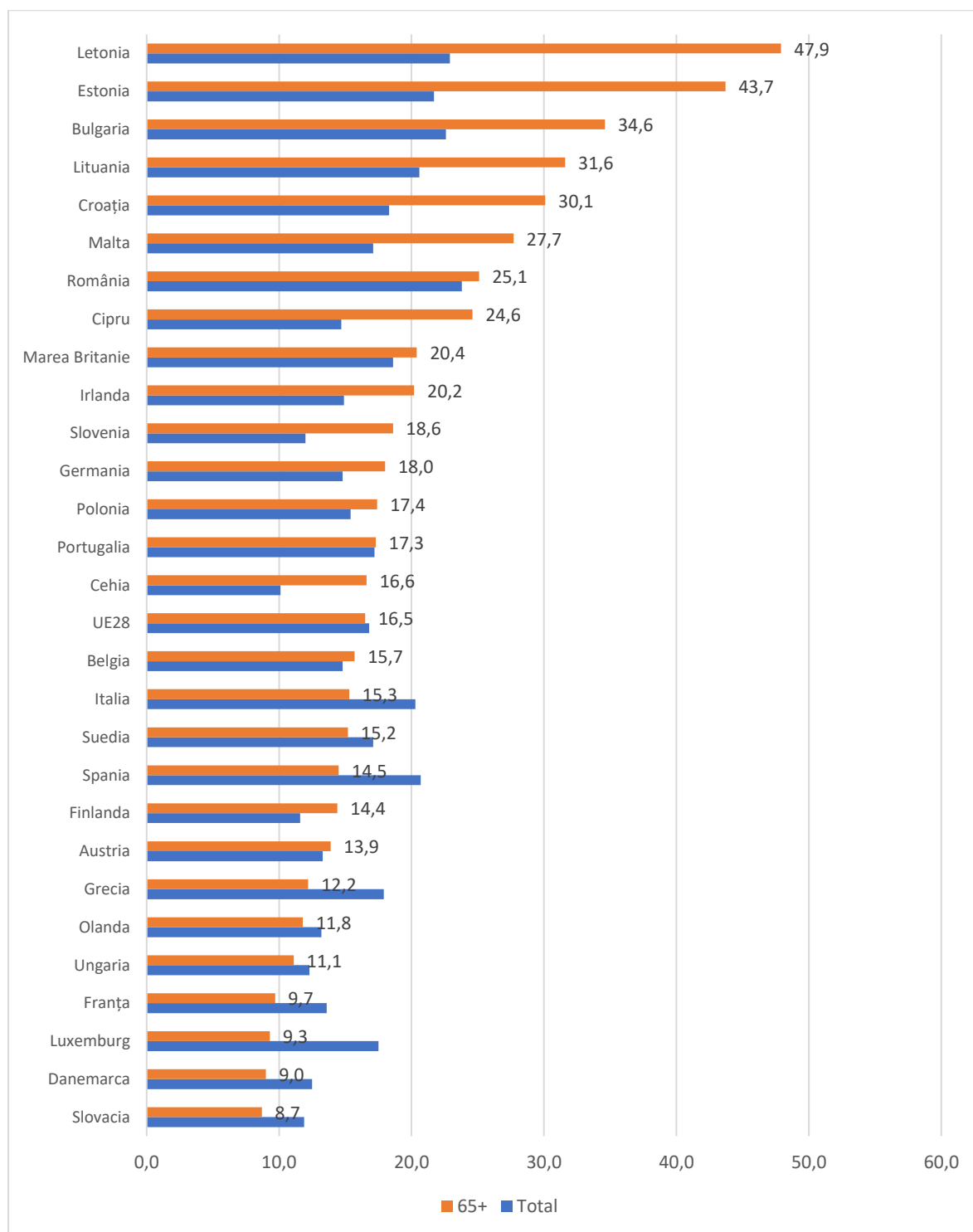
În ultimii ani, rata de sărăcie a vârstnicilor a avut o tendință ușor crescătoare, după o diminuare în prima parte a decadei 2010, tendință observabilă și în alte țări din UE.

Proporția vârstnicilor care trăiesc în deprivare materială⁴ este de 33%, ceea ce situează România pe locul 2 în Uniunea Europeană după Bulgaria (49%). Rata deprivării materiale a cunoscut o scădere importantă în ultima decadă de la 51% în 2010, însă țara noastră se situează la mare distanță din acest punct de vedere de țările dezvoltate cum sunt Austria sau Olanda, unde numai o fracțiune a vârstnicilor se confruntă cu lipsuri în cel puțin trei domenii care sunt considerate astăzi absolut necesare traiului într-o societate modernă (4%). (Eurostat 2019, ilc_sip8).

³ Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>

⁴ Populația care se confruntă cu lipsuri în cel puțin trei domenii: 1. plata facturilor pentru chirie, ipotecă sau utilități; 2. menținerea unei temperaturi adecvate în locuință; 3. posibilitatea de a acoperi cheltuieli neașteptate; 4. o masă cu carne sau alte proteine în mod regulat; 5. o săptămână de vacanță pe an; 6. televizor; 7. mașină de spălat; 8. mașină; 9. telefon.

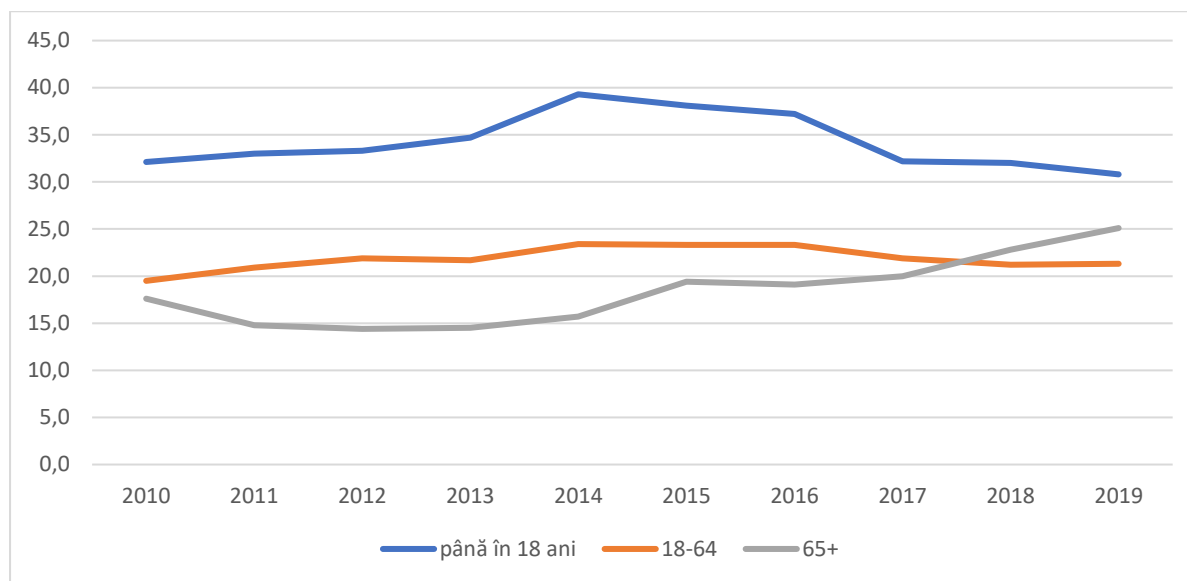
Grafic 1. Rata sărăciei pentru total populație și persoanele cu vârste ≥65 ani, 2019



Sursa: Eurostat, 2019 ilc_li02

Notă: datele pentru Italia, Irlanda și Marea Britanie sunt pentru anul 2018.

Grafic 2. Evoluția ratei sărăciei pe categorii de vârstă



Sursa: Eurostat, 2019 ilc_li02

Femeile de 65 de ani și peste au o rată a sărăciei disproporționat de mare (30,4%) comparativ cu bărbații (17,3%), reflectând inegalitățile existente pe parcursul vieții între cele două sexe: rata de activitate mai mică a femeilor, ocuparea în slujbe mai prost plătite (inclusiv în agricultură) în paralel cu participarea mai importantă în activități de îngrijire, vârsta mai scăzută de pensionare, dar și speranța de viață mai mare.

Sărăcie subiectivă și strategii de satisfacere a nevoilor

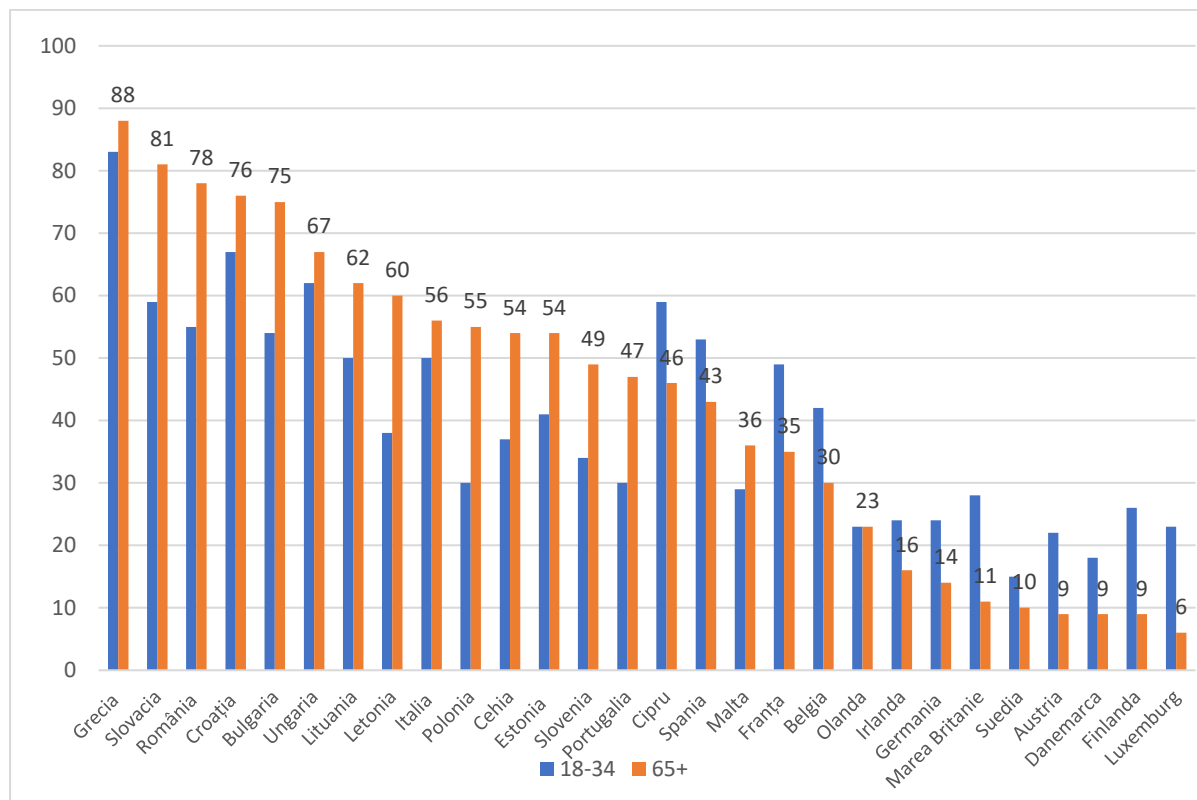
Condițiile materiale negative sunt percepute diferențiat în funcție de vârstă. România împărtășește un model valabil pentru majoritatea țărilor postcomuniste și se distanțează de țările mai dezvoltate unde, la vârstele înaintate, problemele de natură materială sunt în mai mică măsură prezente. În societățile dezvoltate, oamenii acumulează în ciclul vieții, pe parcursul perioadei active, resurse materiale suficiente (financiare și de avere) care îi pot proteja la vârsta a treia. În țara noastră, persoanele de 50 de ani și peste au cea mai dificilă situație, iar cele de 65 de ani și peste sunt în mod special expuse problemelor materiale, datele indicând în cazul lor o situație negativă care rămâne relativ stabilă în timp. (Precupețu 2019)

Majoritatea vârstnicilor trăiește într-o zonă de precaritate caracterizată de venituri scăzute (sub mediana venitului disponibil) și deprivare materială înaltă. Cea mai mare parte a populației vârstnice nu are nevoile de bază acoperite, fiind nevoită să recurgă la amânare sau prioritizare, în condițiile în care orizontul de timp pe care îl au la dispoziție este în mod natural îngustat comparativ cu restul populației.

78% dintre vârstnici declară că au dificultăți în îndeplinirea nevoilor de bază comparativ cu 55% în populația tânără (Grafic 3). Față de țările din UE, România are cea mai mare proporție a persoanelor în vârstă aflate în dificultate și, alături de Polonia, Letonia și Slovacia una dintre cele mai

înalte inegalități între tineri și vârstnici. În țările dezvoltate, proporția celor care resimt problemele materiale la vârste mai înaintate este relativ scăzută, iar generația vârstnicilor este mai protejată față de cea tânără.

Grafic 3. Proporția celor care declară dificultăți îndeplinirea nevoilor



Sursa: EQLS 2016.

Q88. O gospodărie poate avea diverse surse de venit și mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la acest venit. Dacă vă gândiți la venitul total lunar al gospodăriei dvs., ați spune că faceți față necesităților? 1. Foarte ușor 2. Ușor 3. Destul de ușor 4. Cu oarecare dificultate 5. Cu greu 6. Foarte greu.

Notă: procentul celor care declară dificultăți (variantele 4-6).

Proporția persoanelor care declară dificultăți în îndeplinirea nevoilor materiale este mai mare în rural față de urban, însă diferențele sunt mai degrabă reduse în cazul vârstnicilor, putând indica pentru cele două medii o similitudine a așteptărilor.

Tabel 1. Procentul celor care întâmpină dificultăți în satisfacerea nevoilor materiale în urban și rural

	Vârsta			
	18-34	35-49	50-64	65+
Rural	61%	73%	72%	81%
Urban	46%	66%	65%	74%
Total	55%	69%	68%	78%

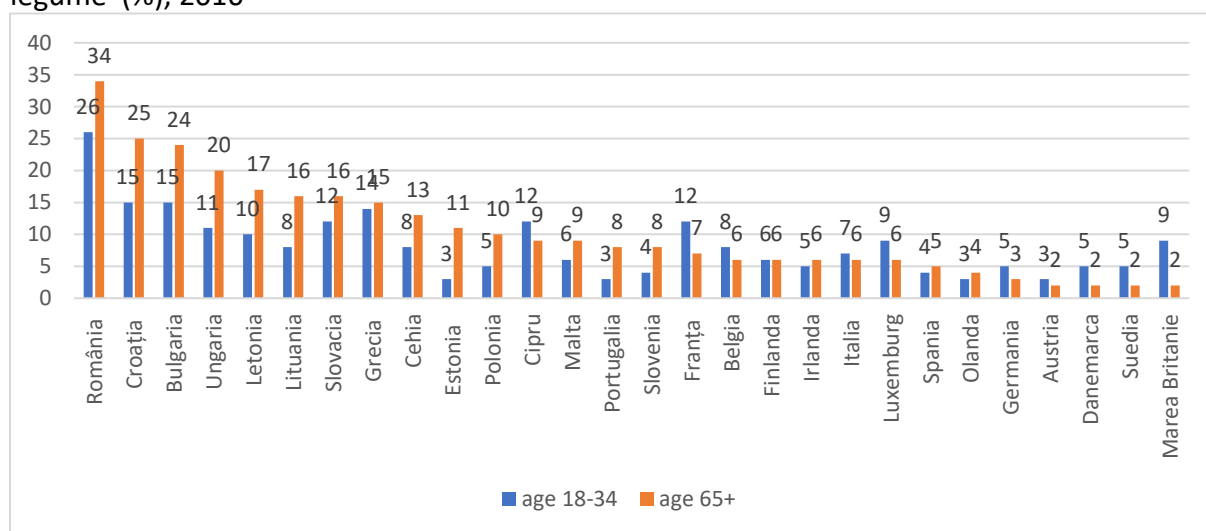
Sursa: EQLS 2016.

Q88. O gospodărie poate avea diverse surse de venit și mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la acest venit. Dacă vă gândiți la venitul total lunar al gospodăriei dvs., ați spune că faceți față necesităților? 1. Foarte ușor 2. Ușor 3. Destul de ușor 4. Cu oarecare dificultate 5. Cu greu 6. Foarte greu.

Notă: procentul celor care declară dificultăți (variantele 4-6).

Pe fondul unui nivel de trai scăzut și având la dispoziție resurse economice reduse, cea mai mare parte a populației se concentrează pe satisfacerea nevoilor fundamentale, iar categoriile vulnerabile sunt în special nevoite să recurgă la strategii specifice pentru a acoperi nevoile de bază, reducând din alimentație, amânând satisfacerea anumitor necesități pe care nu le percep ca presante sau chiar renunțând la îndeplinirea lor. (Precupețu, 2019). România are cel mai înalt procent al populației vârstnice (34%) între țările UE care este nevoită să renunțe la fructe proaspete și legume în încercarea de a economisi și de a prioritiza în interiorul necesităților fundamentale. Un procent chiar mai crescut al vârstnicilor 39% declară că sunt nevoiți să cumpere carne mai puțină mai ieftină. De asemenea, România are, în context European, cel mai mare procent al populației vârstnice care amână vizita la doctor (41%) și care amână vizita la dentist (51%) pentru a economisi bani.

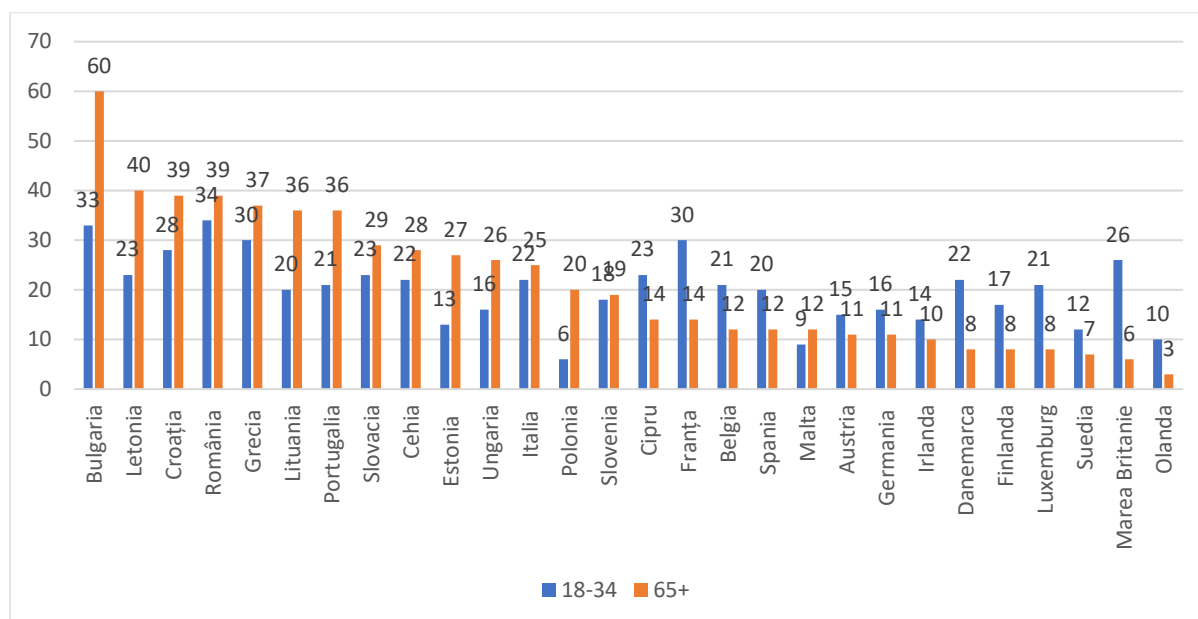
Grafic 4. Proporția persoanelor care au fost nevoite să modifice dieta renunțând la fructe și legume (%), 2016



Sursa: EQLS 2016.

Q90. În primul rând, gândindu-vă la mâncare, dvs. sau altcineva din gospodăria dvs. și-a schimbat regimul alimentar în ultimele două săptămâni, deoarece banii au fost necesari pentru alte lucruri de primă necesitate? V-ați descurcat fără fructe și legume proaspete.

Grafic 5. Proporția persoanelor care au fost nevoite să reducă din alimentele necesare (carne) (%), 2016



Sursa: EQLS 2016.

Q90. În primul rând, gândindu-vă la mâncare, dvs. sau altcineva din gospodăria dvs. și-a schimbat regimul alimentar în ultimele două săptămâni, deoarece banii au fost necesari pentru alte lucruri de primă necesitate? Ați cumpărat bucăți de carne mai ieftine sau ați cumpărat mai puțin decât v-ați fi dorit.

Comparativ cu tinerii, vârstnicii declară în mai mică măsură întârzieri la plata diferitelor tipuri de facturi, cu excepția celor de telefon sau internet. Vârstnicii din urban au în proporție mai mare dificultăți în plata facturilor pentru telefon și internet (19%) comparativ cu cei din rural (11%). Datele pot indica elemente de acces la astfel de servicii, dar și un anumit comportament de alocare rațională a resurselor disponibile la vârste mai înaintate comparativ cu cele tinere și în rural față de urban.

Tabel 2. Procentul populației care declară întârzieri la plata facturilor

	18-34	35-49	50-64	65+	Total
Întârzieri la plata chiriei sau a ipotecii	8%	3%	1%	2%	4%
Întârzieri la plata facturilor de utilități (electricitate, apă, gaz)	16%	24%	15%	17%	18%
Întârzieri la plata creditelor de consum	12%	11%	5%	5%	9%
Întârzieri la plata facturilor de telefon sau internet	14%	18%	9%	15%	14%
Întârzieri la plata împrumuturilor informale	10%	10%	9%	5%	9%

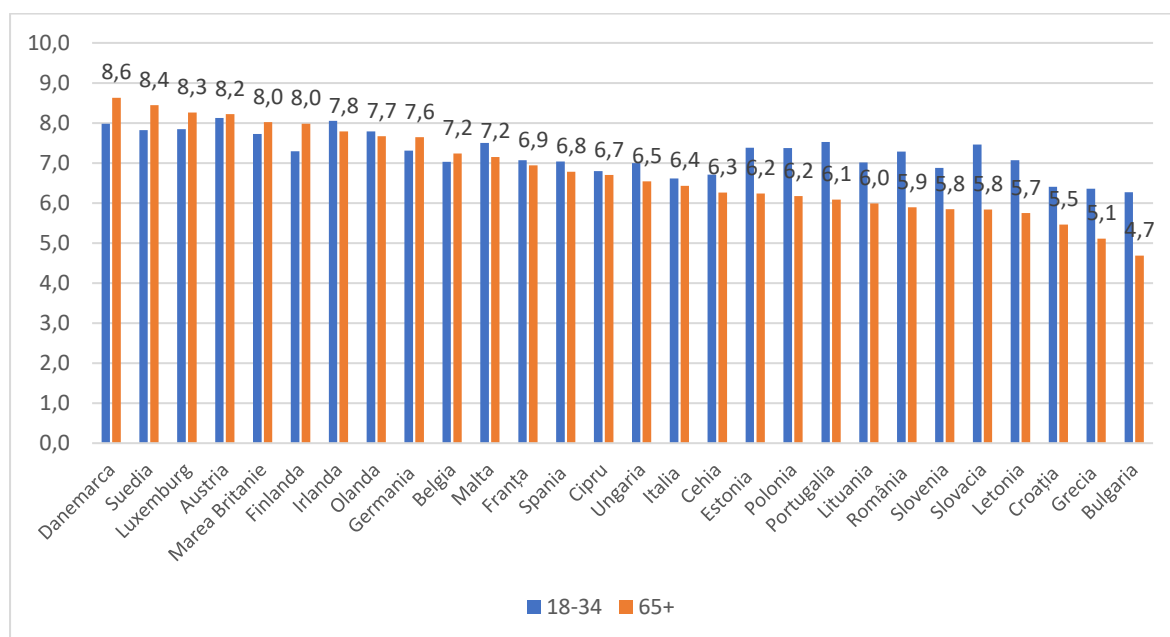
Sursa: EQLS 2016.

Q93. S-a aflat gospodăria dvs. în situația de a fi în întârziere cu plățile pe parcursul ultimelor 12 luni, adică în incapacitate de a plăti la timp oricare dintre următoarele?

Satisfacția cu nivelul de trai relevă mulțumirea oamenilor față de resursele materiale de care dispun și față de modul în care ei reușesc să le administreze, astfel încât necesitățile economice să fie acoperite la nivelul dorit. În România, în anul 2016, satisfacția vârstnicilor față de nivelul de trai înregistra o medie de 5,9 pe o scală de la 1 la 10 unde 1 înseamnă foarte nemulțumit, iar 10 foarte

mulțumit (Grafic 6). Comparativ, tinerii au o satisfacție cu nivelul de trai semnificativ mai ridicată (7,3). Scorul de satisfacție al vârstnicilor, desi este aproape de media scalei, reflectă condițiile materiale modeste ale persoanelor de 65 de ani și peste traduse mai degrabă într-o stare de nemulțumire. Nivelul de trai este cel mai problematic aspect al vieții din punctul de vedere al satisfacției atunci când îl comparăm cu celelalte domenii ale vieții (educație, locuire, familie, loc de muncă, acest model fiind valabil atât pentru populația generală, cât și pentru vârstnici.

Grafic 6. Satisfacția cu nivelul de trai (medii)



Sursa: EQLS 2016.

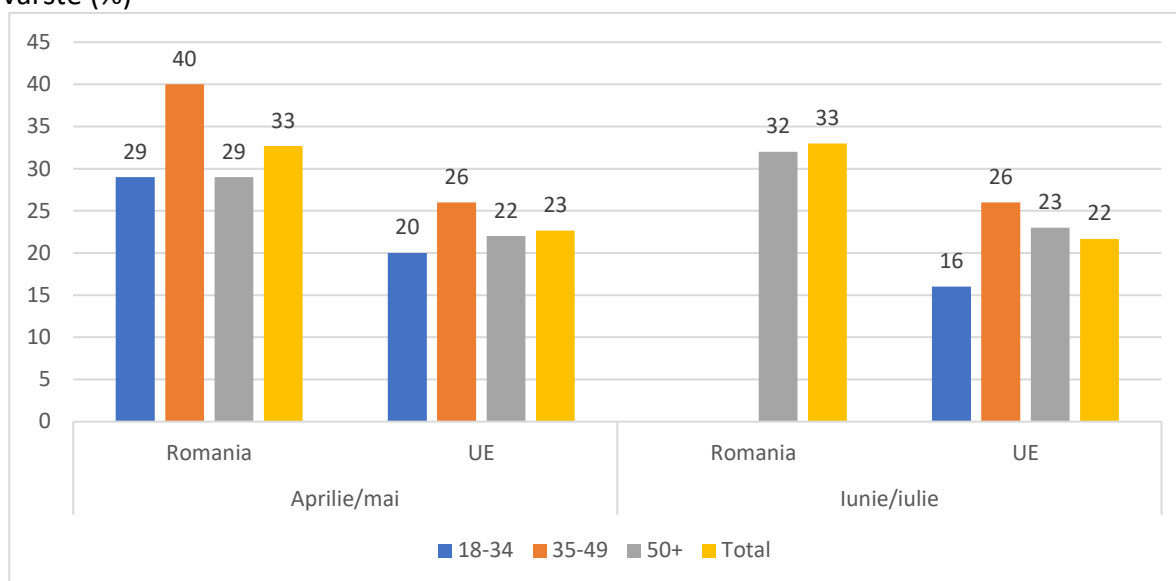
Q6c. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulțumit(ă) și 10 înseamnă foarte mulțumit(ă), vă rog să-mi spuneți cât de mulțumit(ă) sunteți de nivelul dvs. de trai actual. Notă: scor mediu pe scala de la 1 la 10.

Nivelul de trai în condițiile pandemiei de Covid-19

Pandemia a creat noi dificultăți materiale sau a amplificat problemele financiare pentru unele gospodării față de momentul declanșării crizei. La nivelul Uniunii Europene, aproape un sfert dintre respondenți au menționat în aprilie/mai 2020 că își pot satisface “greu” și “foarte greu” nevoile de bază, cele mai afectate țări fiind Grecia, Croația, Bulgaria, Slovacia și România unde peste o treime din populație declara dificultăți în îndeplinirea nevoilor esențiale.

În prima parte a pandemiei, dificultățile materiale au fost resimțite în special de vârsta activă de mijloc, 35-49 de ani, aceasta fiind categoria cea mai afectată de restrângerea economiei (Grafic 7).

Grafic 7. Proporția persoanelor care declară dificultăți în a-și îndeplini nevoile de bază pe vârste (%)



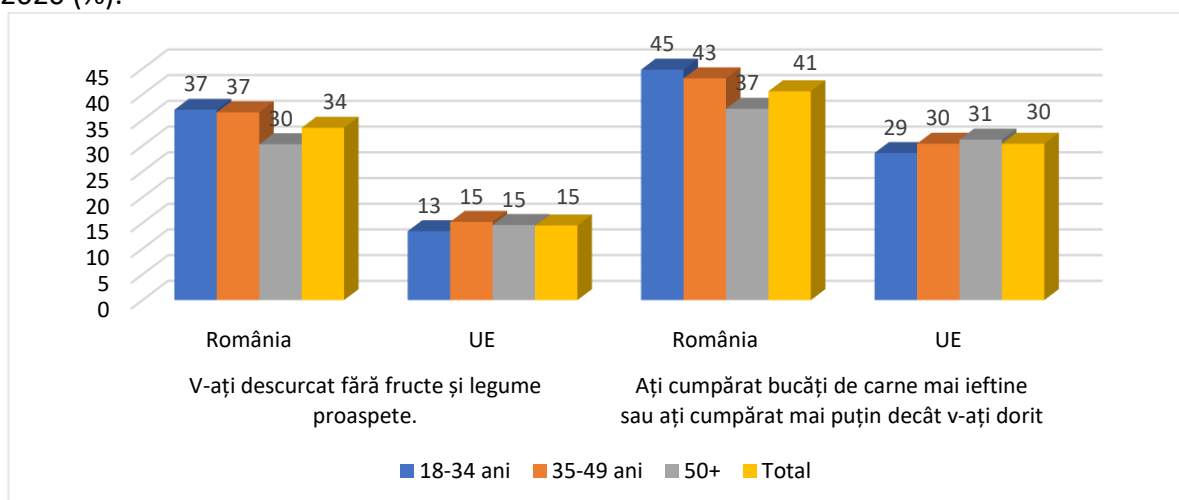
Sursa: Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data> Q20. O gospodărie poate avea diverse surse de venit și mai mult de un membru al gospodăriei poate contribui la acest venit. Dacă vă gândiți la venitul total lunar al gospodăriei dvs., ați spune că faceți față necesităților? 1. Foarte ușor 2. Ușor 3. Destul de ușor 4. Cu oarecare dificultate 5. Cu greu 6. Foarte greu.

Notă: procentul celor care declară dificultăți (variantele 5-6). Datele nu au fost raportate pentru România pentru categoriile de vârstă 18-34 de ani și 35-49 de ani în a doua rundă a cercetării din cauza numărului mic de cazuri.

În contextul unor venituri reduse, strategiile adoptate pentru a face față cheltuielilor din gospodărie au inclus limitarea cheltuielilor alimentare. Cele mai mari reduceri de alimente au fost menționate de subiecții din Bulgaria și România, o treime dintre subiecții români au spus că s-au descurcat fără fructe și legume proaspete, iar 41% dintre aceștia au cumpărat alimente mai ieftine sau mai puține.

Proporția subiecților din România care au declarat că s-au descurcat fără fructe și legume proaspete sau care au cumpărat produse mai ieftine este dublă față de proporția cetățenilor europeni care au menționat același lucru. Dacă la nivelul UE, nu există o diferențiere a celor afectați în funcție de vârstă, în România categoriile de vârstă mai tinere (18-34 de ani, 35-49 ani) par mai afectate decât categoria persoanelor de peste 50 de ani. Aceste grupe de vârstă sunt cele care sunt active pe piața muncii, care au avut probleme cauzate de limitările impuse în contextul pandemiei de COVID-19 (pierderea locului de muncă, reducerea veniturilor etc.) într-o mai mare măsură față de persoanele de 50 de ani și peste.

Grafic 8. Proportția celor care au fost nevoiți să reducă din alimentele necesare, în aprilie/mai 2020 (%).



Sursa: Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>
 Q21 În primul rând, gândindu-vă la mâncare, dvs. sau altcineva din gospodăria dvs. și-a schimbat regimul alimentar în ultimele două săptămâni, deoarece banii au fost necesari pentru alte lucruri de primă necesitate? (EQLS Q90). A. V-ați descurcat fără fructe și legume proaspete; b. Ați cumpărat bucăți de carne mai ieftine sau ați cumpărat mai puțin decât v-ați dorit.

Notă: Doar în prima rundă a cercetării aprilie/mai.

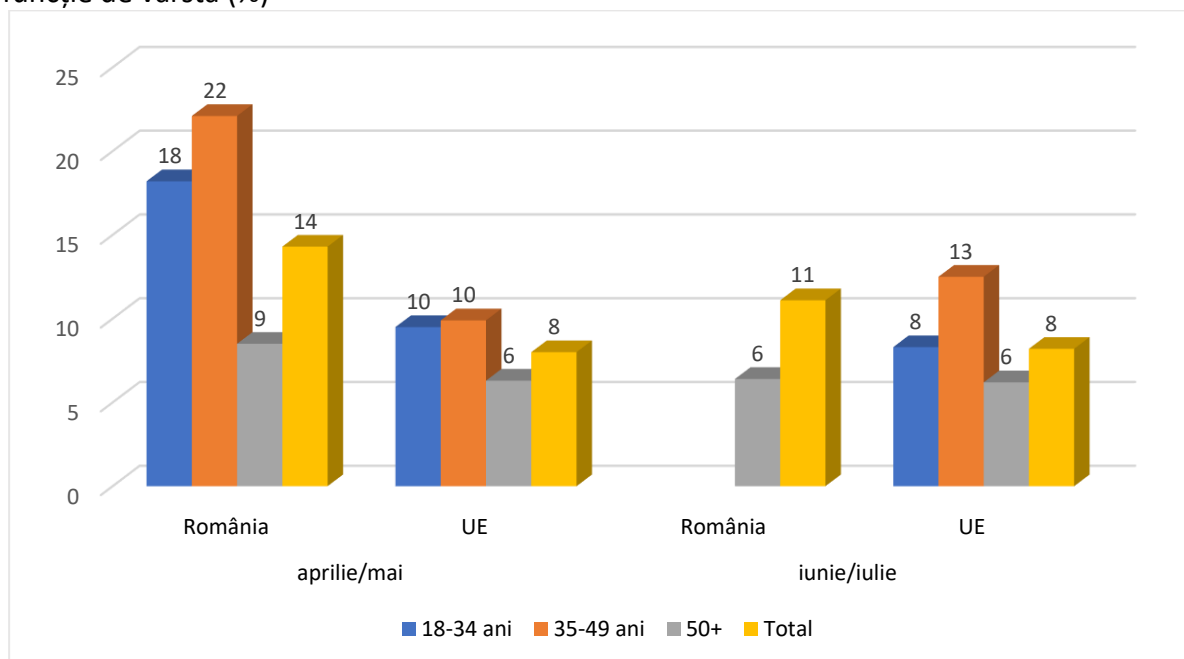
Reducerea veniturilor în contextul pandemiei de Covid-19 a condus și la acumularea restanțelor pentru diferite categorii de cheltuieli. România se află printre țările ale căror cetățeni au declarat într-o proporție ridicată (21% față de media UE de 11%) faptul că au fost în incapacitatea de a-și plăti facturile pentru utilități în prima rundă a cercetării (aprilie/mai 2020). Doar respondenții din Bulgaria, Grecia și Cipru au raportat aceste probleme într-un procent mai mare decât românii.

Prima rundă a cercetării, realizată în aprilie/mai 2020 a surprins înrăutățirea bruscă a situației financiare pentru numeroși europeni, cele mai afectate categorii în ceea ce privește incapacitatea de plată a facturilor fiind șomerii și persoanele care lucau pe cont propriu (Eurofound 2020). A doua rundă a cercetării (iunie/iulie) arată o ușoară îmbunătățire a situației financiare, probabil în contextul ajutoarelor acordate de către stat celor afectați de restricții.

Procentul persoanelor care declară că au restanțe în plata chiriei sau a ratelor pentru locuință în România era aproape dublu procentul cetățenilor europeni aflați în aceeași situație în lunile aprilie/mai. Categoriile de vârstă mai tinere din România sunt cele care au cele mai multe probleme în plata chiriei și a ratelor pentru locuință, ceea ce este de așteptat, deoarece acestea sunt categoriile care au nevoie să închirieze sau să achiziționeze o locuință, dar și cele mai afectate de reducerea veniturilor în contextul pandemiei. Atât pentru România, cât și pentru alte țări, evaluările subiective ale oamenilor înregistrează o ușoară îmbunătățire a situației în ceea ce privește restanțele la plata chiriei sau a ratelor pentru locuință în a doua rundă a cercetării. Posibilitatea de a plăti chiria sau rata pentru locuință este una dintre cele mai importante plăți, deoarece restanțele în acest domeniu pot conduce la pierderea locuinței. Unele state europene au luat măsuri în această perioadă a pandemiei pentru a asigura cetățenilor posibilitatea amânării ratelor sau chiriei și pentru a preveni evacuarea

celor restanți. Cu toate acestea, numeroși europeni, în special șomerii, evaluau destul de ridicat riscul de a rămâne fără locuință în următoarele 6 luni (Eurofound 2020a).

Grafic 9. Proporția celor au menționat restanțe în plata chiriei sau a ratelor pentru locuință în funcție de vârstă (%)



Sursa: Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>
 Q93. S-a aflat gospodăria dvs. în situația de a fi în întârziere cu plățile pe parcursul ultimelor 3 luni, adică în incapacitate de a plăti la timp oricare dintre următoarele? a.Chiria sau ratele pentru locuință.

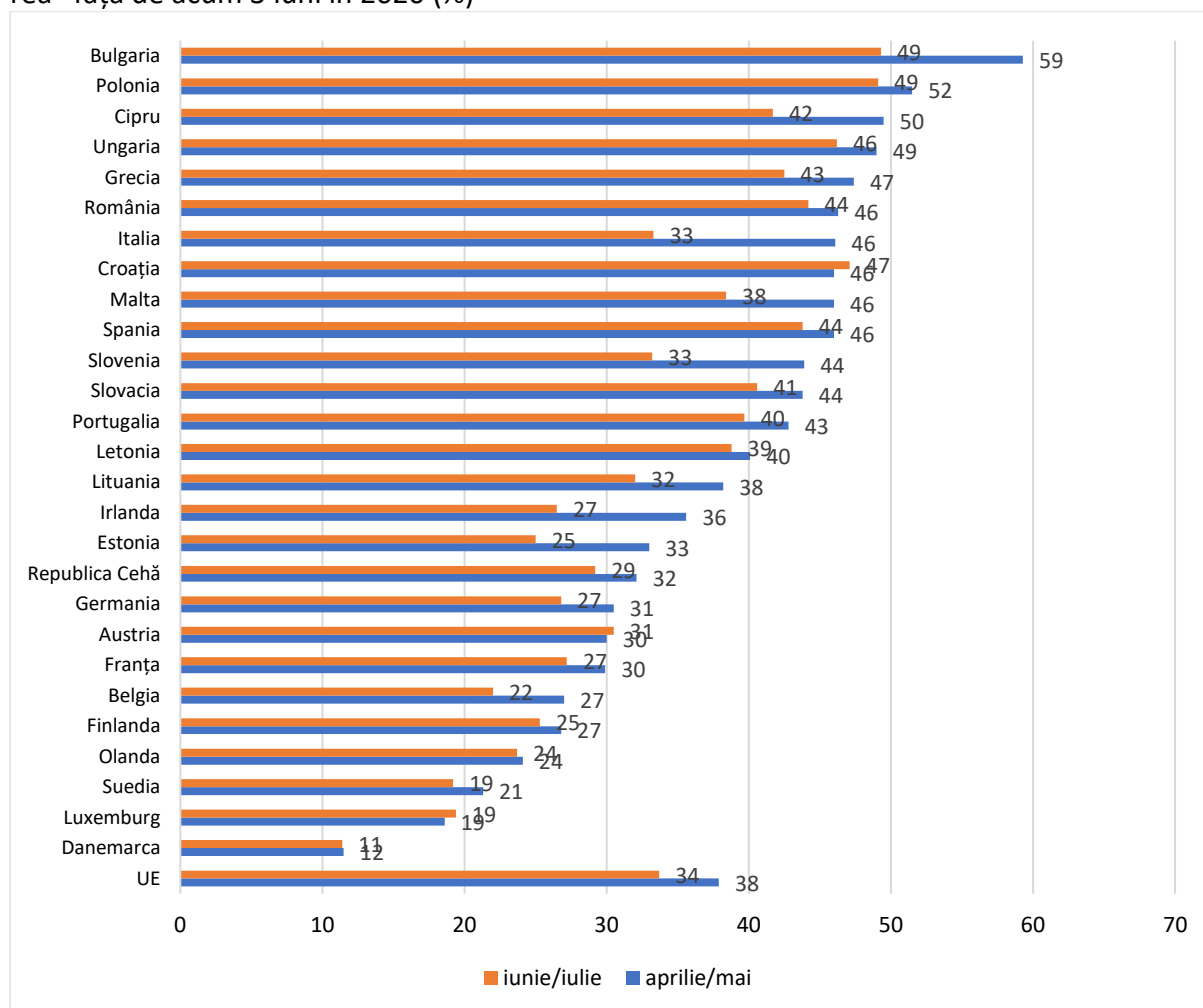
Notă: Datele nu au fost raportate pentru România pentru categoriile de vârstă 18-34 de ani și 35-49 de ani în a doua rundă a cercetării din cauza numărului mic de cazuri.

Evaluarea situației financiare față de cea de acum 3 luni

În runda din aprilie/mai, România se află între țările europene care are o proporție ridicată a subiecților care indică o situație financiară înrăutățită față de cea pe care o aveau cu 3 luni înainte, alături de țări precum Bulgaria, Polonia, Cipru, Grecia, Ungaria. Pentru majoritatea țărilor europene, se constată o ușoară îmbunătățire a evaluării situației financiare în a doua rundă a cercetării. Poate fi efectul reluării activității după perioada de închidere (lockdown) care a avut loc în cele mai multe state europene, a măsurilor luate de guverne sau chiar efectul adaptării și a reducerii nivelului așteptărilor.

În cazul României, în prima rundă a cercetării (aprilie/mai), 46% dintre respondenți considerau situația lor financiară „mai rea” decât în urmă cu 3 luni. Cea mai puțin afectată categorie a fost cea a persoanelor de 50 de ani și peste (39%), iar cea influențată negativ în cea mai mare măsură este a celor între 35 și 49 de ani (58%). Relația este similară și la nivel european, diferențele între grupele de vârstă fiind, totuși, mai reduse. Pentru a doua rundă a cercetării, pentru România nu sunt disponibile datele pe categorii de vârstă.

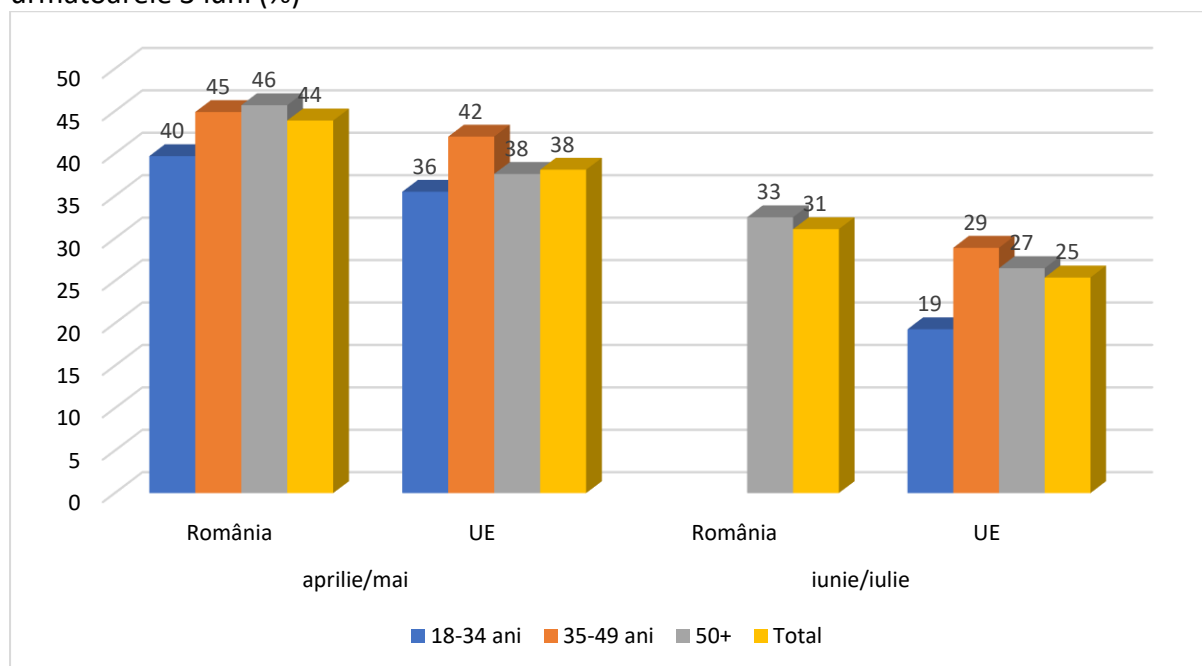
Grafic 10. Proporția cetățenilor europeni care au apreciat că situația lor financiară este „mai rea” față de acum 3 luni în 2020 (%)



Sursa: Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>
 Q23. Comparând situația financiară a gospodăriei dvs. de acum 3 luni în urmă și în prezent, ați spune că s-a îmbunătățit, s-a înrăutățit sau a rămas la fel? a. Mai bună; b. La fel; c. Mai rea; d. Nu știu/prefer să nu răspund.
 Notă: Pentru a doua rundă a cercetării (iunie/iulie) datele pentru Cipru, Letonia, Luxemburg, Malta și Polonia au un nivel scăzut de încredere.

O mare parte dintre respondenții la nivel european (38%) apreciază că situația lor financiară s-a înrăutățit în prezent față de acum 3 luni în prima rundă a cercetării (aprilie/mai). După șocul inițial dat de criza sanitară, procentul celor care apreciază înrăutățirea situației financiare scade ușor în a doua rundă a cercetării (iunie/iulie) (34%). Rezultatele cercetării au evidențiat și un nivel ridicat de pesimism în rândul tuturor europenilor în ceea ce privește evoluția situației financiare în următoarele 3 luni. Procentul românilor care se așteaptă la o înrăutățire a situației lor financiare este mai ridicat decât procentul europenilor, în ambele runde ale cercetării. Față de runda din aprilie/mai, proporția celor care așteaptă o înrăutățire a situației financiare scade atât în România, cât și la nivel european. În această privință, nu avem diferențe mari între categoriile de vârstă, doar categoria tânără 18-34 de ani pare să fie ușor mai optimistă față de celelalte categorii de vârstă. Relația este valabilă și în România, cât și la nivel european.

Grafic 13. Proporția celor care consideră că situația lor financiară se va înrăutăți în următoarele 3 luni (%)



Sursa: Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>
 Q24 Gândindu-vă la situația financiară a gospodăriei, credeți că în următoarele 3 luni, aceasta se va fi mai bună, mai rea, la fel? (adaptare după Eurobarometru). 1. Mai bună; 2. La fel; 3. Mai rea; 4. Nu știu/prefer să nu răspund.
 Notă: Datele nu au fost raportate pentru România pentru categoriile de vârstă 18-34 de ani și 35-49 de ani în a doua rundă a cercetării din cauza numărului mic de cazuri.

Aproape o treime dintre europeni nu dispun de economii, iar o altă treime apreciază că și-ar putea păstra standardul de viață utilizând economiile pe care le au și aceasta numai pentru o perioadă de sub 3 luni. Alături de Bulgaria, Croația și Letonia, România se situează între țările UE în care peste 40% dintre respondenți declară că nu au economii, iar aproape o treime dintre aceștia apreciază că și-ar putea păstra standardul de viață utilizând economiile mai puțin de 3 luni de zile. În prima rundă a cercetării (aprilie/mai), cea mai puțin afectată categorie de vârstă este cea a persoanelor de peste 50 de ani, 38% dintre aceștia declarând că nu au economii, în timp ce 52% dintre respondenții din categoria de vârstă 35-49 de ani spun același lucru. Aproximativ o treime din fiecare categorie de vârstă dintre respondenții români menționează că nu ar putea să-și păstreze standardul de viață doar cu economiile decât cel mult 3 luni.

Tabel 4. Evaluarea perioadei pentru care gospodărie și-ar putea păstra standardul de viață fără venituri în 2020 în țările UE (%)

	aprilie/mai		iunie/iulie	
	Fără economii	Mai puțin de 3 luni	Fără economii	Mai puțin de 3 luni
Luxemburg	14	22	13	29
Malta	15	29	13	23
Austria	16	25	20	26
Italia	17	27	18	23

Danemarca	19	28	15	31
Republica Cehă	20	27	24	22
Suedia	21	23	17	30
Irlanda	22	35	19	32
Finlanda	23	28	31	27
Belgia	25	26	20	24
Olanda	26	23	26	24
Germania	26	29	21	29
Spania	27	29	23	30
UE	28	29	26	27
Slovacia	28	31	23	34
Cipru	29	31	26	27
Franța	29	33	31	25
Portugalia	30	28	28	27
Estonia	32	29	31	29
Ungaria	33	31	35	31
Slovenia	33	35	31	32
Lituania	37	27	33	27
Grecia	38	31	36	31
Polonia	40	27	41	25
Letonia	41	27	50	21
România	42	31	37	33
Bulgaria	42	30	38	30
Croația	43	27	39	34

Sursa: Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>
 Q25 Dacă gospodăria dvs. nu ar primi nici un venit, pentru cât timp ar reuși gospodăria să-și mențină același standard de viață utilizând economiile? (Întrebare adaptată după HV080 în EU- SILC 2020, European Commission 2020). 1. Mai puțin de 3 luni; 2. Între 3 și 6 luni; 3. Între 6 și 12 luni; 4. 12 luni sau mai mult; 5. Fără economii; 6. Nu știu/prefer să nu răspund. (Economiiile ar trebui înțeles ca banii pe care îi are gospodăria în bancă sau acasă).
 Notă: Pentru a doua rundă a cercetării (iunie/iulie) datele pentru Cipru, Letonia, Luxemburg, Malta și Polonia au un nivel scăzut de încredere.

Concluzii

Condițiile materiale constituie fundamentul calității vieții și facilitează alegerile personale în toate domeniile vieții. La vârste târzii, resursele materiale au rolul de a proteja oamenii în condițiile acumulării unei serii de factori negativi care vulnerabilizează progresiv persoanele: deteriorarea stării de sănătate, slăbirea contactelor sociale, pierderea prietenilor și membrilor familiei, scăderea posibilităților de implicare socială etc.

Resursele materiale au relevanță la nivelul gospodăriei, acolo unde se iau deciziile de alocare și unde devine evidentă capacitatea de organizare individuală. Spre deosebire de alte țări UE, gospodăria multigenerațională este mai des întâlnită în România, în aproximativ 11% din gospodării locuiesc împreună bunici, părinți și nepoți. În general, modelul de familie în România este caracterizat de relații de suport și ajutor reciproc între generații și în familia extinsă: generațiile tinere oferă sprijin

material și îngrijire pentru cei în vârstă, în timp ce vârstnicii acordă îngrijire pentru nepoți și în gospodărie acolo unde este posibil. În condițiile unei slabe dezvoltări a serviciilor atât pentru copii, cât și pentru vârstnici, acest model este o plasă de siguranță pentru multe gospodării. Un astfel de model se poate dovedi ambivalent în contextul pandemiei: pe de o parte oferă sprijin în condiții de incertitudine, pe de altă parte poate conduce la expunerea la virus a celor vârstnici. Condițiile de locuire caracterizate de supraaglomerare și deprivare constituie un alt context nefavorabil pentru protejarea sănătății și vieții celor în vârstă.

Nivelul de trai al populației vârstnice este modest, majoritatea persoanelor de 65 de ani și peste trăind în situație de sărăcie sau de precaritate, cu venituri reduse și deprivare materială înaltă, fiind evidentă concentrarea majorității populației vârstnice pe nevoi fundamentale și tensiunea supraviețuirii. Se poate aprecia, pe baza datelor subiective, că numai aproximativ 20% din populația vârstnică are un nivel de trai caracterizat de prosperitate și securitate.

Siguranța veniturilor provenite din pensii asigură protecție pentru majoritatea vârstnicilor de 65 de ani și peste și chiar gospodăriilor acestora. În gospodăriile intergeneraționale, însă, acolo unde sursele de venit au fost afectate de pandemie, consecințele se răsfrâng și asupra seniorilor.

Strategiile de organizare a resurselor materiale presupun prioritizarea, amânarea sau chiar renunțarea la îndeplinirea unor necesități fundamentale. Se poate considera că segmentul de populație aflat în imposibilitatea de a-și asigura un regim alimentar decent (cu carne, fructe, legume) se confruntă cu probleme în zona supraviețuirii biologice. Imposibilitatea de a acoperi costurile pentru vizitele la medic și dentist are, în continuare, implicații pentru starea de sănătate.

Se poate aprecia că, în contextul pandemiei, există o serie de categorii de vârstnici în mod special vulnerabile din punctul de vedere al nivelului de trai:

- Vârstnicii care trăiesc singuri.
- Vârstnicii care trăiesc sub pragul sărăciei.
- Vârstnicii activi care au locuri de muncă precare.
- Femeile cu pensii mici comparativ cu ale bărbaților. Riscul de excludere socială a femeilor vârstnice este mai mare față de cel al bărbaților în condițiile existenței unei inegalități importante a pensiilor în funcție de sex.
- Vârstnicii care trăiesc în gospodării intergeneraționale ai căror membri au surse de venit afectate de pandemie, presiunea transferându-se în mai mare măsură asupra

Din punctul de vedere al modului în care pandemia este experimentată de către vârstnici, sunt posibile o serie de schimbări în configurația nivelului de trai. Astfel, sub presiunea unei amenințări externe, este probabil ca oamenii: să recurgă la comportamente de economisire în mai mare măsură; să aloce resursele diferit în interiorul gospodăriei și să intensifice schimburile în natură cu alte gospodării, în familia extinsă; să prioritizeze anumite nevoi (de exemplu, hrană, locuință) în dauna altora (de exemplu, vacanță). La nivel subiectiv, componenta materială își poate pierde într-o anumită măsură importanța în structura generală a calității vieții: pe lângă faptul că oamenii se

concentrează pe starea de sănătate a lor și a celor apropiați, ei își pot revizui standardele cu care își măsoară satisfacția cu nivelul de trai și, în final satisfacția cu propria viață.

Referințe

- Ahrendt, Daphne; Sándor, Eszter; Leončikas, Tadas; Wilkens, Mathijn; Mascherini, Massimiliano. 2020. *Living, working and COVID-19 – Methodological Annex to Round 1*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/wpef20005.pdf>
- Eurofound. 2020. *Living, working and COVID-19 dataset*, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>.
- Eurofound. 2020a. *Living, working and COVID-19 First findings – April 2020*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef_20058en.pdf
- Nilsson, Kerstin. 2016. "Conceptualisation of Ageing in Relation to Factors of Importance for Extending Working Life – a Review." *Scandinavian Journal of Public Health* 44, no. 5 (2016): 490-505. doi:10.2307/48512683.
- Precupețu, Iuliana. 2019. Nivelul de trai: creșterea resurselor e necesară, dar nu suficientă. *Calitatea vieții* 3. 207-225.
- Precupețu, Iuliana. 2016. Strenuous objective life circumstances and subjective responses: perceptions of well-being when living in poverty and precarious prosperity in Romania, *Calitatea vieții* XXVII, 99-117.
- Laslett, Peter. 1987. The emergence of the Third Age. *Ageing and Society*, 7. 133-160.
- Rowland D.T. 2012. The Third Age. In: *Population Aging. International Perspectives on Aging*, vol 3. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4050-1_11
- Sándor, Eszter; Ahrendt, Daphne. 2020. *Living, working and COVID-19 – Methodological Annex to Round 2*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/wpef20023.pdf>

Starea de spirit a vârstnicilor

Mihalache Flavius

Marian Vasile

1. Introducere

Acest capitol descrie starea de spirit a persoanelor de peste 65 de ani⁵ în România, în perspectivă europeană, concentrându-se, pe de o parte, asupra sentimentului de singurătate și relațiilor sociale ale vârstnicilor, iar pe de altă parte pe satisfacția cu viața, pe mulțumirea cu domeniile importante ale vieții și pe sănătatea mentală. Datele provin din *European Quality of Life Survey (EQLS) 2016*. De asemenea, evidențiem câteva posibile tendințe în evoluția acestor indicatori în contextul pandemiei așa cum rezultă din datele sondajului *Living, working, and Covid-19*.

Îmbătrânirea este portretizată deseori prin „pierderea” sau „reducerea” capacităților fizice și mentale ale indivizilor, locului pe piața muncii, legăturilor cu familia extinsă și izolare socială (Netuveli and Blane 2008).

După retragerea din activitate, interacțiunile sociale ale indivizilor tind să se reducă la sfera vieții private (familie, vecinătate, prieteni). Familia poate reprezenta elementul cheie în asigurarea suportului care compensează pierderile și reducerile determinate de înaintarea în vârstă. Însă, familia se poate transforma într-unul dintre factorii responsabili pentru nivelul redus al bunăstării subiective, în situațiile în care suportul lipsește sau nu este adecvat așteptărilor indivizilor (Waite and Das 2010).

Persoanele cele mai vulnerabile în fața riscurilor reprezentate de însingurarea la vârste înaintate sunt cele care anterior, în perioada vieții active, au prezentat deficit de legături sociale cu familia și membrii comunităților. În schimb, a avea un partener de viață și a menține interacțiunile sociale solide cu familia extinsă și prietenii reprezintă cei mai importanți factori protectori în fața însingurării la vârste înaintate (Waite and Das 2010; Huxhold, Miche, and Schüz 2014).

În secțiunea următoare trecem în revistă câteva idei teoretice, așa cum reies din diverse studii publicate, despre rolul relațiilor sociale pentru starea de spirit. Continuăm, prezentând informații demografice în context european despre categoria de vârstă avută în vedere în acest studiu. Apoi descriem nivelul bunăstării subiective în context european și comparativ pe categorii de vârstă. Trecem în revistă indicatorii generali ai satisfacției cu viața și bunăstării mentale utilizați pe scară largă în literatură la care adăugăm domeniile satisfacției cu viața. Luăm astfel în considerare teoria top-down / bottom-up a satisfacției cu viața (Mihalache 2008) care consideră că satisfacția cu viața este mai degrabă determinată de satisfacțiile cu domeniile vieții și nu este neapărat un element latent genetic sau socializat timpuriu, cu o stabilitate mare de-a lungul vieții. Încheiem cu evidențierea unor factori de risc pentru starea de spirit a persoanelor de 65 ani sau peste.

⁵ Categoria analizată aici include persoanele de 65 de ani și peste.

2. Singurătate și bunăstare subiectivă: ce arată studiile?

Singurătatea este unul dintre indicatorii cei mai importanți corelați bunăstării subiective, fiind asociată sentimentelor de abandon, calității scăzute a relațiilor sociale sau lipsei integrării sociale (Simon et al. 2014; Vitman Schorr and Khalaila 2018).

Bunăstarea subiectivă sau starea de spirit se referă la evaluările pe care le facem cu privire la propria viață și emoțiile pe care le trăim.

Oamenii, prin socializare și experiențele cotidiene, își stabilesc și restabilesc, reconsideră standardele subiective de viață. Socializarea poate avea un rol fundamental în determinarea acestor standarde: dacă socializarea s-a realizat în perioade de criză caracterizate de insecuritate și lipsuri, atunci oamenii vor urmări să își asigure circumstanțele materiale; dacă socializarea s-a realizat în perioade de prosperitate caracterizate de securitate și abundență atunci oamenii iau ca dat condițiile materiale acordând prioritate estetizării vieții (Inglehart and Welzel 2005; Inglehart 2019). Pe de altă parte, simpla existență și experiențele asociate acesteia, pot altera aceste principii teoretic stabile pe durata întregii vieți. Prin practică, oamenii descoperă lumi noi pe care le preferă și le transformă activ (Warde 2005).

Când sunt întrebați ce părere au despre viața lor, cât de mulțumiți sau satisfăcuți sunt cu aceasta, oamenii se raportează la acest standard subiectiv și indică un anumit nivel. Acesta este un proces cognitiv. În același timp, oamenii experimentează diferite emoții care nu au legătură neapărat cu partea materială a vieții. De exemplu, ei pot avea la dispoziție toate resursele necesare pentru o viață bună, dar, dacă pierd pe cineva drag, vor experimenta emoții pozitive mai rar, cel puțin pentru o perioadă. De asemenea, pot avea resurse materiale limitate și chiar să se afle în situație de supraviețuire, dar un eveniment precum nașterea unui copil sau căsătoria să conducă la experimentarea unor emoții pozitive mai des. Aceasta este partea emoțională a bunăstării subiective sau stării de spirit.

Studiile au demonstrat că persoanele care mențin relații sociale strânse, prin interacțiune socială și implicare în diverse grupuri și activități, tind să fie mai optimiști și chiar să își mențină o stare generală de sănătate mai bună (Huxhold, Miche, and Schüz 2014). Interacțiunile sociale constituie, din acest punct de vedere, elementul cheie al unui nivel ridicat al bunăstării subiective (Nguyen et al. 2016; Brannan et al. 2013). Pe de altă parte, vârstnicii, spre deosebire de tineri și adulți, prezintă un risc mai ridicat de vulnerabilitate în fața singurătății din diferite motive: decesul partenerului, restrângerea rețelei de socializare prin ieșirea din viața activă pe piața muncii, deteriorarea stării de sănătate etc.

Cantitatea și calitatea interacțiunilor vârstnicilor în cadrul grupurilor și comunităților pot fi perturbate de o serie de factori de mediu, ce țin de obstacolele asociate distanței fizice, precum și de calitatea serviciilor sociale la care aceștia au acces la nivel comunitar (Vitman Schorr and Khalaila 2018). Pentru persoanele în vârstă, distanțele, fie și cele relativ modeste, devin obstacole în interacțiunile interpersonale, mai cu seamă în cazurile în care persoanele în cauză se confruntă și cu diverse afecțiuni. Studiile au demonstrat că, odată cu înaintarea în vârstă, crește riscul de izolare socială și însingurare atât pe fondul reducerii interacțiunilor dintre indivizi, cât și al problemelor

medicale asociate înaintării în vârstă. Se estimează că aproximativ 40% din populația adultă de peste 60 de ani din țările dezvoltate trăiește sentimente asociate singurătății (Tyrrell and Williams 2020). La nivel general, singurătatea este înțeleasă în relație cu anxietatea, abandonarea, insatisfacția și lipsa conexiunilor cu ceilalți, fiind rezultatul diferenței dintre dorințele și așteptările personale în ceea ce privește relațiile sociale și percepțiile la nivel subiectiv ale stării de fapt (Brooke and Jackson 2020).

A trăi singur la vârste înaintate reprezintă unul dintre factorii cei mai importanți ce sunt asociați unui nivel redus al bunăstării subiective (Victor et al. 2000; Hawton et al. 2011) și reprezintă un factor de risc pentru diverse forme de tulburări psihice sau chiar pentru afecțiuni cardio-vasculare (Tyrrell and Williams 2020). Pe de altă parte, singurătatea reprezintă unul dintre factorii agravanți ai celor mai multe dintre tipurile de afecțiuni, în mod special în cazul bolilor cronice pentru care e nevoie de monitorizarea riguroasă a evoluției stării de sănătate.

Singurătatea cronică, definită ca persistența pe termen lung a deficitului de relații sociale, poate fi asociată declinului fizic, mental și psihic al persoanelor în cauză (Simon et al. 2014). În acest fel, izolarea și singurătatea vârstnicilor sunt asociate excluziunii sociale a acestora, alături de situații concrete referitoare la situația materială, accesul la servicii și bunuri, participare civilă și coordonate ale comunității de reședință (Burholt et al. 2020). Legăturile strânse cu familia, prietenii și comunitatea contribuie semnificativ la creșterea incluziunii sociale și protejează în fața riscurilor reprezentate prin singurătate. Pe de altă parte, odată cu scăderea în intensitate a interacțiunilor sociale, apare riscul de excluziune. În cazul vârstnicilor, acest raport de determinare devine evident pe măsură ce apar problemele asociate înaintării în vârstă. Astfel, pe măsură ce persoanele îmbătrânesc, apar nevoi de adaptare la noi situații de viață, multe dintre acestea având un impact negativ asupra calității vieții (Fuller-Iglesias, Sellars, and Antonucci 2008). Rowe și Kahn (1997) consideră că îmbătrânirea cu succes este dată de abilitățile personale de adaptare în fața provocărilor de ordin fizic, emoțional sau de mediu natural, determinate de înaintarea în vârstă. Din această perspectivă, relațiile sociale și formele de suport de care vârstnicul beneficiază au rolul de a facilita adaptarea, de a contribui la reducerea efectelor psihologice negative inerente înaintării în vârstă. Diferențierile în calitatea vieții sunt puternic structurate în funcție de principalele categorii de vârstă și de factori asociați mediului socio-economic (Eurofound 2019).

3. Starea de spirit în date

3.1. Cadrul demografic

În România, în anul 2019, erau înregistrate 3,6 milioane de persoane cu vârste superioare pragului de 65 de ani. Ponderea populației de 65 de ani și peste a crescut substanțial în ultime decenii, ca rezultat al modificării structurii pe vârste a populației, produsă prin reducerea de lungă durată a natalității: 11% în 1992; 13% în 2000, 14,5% în 2005 și 16,7% în 2019 (INS, Tempo). În linie cu această evoluție, a crescut și numărul vârstnicilor care trăiesc singuri: de la 859 de mii de persoane în 2007, la peste 1,2 milioane în 2019 (Eurostat, lfst_hhinds). Ponderea vârstnicilor singuri a ajuns să reprezinte 34,1% din totalul categoriei, fiind superioară mediei Uniunii Europene cu aproape trei puncte procentuale. Pe baza evoluțiilor actuale ale indicatorilor demografici, este de așteptat ca atât

procentul persoanelor de 65 de ani și peste, cât și ponderea vârstnicilor ce trăiesc singuri să continue să crească în perioada următoare. Eurostat⁶ prognozează că ponderea vârstnicilor (65 de ani și peste) în totalul populației României va depăși 20% în 2030, 25% în 2040 și 30% în 2050.

Tabel 1. Persoane de 65 de ani și peste la nivelul statelor membre ale EU și procentul persoanelor de 65 de ani și peste care trăiesc singure, 2019 (mii persoane)

	Totalul populației 65+ (mii)	Persoane 65+ care trăiesc singure (mii)	Procentul celor care trăiesc singuri
EU28	99.167	31.173	31,44%
Belgia	2.080	452	21,75%
Bulgaria	1.494	466	31,18%
Cehia	2.095	697	33,26%
Danemarca	777,5	203	26,12%
Germania	17.151	5.888	34,33%
Estonia	261	61	23,54%
Irlanda	700	226	32,31%
Grecia	2.332	715	30,66%
Spania	8.794	2.129	24,22%
Franța	12.850	4.275	33,27%
Croația	861	225	26,21%
Italia	13.566	4.373	32,24%
Cipru	139	32	23,39%
Letonia	382	157	41,11%
Lituania	553	167	30,26%
Luxemburg	82	23	28,14%
Ungaria	1.854	648	34,98%
Malta	88,8	24	27,14%
Olanda	3.234	1.075	33,24%
Austria	1.611	525	32,59%
Polonia	6.686	1.779	26,62%
Portugalia	2.260	515	22,80%
România	3.609	1.231	34,12%
Slovenia	421	146	34,74%
Slovacia	874	224	25,63%
Finlanda	1.217	417	34,25%
Suedia	1.213	403	33,22%
Marea Britanie	11.971	4.088	34,15%

Sursă: Eurostat (lfst_hhindws)

3.2. Starea de spirit: o privire de ansamblu

În general, vârstnicii sunt mai puțin satisfăcuți cu propria viață comparativ cu tinerii, în special în cazurile celor care au trăit experiențe de viață traumatizante sau a celor care se confruntă cu diverse

⁶ [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Percentage of population aged 65 years and over on 1 January of selected years.PNG](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Percentage_of_population_aged_65_years_and_over_on_1_January_of_selected_years.PNG)

probleme medicale (Krause 2004). Înaintarea în vârstă nu aduce un model liniar de degradare a satisfacției cu viața, ci descrie două faze distincte ale evoluției bunăstării subiective. Studiile arată că în prima parte a vârstelor înaintate se înregistrează o tendință de creștere a nivelului de satisfacție cu viața, care însă se deteriorează rapid în grupele de vârstă de peste 75 de ani, în bună măsură ca urmare a accentuării problemelor de sănătate (Gwozdz and Sousa-Poza 2010; Baird, Lucas, and Donnellan 2010). Accesul la servicii sociale de calitate, evaluarea favorabilă a stării de sănătate, legăturile strânse cu familia și comunitatea, sentimentul de control asupra vieții și lipsa stărilor depresive se dovedesc a fi unii dintre cei mai importanți factori asociați unui nivel ridicat al satisfacției cu viața la vârstele înaintate (Berg et al. 2006; Heo et al. 2013).

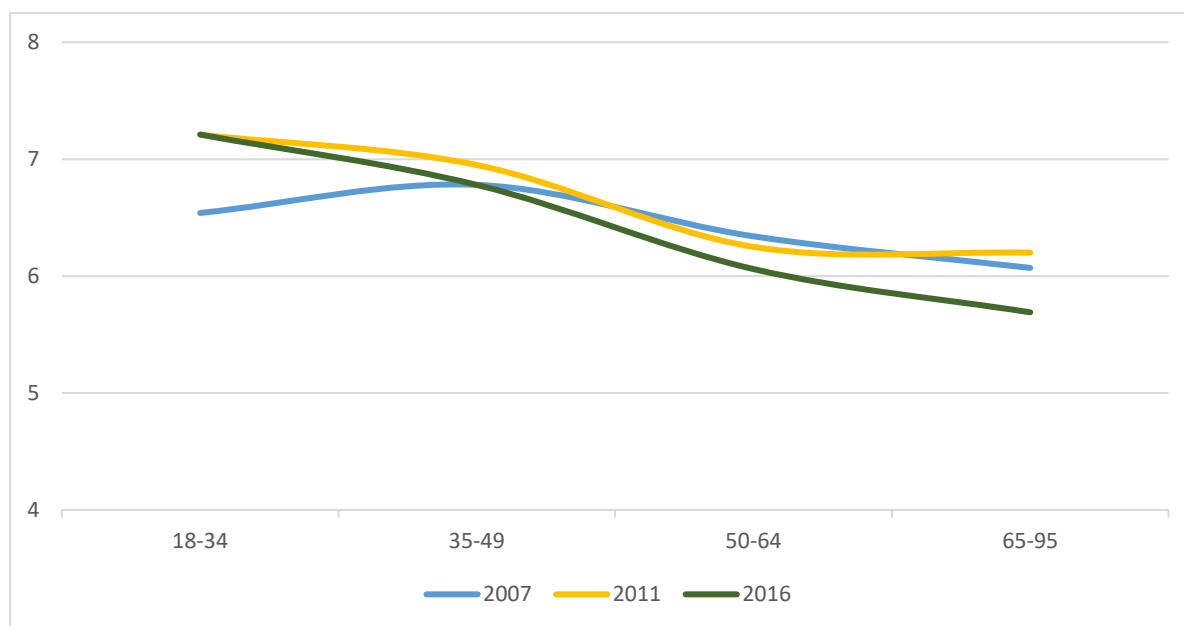
EQLS măsoară satisfacția cu viața folosind întrebarea “Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți de viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă “foarte nemulțumit” și 10 “foarte mulțumit””. EQLS măsoară bunăstarea mentală cu scala WHO-5 care îi întreabă pe oameni: “Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni: (1) M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); (2) M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); (3) M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; (4) M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); (5) Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează”. Variantele de răspuns disponibile sunt: “Tot timpul; În cea mai mare parte a timpului; Mai mult din jumătatea timpului; Mai puțin din jumătatea timpului; Uneori; Niciodată în acest timp”.

Pentru această analiză varianta de răspuns “Tot timpul” a primit codul 6 iar varianta de răspuns “Niciodată în acest timp” a primit codul 1. Bunăstarea mentală este media aritmetică a celor cinci itemi, deci păstrând intervalul de variație al scalei de răspuns pentru aceștia luați individual. Cu cât scorul este mai mare cu atât bunăstarea mentală este mai ridicată.

Datele EQLS 2016 pentru statele din Uniunea Europeană arată că cel mai ridicat nivel al satisfacției cu viața, 7.4 pe scala 1-10, se înregistrează pentru persoanele de 18-34 de ani, după care scade continuu la 7.1 în cazul celor de 35-49 de ani, 6.7 pentru 50-64 de ani și 6.8 pentru cei de 65 ani sau peste. Acest model, dat fiind faptul că include țări cu niveluri diferite ale dezvoltării socio-economice, trebuie interpretat cu precauție, nefiind universal.

Datele pentru România (Grafic 1, Grafic 2) ilustrează că, în toate categoriile de vârstă menționate, valorile satisfacției sunt inferioare mediilor la nivel de UE, însă diferența cea mai pronunțată este înregistrată în cazul persoanelor de 65 ani sau peste, 5,7 față de 6,7). Mai mult, se observă, față de mediile UE28, cum nivelul bunăstării mentale descrește odată cu înaintarea în vârstă, categoria menționată având media 3,5 pe scala de 6 față de 4,5 pentru cei mai tineri români.

Grafic 1. Satisfacția cu viața pe categorii de vârstă, evoluție 2007-2016



Sursa datelor: EQLS 2007, 2011, 2016, calcule proprii.

Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă "foarte nemulțumit" și 10 "foarte mulțumit".

Persoanele cu vârsta de 65 ani sau peste din România au cea mai mică bunăstare mentală din Uniunea Europeană. Țări cu valori asemănătoare sunt Croația, Italia sau Estonia (Tabel 2).

Tabel 2. Bunăstarea mentală, medie pentru categoria de vârstă 65 ani și peste

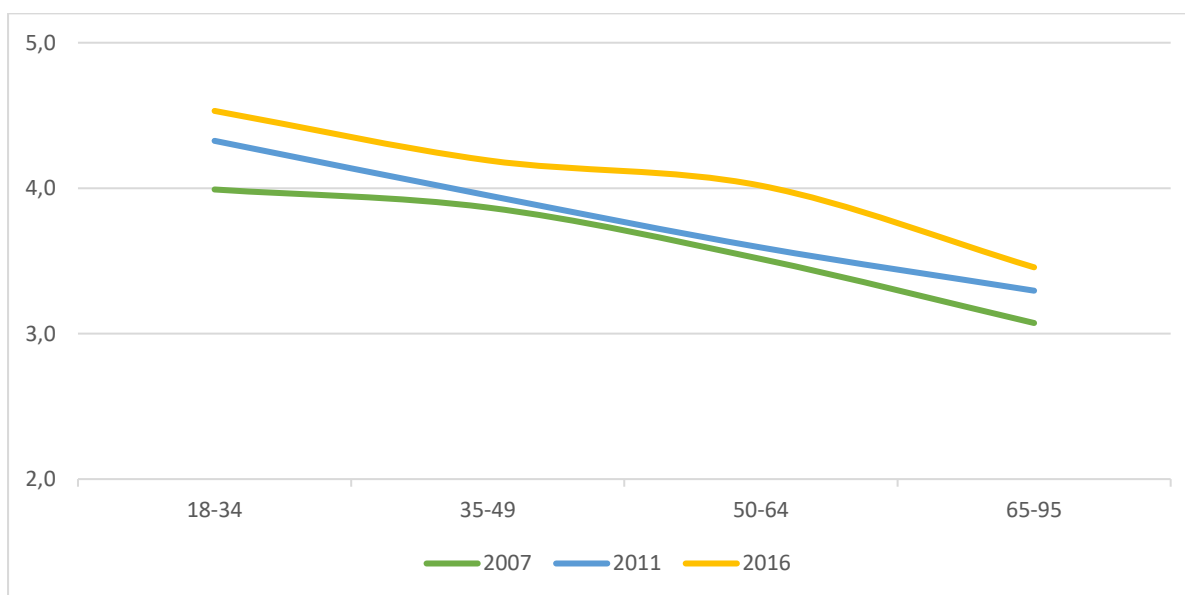
Țara	2007	2011	2016
Valoare minimă în celelalte țări UE	3.0	3.3	3.5
Valoare maximă în celelalte țări UE	4.6	4.8	4.7
<i>România</i>	3.1	3.3	3.5
Croația	3.4	3.9	3.5
Italia	3.7	4.0	3.6
Estonia	3.6	3.6	3.7
Bulgaria	3.0	3.5	3.7
Cipru	3.3	3.7	3.7
Portugalia	3.4	3.9	3.8
Grecia	3.7	3.6	3.8
Polonia	3.6	3.6	3.8
Slovenia	3.8	3.5	3.8
Lituania	3.5	3.4	3.8
Malta	3.5	3.8	3.9
Letonia	3.4	3.6	3.9
Slovacia	3.5	3.5	4.0
Cehia	3.7	3.8	4.0
Spania	3.9	4.0	4.1

Franța	4.1	4.0	4.2
Luxemburg	4.4	4.4	4.2
Marea Britanie	4.2	4.1	4.2
Germania	4.4	4.3	4.3
Ungaria	3.9	3.9	4.3
Belgia	4.5	4.3	4.4
Austria	3.8	4.2	4.4
Țările de jos	4.4	4.2	4.5
Finlanda	4.3	4.4	4.5
Suedia	4.6	4.6	4.5
Irlanda	4.1	4.4	4.6
Danemarca	4.6	4.8	4.7

Sursa datelor: EQLS 2007, 2011, 2016, calcule proprii. Tabelul este ordonat ascendent după valorile din 2016.

Q51. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. 1. M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); 2. M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); 3. M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; 4. M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); 5. Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează. a. Tot timpul; În cea mai mare parte a timpului; b. Mai mult din jumătatea timpului; c. Mai puțin din jumătatea timpului; d. Uneori; e. Niciodată în acest timp.

Grafic 2. Bunăstarea mentală pe categorii de vârstă, evoluție 2007-2016



Sursa datelor: EQLS 2007, 2011, 2016, calcule proprii. Tabelul este ordonat ascendent după valorile din 2016.

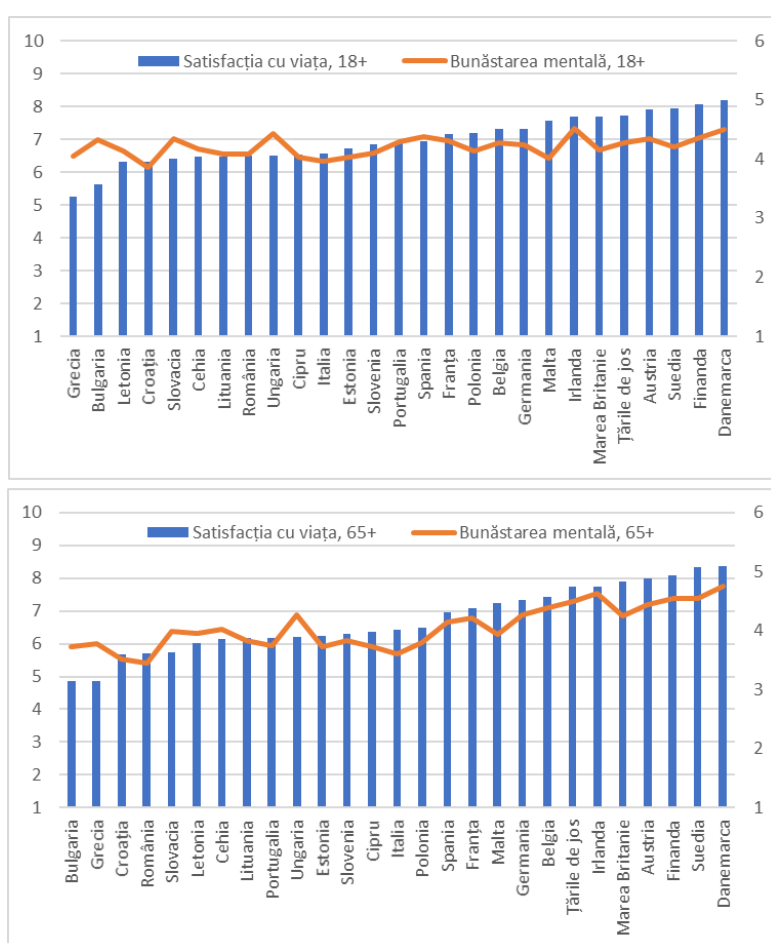
Q51. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. 1. M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); 2. M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); 3. M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; 4. M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); 5. Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează. a. Tot timpul; În cea mai mare parte a timpului; b. Mai mult din jumătatea timpului; c. Mai puțin din jumătatea timpului; d. Uneori; e. Niciodată în acest timp.

3.3. Relația dintre satisfacția cu viața și bunăstarea mentală

Evaluarea propriei vieți și emoțiile pozitive urmează un model similar (Grafic 3) pentru populația vârstnică (65+ ani). Corelația⁷ la nivel de țară este de 0,82 între cele două caracteristici pentru această categorie de vârstă comparativ cu 0,42 pentru populația adultă.

La nivel individual, pentru România, corelația⁸ pentru populația adultă este de 0,39, iar pentru categoria 65 ani sau peste este de 0,42. Media bunăstării mentale crește cu fiecare punct de scală a satisfacției cu viața pentru toate categoriile de vârstă considerate în acest capitol și per ansamblu pentru populația adultă.

Grafic 3. Relația dintre satisfacția cu viața și bunăstarea subiectivă pentru 18+ ani și pentru 65+ ani



Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii. Datele sunt ordonate crescător după satisfacția cu viața.

Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă "foarte nemulțumit" și 10 "foarte mulțumit".

Q51. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. 1. M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); 2. M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); 3. M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; 4. M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); 5. Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează. a. Tot timpul; În cea mai mare parte a timpului; b. Mai mult din jumătatea timpului; c. Mai puțin din jumătatea timpului; d. Uneori; e. Niciodată în acest timp.

⁷ Coeficient de corelație calculat de Microsoft Excel 2019 pentru Windows.

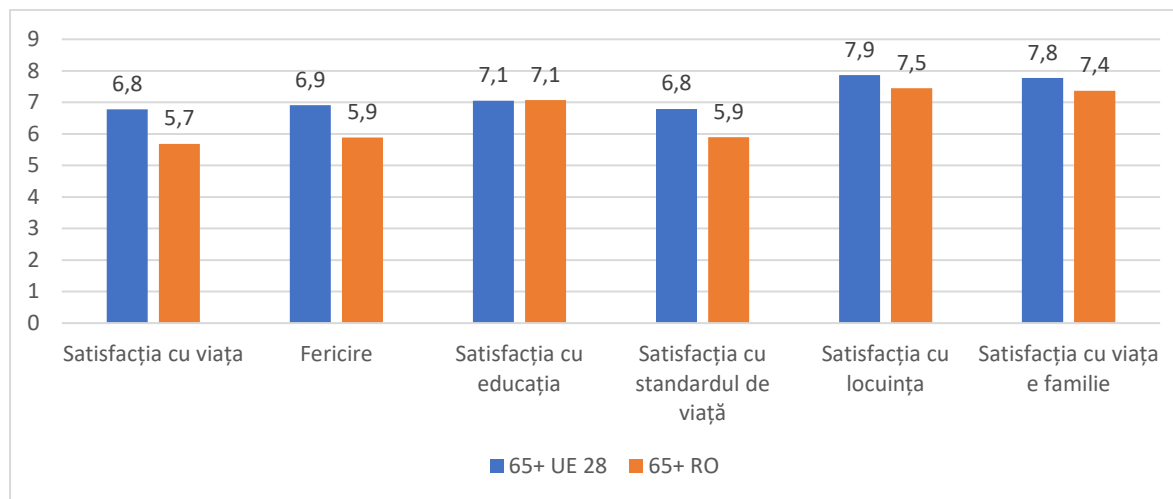
⁸ Coeficient de corelație Pearson calculat de SPSS 22 pentru Windows.

3.4. Starea de spirit: o privire pe domenii

Pe domenii ale satisfacției (

Grafic 4), cele mai importante decalaje apar în ceea ce privește evaluarea standardului de viață (România: 5,9; UE28: 6,8).

Grafic 4. Satisfacția cu viața în cazul vârstnicilor România și UE28 (valori medii pe scala 0-10)



Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă "foarte nemulțumit" și 10 "foarte mulțumit". Q5. Luând în considerare toate aceste lucruri, cât de fericit(ă) ați spune că sunteți pe o scală de la 1 la 10 unde 1 înseamnă "foarte nefericit(ă)" și 10 înseamnă "foarte fericit(ă)". Q6. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă foarte nemulțumit(ă) și 10 înseamnă foarte mulțumit(ă), vă rog să-mi spuneți cât de mulțumit(ă) sunteți de următoarele afirmații? Educația dvs.; Standardul de viață; Locuința dvs.; Viața dvs. de familie.

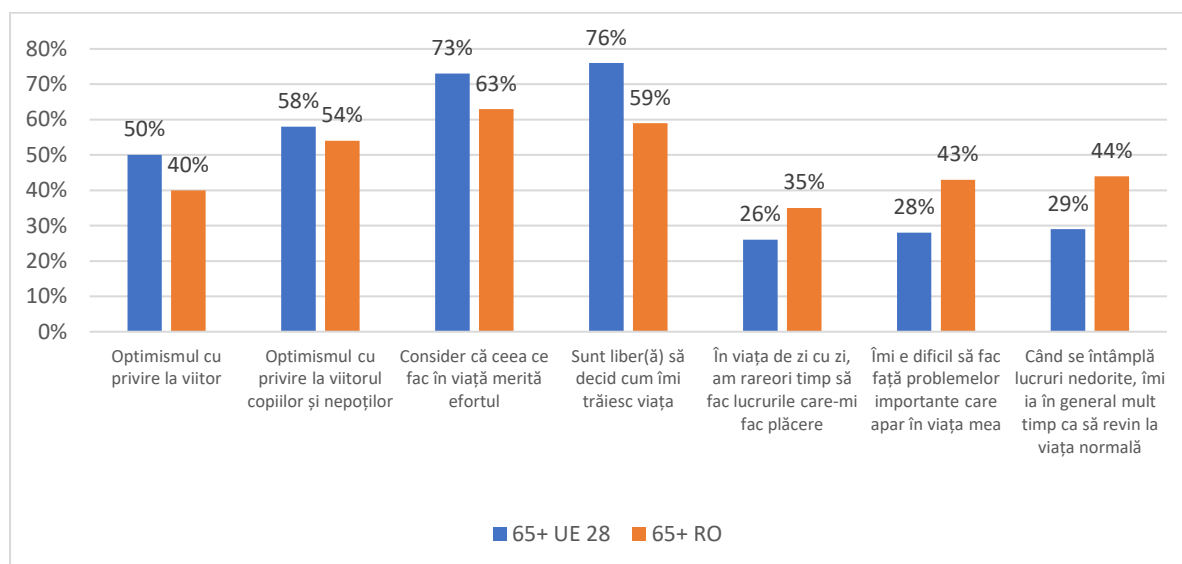
Numai 40% dintre vârstnicii din România se declară optimiști cu privire la viitor, față de 50% dintre europeni (Grafic 5). Asemenea evaluărilor referitoare la satisfacție, ponderea persoanelor de 65 de ani și peste optimiste este mai redusă comparativ cu procentele corespunzătoare pentru celelalte categorii de vârstă (77% dintre tinerii 18-34 de ani și 66% dintre persoanele de 35-49 de ani sunt încrezători în viitor). Așteptările cu privire la viitor sunt circumscrise, de cele mai multe ori, cadrului vieții din prezent. Așadar, scepticismul vârstnicilor cu privire la ceea ce le rezervă ziua de mâine poate fi înțeles și ca un rezultat direct al insatisfacției legate de prezent.

Alte diferențe notabile între evaluările oferite de către vârstnicii din România și mediile la nivel european sunt cele obținute pentru itemii care măsoară percepția cu privire la utilitatea lucrurilor pe care aceștia le fac în viața de zi cu zi și libertatea de a decide cu privire la modul în care viața trebuie trăită. În timp ce aproape trei sferturi dintre europenii de 65 de ani și peste sunt de părere că acțiunile pe care le întreprind în viață merită din perspectiva efortului pe care-l presupun, în România ponderea vârstnicilor care sunt de aceeași părere este sensibil mai redusă: numai 63%. Totodată, chiar dacă la nivelul UE peste trei sferturi dintre vârstnici consideră că sunt liberi să decidă asupra modului în care își trăiesc viața, în România doar 59% dintre aceștia asumă că dețin control asupra vieții. Pe de altă parte, peste o treime dintre vârstnicii români consideră că au rareori timp să facă lucrurile ce le creează

plăcere, iar 43% sunt de părere că le este dificil să facă față problemelor importante care apar în viața de zi cu zi.

Toate aceste elemente converg către descrierea unui portret general marcat de decalaje importante între starea de spirit a vârstnicilor din România și UE28, care constituie fundamentul diferențelor ce apar și în celelalte tipuri de evaluări.

Grafic 5. Procente cumulate pentru acord puternic și acord pentru o serie de afirmații



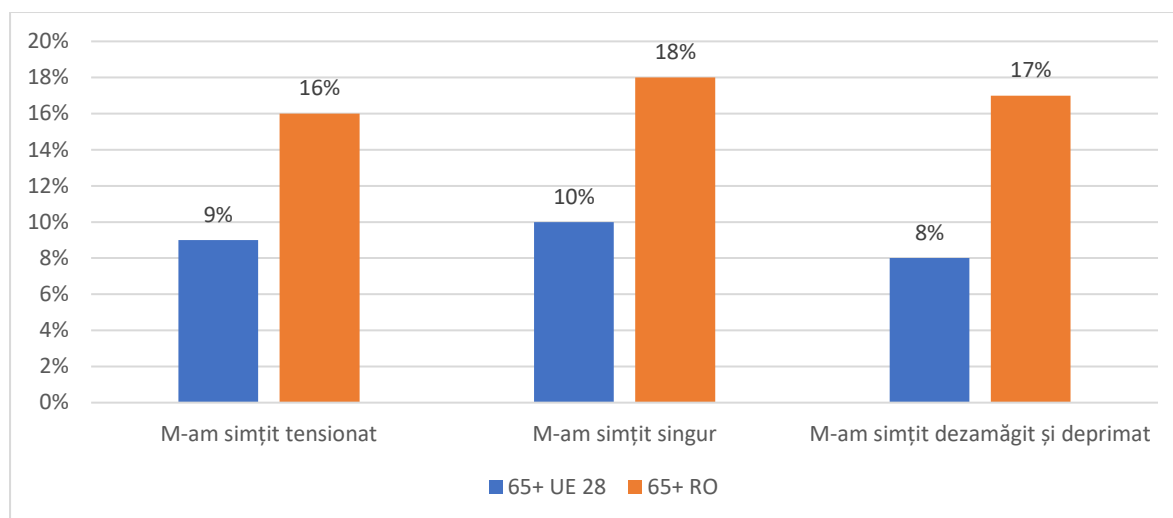
Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q7. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații? 1. Sunt optimist(ă) în ceea ce privește viitorul meu; 2. Sunt optimist(ă) în ceea ce privește viitorul copiilor și nepoților mei; 3. În general, consider că ceea ce fac în viață merită efortul; 4. Simt că sunt liber(ă) să decid cum îmi trăiesc viața; 5. În viața mea de zi cu zi, am rareori timp să fac lucrurile care îmi plac cu adevărat; 6. Mi se pare dificil să fac față problemelor importante care apar în viața mea; 7. Atunci când lucrurile nu merg bine în viața mea, de regulă îmi ia mult timp să revin la normal. a. Acord total; b. Acord; c. Nici acord, nici dezacord; d. Dezacord; e. Dezacord total.

16% dintre vârstnicii din România se simt tensionați tot timpul sau aproape tot timpul, în comparație cu 9% cât reprezintă media la nivelul de UE (Grafic 6). Însă, pe categorii de vârstă, segmentul de populație în rândul căruia se înregistrează cea mai mare pondere a populației care se declară tensionată nu este reprezentată de vârstnici, ci de persoanele de 35-49 de ani, în cazul cărora acest indicator atinge 18%. Acest lucru este interesant pentru că sugerează că pentru înțelegerea stării de spirit trebuie avuți în vedere determinanți diferiți în funcție de diferite grupuri sociale. În același timp, 17% dintre persoanele de 65 de ani și peste din România spun că se simt dezamăgite sau deprimare (tot timpul sau aproape tot timpul), un procent aproape dublu față de valoarea înregistrată în UE. Dacă la nivelul mediei europene, distribuția răspunsurilor pentru acest indicator nu cunoaște diferențieri notabile în funcție de categoria de vârstă a respondenților, în România acesta arată o creștere importantă în cazul vârstnicilor. Prin raportare la celelalte segmente de populație, unde ponderea evaluărilor este cuprinsă între 6% și 8%, situația înregistrată în cazul vârstnicilor este una particulară. Procentul vârstnicilor care se simt singuri întotdeauna sau aproape întotdeauna este de

18%, cu mult peste media UE (10%) sau peste valorile raportate pentru celelalte categorii de populație (7% - 18-34 de ani, 9% - 35-49 de ani, 10% - 50-64 de ani).

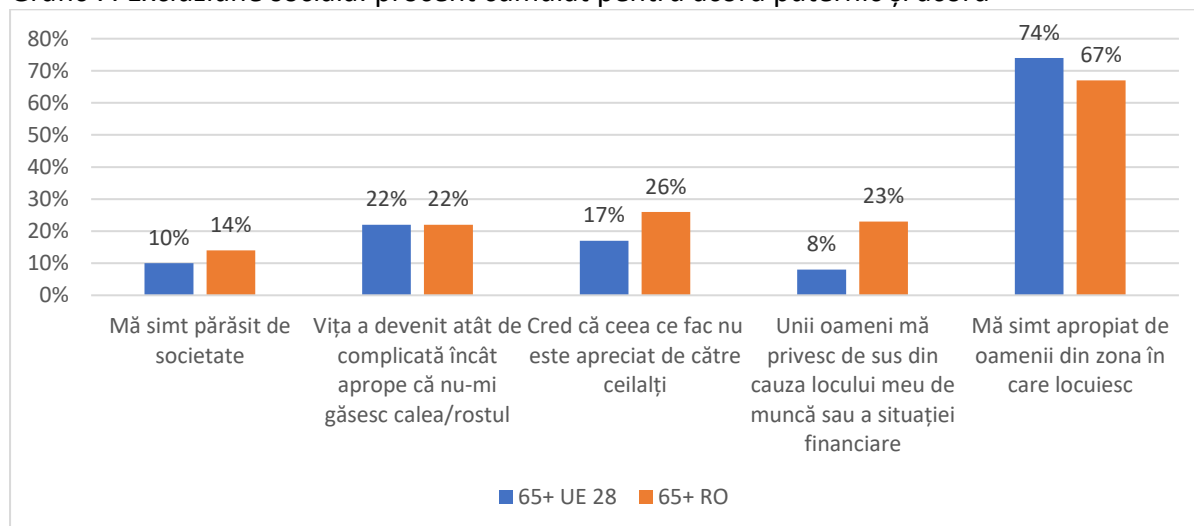
Grafic 6. Emoții negative: procent cumulat pentru tot timpul și aproape tot timpul



Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q52. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. 1. M-am simțit deosebit de tensionat(ă); 2. M-am simțit singur(ă); 3. M-am simțit abătut(ă) și deprimat(ă). a. Tot timpul; b. În cea mai mare parte a timpului; c. Mai mult din jumătate a timpului; d. Mai puțin din jumătate a timpului; e. Uneori; f. Niciodată în acest timp.

Grafic 7. Excluziune socială: procent cumulat pentru acord puternic și acord



Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q36. În ce măsură sunteți sau nu de acord cu următoarele afirmații? 1. Mă simt părăsit(ă) de societate; 2. În ziua de azi, viața a devenit atât de complicată, încât aproape nu-mi pot găsi drumul; 3. Simt că valoarea a ceea ce fac nu este recunoscută de oamenii pe care îi întâlnesc; 4. Unii oameni mă privesc de sus datorită locului de muncă sau a venitului meu; 5. Mă simt aproape de oamenii din zona în care trăiesc. a. Acord total; b. Acord; c. Nici acord, nici dezacord; d. Dezacord; e. Dezacord total.

În timp ce în cazul celorlalte categorii de vârstă ponderea respondenților care afirmă că se simt părăsiți de către societate este de 7%, în rândul vârstnicilor acest procent este dublu (14%) (Grafic 7). Peste un sfert dintre persoanele de 65 de ani și peste consideră că viața a devenit atât de

complicată încât aproape că nu reușesc să-și găsească calea și tot atâția sunt de părere că rezultatele activităților în care sunt implicați nu sunt apreciate la justa valoare de către semenii. Un procent de 23% dintre subiecții din această grupă de vârstă cred că sunt desconsiderați de către unele persoane, pe baza ocupației și a veniturilor, pondere de trei ori mai ridicată comparativ cu media europeană (8%). În termeni de asociere, se observă că majoritatea subiecților care se consideră părăsiți de către societate sau sunt de părere că ceea ce fac nu este apreciat de către ceilalți sunt vârstnici cu nivel redus al satisfacției față de viață, care fie trăiesc singuri sau sunt parte a unei gospodării formate din maxim două persoane.

4. Resurse pentru bunăstarea subiectivă

În această secțiune a lucrării discutăm despre relația dintre diferite caracteristici care se pot transforma în factori de risc și bunăstarea subiectivă⁹. Printre acestea enumerăm genul, prezența partenerului în gospodărie, educația sau situația materială.

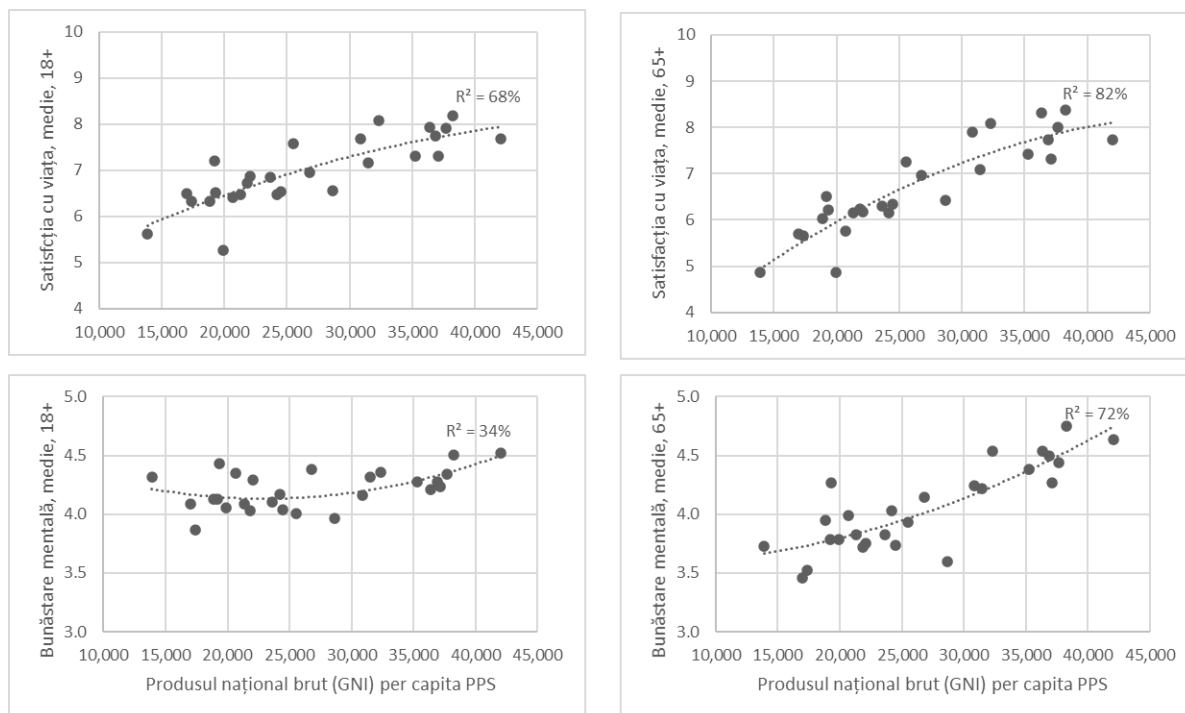
Punctul din care ne continuăm analiza este că, în România, pe măsură ce oamenii înaintază în vârstă starea lor de spirit se înrăutățește, cel mai scăzut nivel al satisfacției cu viața fiind înregistrat începând de la 50 de ani iar cel mai scăzut nivel al bunăstării mentale fiind înregistrat începând de la 65 de ani.

4.1. Prosperitatea economică a țării

Relația dintre satisfacția cu viața și bunăstarea mentală cu prosperitatea economică a țării nu este simplă de evaluat. Luxemburg este, de exemplu, un caz deosebit, având o prosperitate conform căreia poate fi considerată *caz atipic*. Excluzând această țară, observăm că mediile satisfacțiilor cu viața și bunăstării mentale pentru persoanele de 65 ani sau peste cresc pe măsură ce țările devin mai prospere (Grafic 8). Chiar dacă observăm și situații care se abat de la regularitățile statistice, cum ar fi Ungaria care are vârstnici cu o bunăstare mai mare decât era de așteptat dat fiind nivelul său de prosperitate sau Italia care se află în situația inversă, în general, dacă persoanele vârstnice au o stare de spirit mai bună într-o țară mai prosperă economic.

⁹ Analiza este realizată pentru un număr de 208 cazuri, acest lucru impunând recodificarea variabilelor analizate, de aceea este necesar să tratăm rezultatele cu precauție.

Grafic 8. Relația la nivel de țară dintre satisfacția cu viața respectiv bunăstarea mentală cu prosperitatea economică



Sursa datelor: EQLS 2016 și Eurostat, calcule proprii. Linia punctată este dreapta de predicție polinomială de gradul doi reflectând o relație non-liniară care are un punct de inflexiune. Diferențele R^2 față de predicțiile liniare sunt mici, de 1-2%, cu excepția relației dintre bunăstarea mentală pentru 18 ani sau peste, unde R^2 liniar este 24%. Calculele sunt realizate automat de Microsoft Excel 2019 pentru Windows.

4.2. Gen

Eșantionul românesc al persoanelor de 65 ani sau peste include 40% bărbați. Pentru persoanele de 65 ani sau peste nu apar diferențe statistice¹⁰ între bărbați și femei în ceea ce privește satisfacția cu viața sau bunăstarea mentală.

4.3. Educație

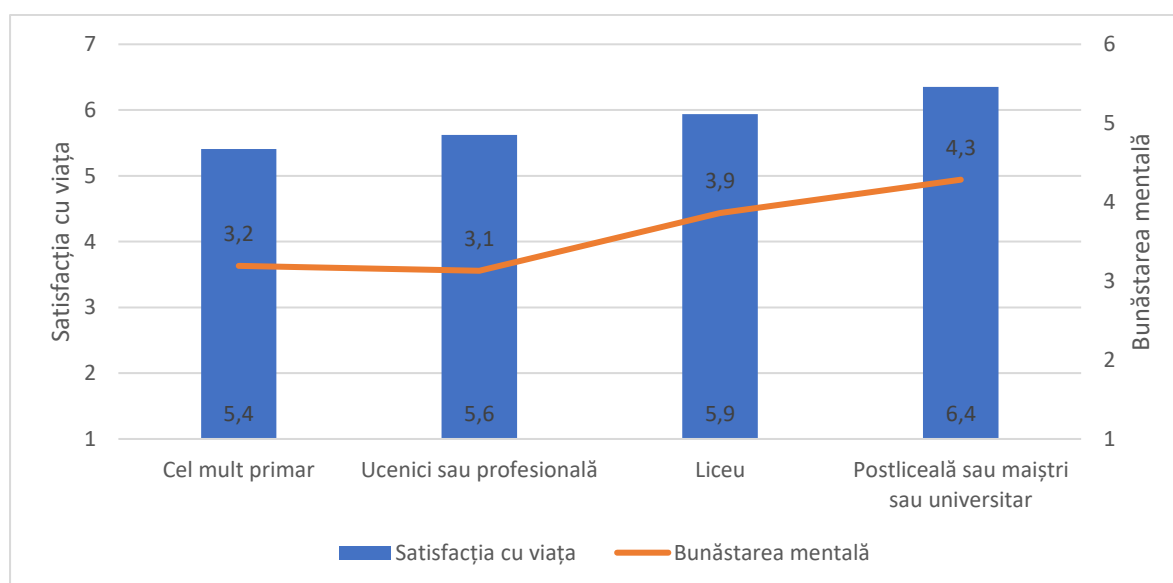
57% dintre persoanele cu 65+ ani au absolvit cel mult învățământ primar și 12% au absolvit școală postliceală sau de maiștri. Așadar, multe persoane sunt într-o situație de vulnerabilitate într-o societate a cunoașterii. Pe de o parte, este posibil să nu dețină suficiente informații pentru a gestiona cerințele acestora dar nici flexibilitatea și adaptabilitatea cerută de transformările permanente specifice ei, sau abilitățile pe care le dețin nu mai sunt relevante.

Dacă folosim criteriul semnificației statistice, satisfacția cu viața este similară între nivelurile educaționale. Analiza indică însă un dezavantaj pentru absolvenții de studii primare, care să nu uităm că sunt și cei mai mulți, față de ceilalți dar cu precădere față de absolvenții de postliceală/maiștri sau

¹⁰ Pentru compararea a două grupuri este folosit testul t pentru eșantioane independente. Considerăm că există diferență statistică dacă valoarea p calculată este mai mică sau egală cu valoarea teoretică 0.05.

universitar/postuniversitar, de cel puțin un punct pe scala de 10, o medie de 5,4 față de 6,4. Absolvenții de liceu sau cu nivel postliceal au o bunăstare mentală mai favorabilă (Grafic 9) confirmată inclusiv de criteriul semnificației statistice.

Grafic 9. Satisfacția cu viața și bunăstarea mentală pe niveluri educaționale absolvite, 65+, România 2016



Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă "foarte nemulțumit" și 10 "foarte mulțumit".

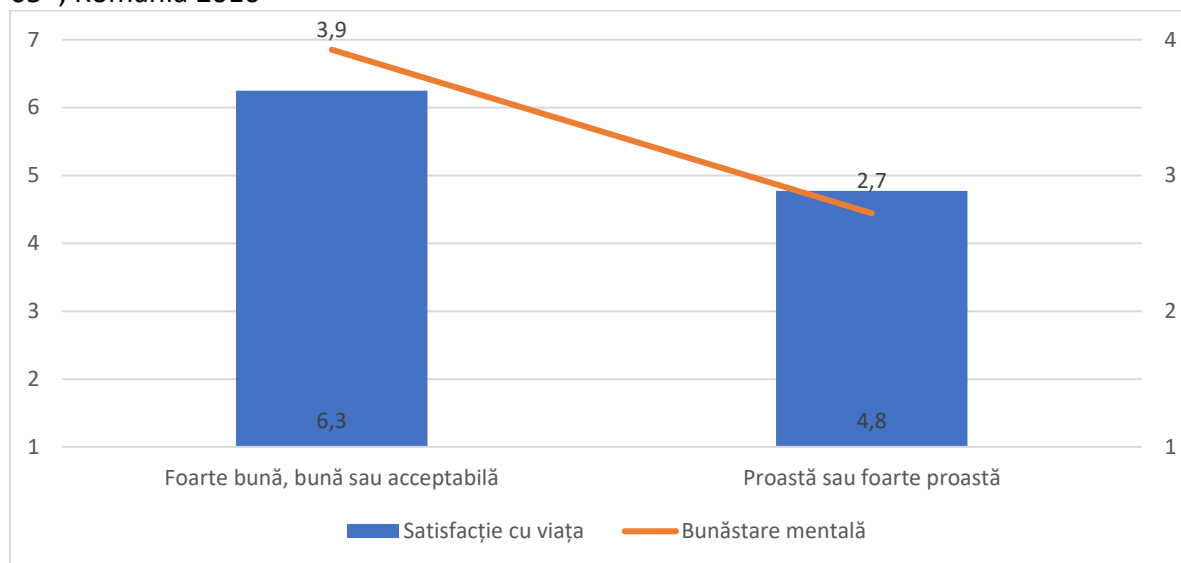
Q51. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. 1. M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); 2. M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); 3. M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; 4. M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); 5. Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează. a. Tot timpul; În cea mai mare parte a timpului; b. Mai mult din jumătatea timpului; c. Mai puțin din jumătatea timpului; d. Uneori; e. Niciodată în acest timp.

4.4. Sănătate

Modul în care își apreciază persoanele de 65+ ani sau peste sănătatea are un impact semnificativ asupra stării lor de spirit (Grafic 10). De asemenea, prezența unei boli cronice reduce nivelul ambilor indicatori. Starea de sănătate, atât apreciată subiectiv, cât și măsurată obiectiv prin prezența unei boli cronice, influențează semnificativ bunăstarea subiectivă. Astăzi, dat fiind contextul deosebit impus de pandemia Covid-19, această informație este cu atât mai relevantă cu cât accesul la medic și tratament este restrâns prin măsurile și recomandările de distanțare fizică și reducere a contactului cu alte persoane. În această perioadă sistemul public de sănătate a recomandat comunicarea virtuală cu medicii, iar clinicile private au inițiat chiar programe de telemedicină. În România, în anul 2016, doar 1-2% dintre cei cu vârsta de 65 ani și peste au apelat la consultații medicale online sau telefonic. Cel mai probabil, acest mod de interacțiune nu era cunoscut pentru mulți înainte de pandemie. Dar, acum, crescându-i popularitatea, este puțin probabil că va crește și

accesul în condițiile în care 98% dintre vârstnici nu au folosit internetul în anul dinaintea anchetei, 2015.

Grafic 10. Satisfacția cu viața și bunăstarea mentală în funcție de evaluarea stării de sănătate, 65+, România 2016



Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă "foarte nemulțumit" și 10 "foarte mulțumit".

Q51. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. 1. M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); 2. M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); 3. M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; 4. M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); 5. Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează. a. Tot timpul; În cea mai mare parte a timpului; b. Mai mult din jumătatea timpului; c. Mai puțin din jumătatea timpului; d. Uneori; e. Niciodată în acest timp.

Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă.

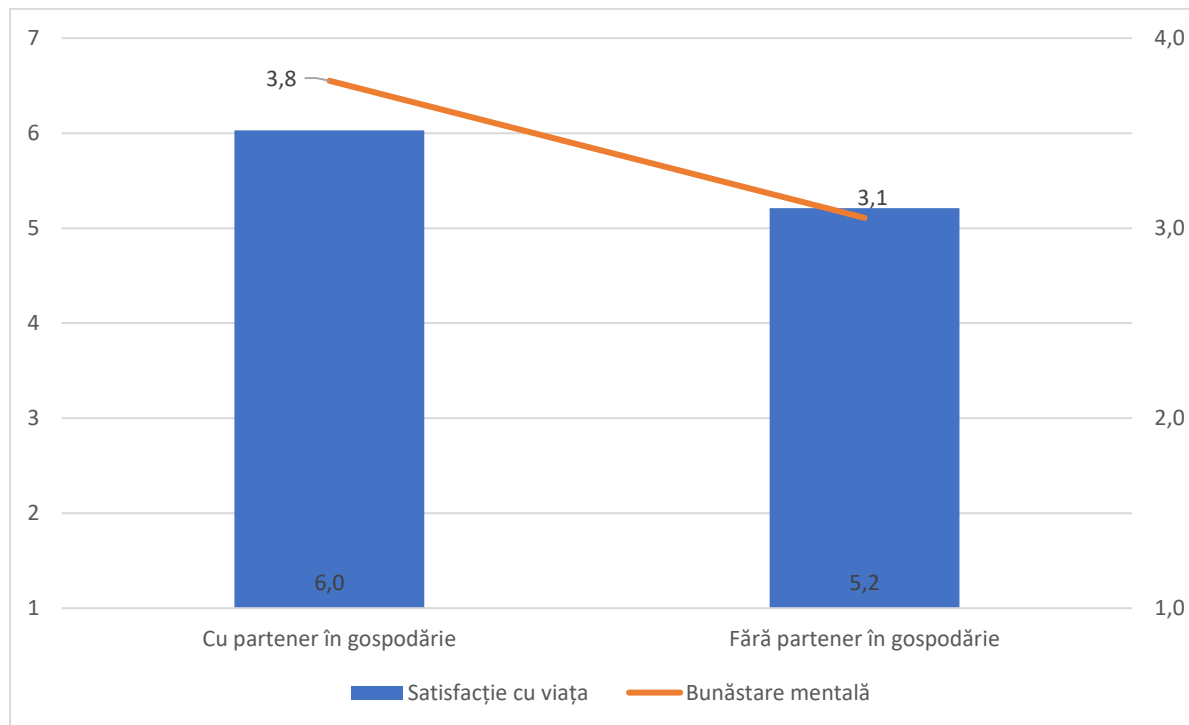
4.5. Partener în gospodărie și alte contacte sociale

Prezența partenerului în gospodărie îmbunătățește atât satisfacția cu viața cât și bunăstarea mentală (Grafic 11). Parteneriatul poate avea efecte pozitive atât în plan material cât și în plan social. Printre cei care se descurcă ușor cu veniturile pe care le are gospodăria, prezența partenerului nu mai face diferența după satisfacția cu viața sau bunăstarea mentală. În schimb, printre cei care se descurcă greu cu veniturile pe care le are gospodăria, prezența partenerului îmbunătățește satisfacția cu viața cu până la 1,4 puncte pe scala de 10, iar bunăstarea mentală cu 1,1 puncte pe scala de 6.

Majoritatea persoanelor de 65 ani sau peste au contacte sociale față-în-față cu membrii familiei sau rudele din afara gospodăriei (56%) ori cu prieteni sau vecini (73%), ori prin telefon sau internet cu membrii familiei sau rudele din afara gospodăriei (69%). Excepție face contactul prin telefon sau internet cu prieteni sau vecini, 43% comunicând în acest mod cel puțin săptămânal. Nu observăm diferențe în satisfacția cu viața și bunăstarea mentală între cei care interacționează cel puțin săptămânal cu membrii familiei, rude sau prieteni ori vecini, și cei care interacționează mai rar. În schimb, atunci când contactul prin telefon sau internet este mai redus, bunăstarea mentală se

deteriorează. Acest lucru nu indică lipsa de importanță a contactului față-în-față, ci este posibil ca diferitele tipuri de contact să satisfacă nevoi diferite de socializare.

Grafic 11. Satisfacția cu viața și bunăstarea mentală în funcție de prezența partenerului în gospodărie, 65+ ani, România 2016



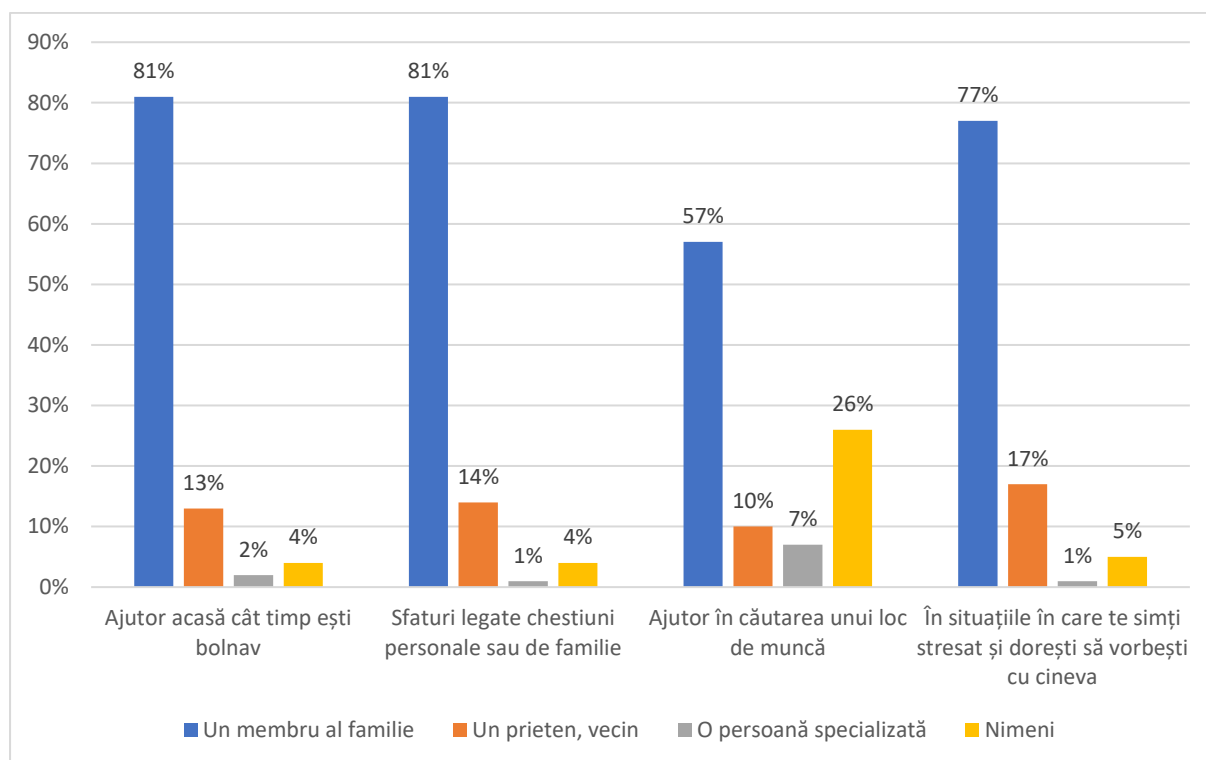
Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă "foarte nemulțumit" și 10 "foarte mulțumit".

Q51. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. 1. M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); 2. M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); 3. M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; 4. M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); 5. Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează. a. Tot timpul; În cea mai mare parte a timpului; b. Mai mult din jumătatea timpului; c. Mai puțin din jumătatea timpului; d. Uneori; e. Niciodată în acest timp.

În caz de nevoie pentru ajutor în situații de îmbolnăvire, sfaturi legate de chestiuni personale sau suport în perioadele stresante (Grafic 12), membrii familiei reprezintă suportul principal al vârstnicilor, fiind urmași la mare distanță de prieteni și vecini. O mică parte (4-5%) a persoanelor de 65 de ani și peste declară că nu apelează la nimeni.

Grafic 12. Suport în caz de nevoie (România)



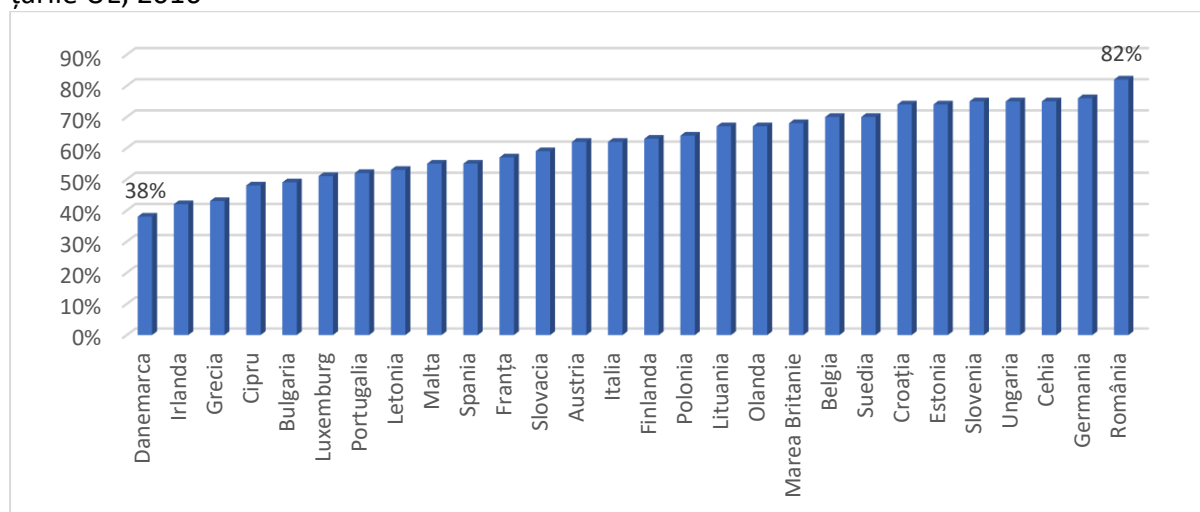
Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q40. De la cine credeți că ați primi ajutor pentru fiecare dintre următoarele situații? Pentru fiecare situație, alegeți cea mai importantă sursă a sprijinului. 1. Dacă ați avea nevoie de ajutor în casă când sunteți bolnav(ă); 2. Dacă ați avea nevoie de un sfat într-o problemă serioasă personală sau de familie; 3. Dacă ați avea nevoie de ajutor pentru găsirea unui loc de muncă; 4. Dacă v-ați simți puțin stresat (ă) și ați dori să stați de vorbă cu cineva. a. Un membru al familiei/rudă; b. Un prieten, vecin sau altcineva care nu aparține familiei sau rudelor; c. Un furnizor de servicii, instituție sau organizație; d. Nimeni.

Nici mersul la biserică nu diferențiază în ceea ce privește satisfacția cu viața sau bunăstarea mentală, atât cei care merg cel puțin de trei ori pe lună cât și cei care merg mai rar sau niciodată având medii similare pentru acești indicatori ai bunăstării subiective.

82% dintre persoanele de 65 ani sau peste apreciază că există tensiuni între bătrâni și tineri. Dintre toate țările care au participat la valul patru EQLS din anul 2016, România este țara cu cea mai negativă evaluare pentru acest grup de vârstă fie că ne uităm la UE sau non-UE. La polul opus se află Danemarca cu doar 38% dintre cei de 65 ani sau peste care consideră că există tensiuni între bătrâni și tineri (Grafic 13).

Grafic 13. Procentul persoanelor care consideră că există tensiuni între bătrâni și tineri, 65+, țările UE, 2016

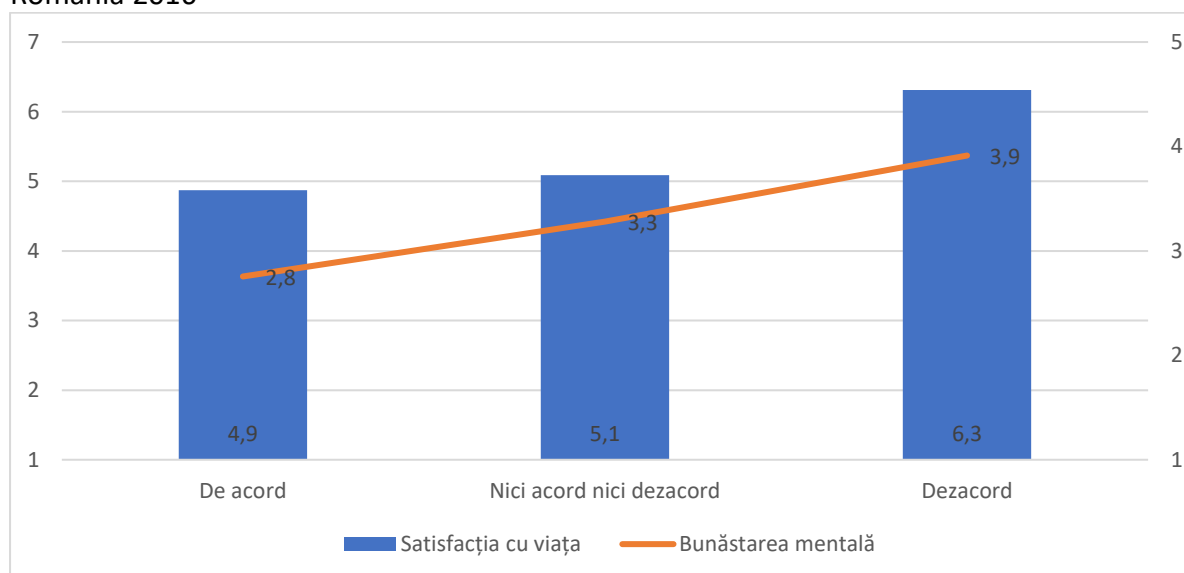


Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q34. În toate țările există tensiuni între grupurile sociale. În opinia dvs., câtă tensiune credeți că există între următoarele grupuri din țara noastră? 4. Între bătrâni și tineri. a. Multă tensiune; b. Oarecare tensiune; c. Nu există tensiune.

26% dintre persoanele de 65 ani sau peste sunt de acord cu afirmația „Simt că valoarea a ceea ce fac nu este recunoscută de oamenii pe care îi întâlnesc” iar 20% se poziționează pe o poziție neutră vizavi de aceasta. Cei care sunt de acord cu afirmația sunt mai nesatisfăcuți cu viața lor și au și o bunăstare mentală mai redusă față de cei care nu sunt de acord cu ea (Grafic 14).

Grafic 14. Satisfacția cu viața și bunăstarea mentală în funcție de respectul perceput, 65+, România 2016



Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

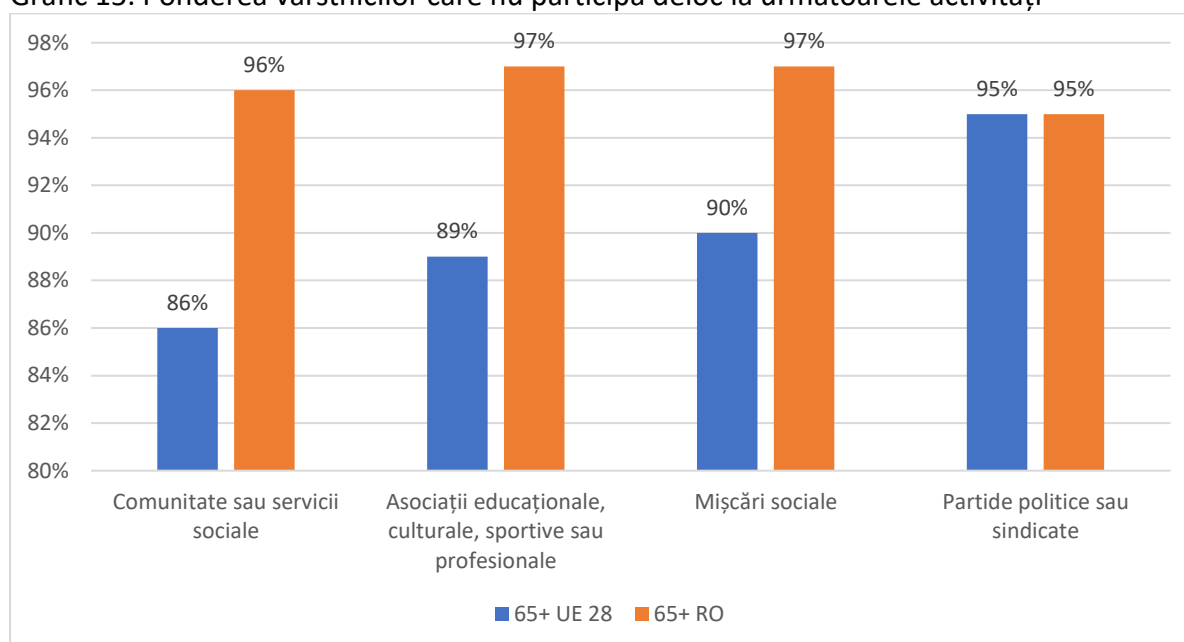
Q4. Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „foarte nemulțumit” și 10 „foarte mulțumit”.

Q51. Vă rog indicați pentru fiecare din următoarele 5 afirmații, care se apropie cel mai mult de ceea ce ați simțit în ultimele 2 săptămâni. 1. M-am simțit vesel(ă) și optimist(ă); 2. M-am simțit calm(ă) și relaxat(ă); 3. M-am simțit activ(ă) și plin(ă) de energie; 4. M-am trezit simțindu-mă înviorat(ă) și odihnit(ă); 5. Ziua a fost plină de lucrurile care mă interesează. a. Tot timpul; În cea mai mare parte a timpului; b. Mai mult din jumătatea timpului; c. Mai puțin din jumătatea timpului; d. Uneori; e. Niciodată în acest timp.

Q36. 3. Simt că valoarea a ceea ce fac nu este recunoscută de oamenii pe care îi întâlnesc. a. Acord total; b. Acord; c. Nici acord, nici dezacord; d. Dezacord; e. Dezacord total.

Participarea socială și civică în România sunt reduse indiferent de categoria de vârstă dar cu atât mai mult la persoanele de 65 ani sau peste (Grafic 15): 96% dintre vârstnici afirmă că nu participă la activitățile din cadrul comunităților și nu sunt voluntari în servicii furnizate la nivelul acestora, 97% nu sunt implicați în activitatea asociațiilor educaționale, culturale, sportive sau profesionale sau nu sunt parte a unor mișcări sociale, iar 95% nu sunt membri ai unor partide politice sau sindicate. Unul dintre puținele domenii în care datele arată o pondere mai ridicată a participării vârstnicilor din România, comparativ cu media UE, este cel al serviciilor religioase (exceptând nunți, botezuri și înmormântări), unde 35% dintre respondenți declară că iau parte cel puțin o dată pe săptămână (26% UE). Numai 2% dintre vârstnici fac sport cel puțin o dată pe săptămână, față de 30% în UE și numai 9% folosesc internetul și în alte scopuri decât cele corelate muncii, în raport cu 33%, cât este media europeană.

Grafic 15. Ponderea vârstnicilor care nu participă deloc la următoarele activități



Sursa datelor: EQLS 2016, calcule proprii.

Q29. Vă rugăm să priviți cu atenție următoarea listă de organizații și să ne spuneți cât de des ați efectuat activități de voluntariat neplătite, în următoarele organizații, în ultimele 12 luni? 1. Servicii sociale și comunitare (de exemplu: organizații de ajutorare a persoanelor vârstnice, a persoanelor tinere, a celor cu dizabilități sau a altor persoane cu nevoi speciale); 2. Asociații educaționale, culturale, sportive sau profesionale; 3. Mișcări sociale (de exemplu: ecologice, pentru drepturile omului) sau de caritate (de exemplu: pentru strângerea de fonduri, pentru campanii); 4. Partide politice, uniuni sindicale; 5. Alte organizații de voluntariat. a. Săptămânal; b. Lunar; c. Mai rar/ ocazional; d. Deloc.

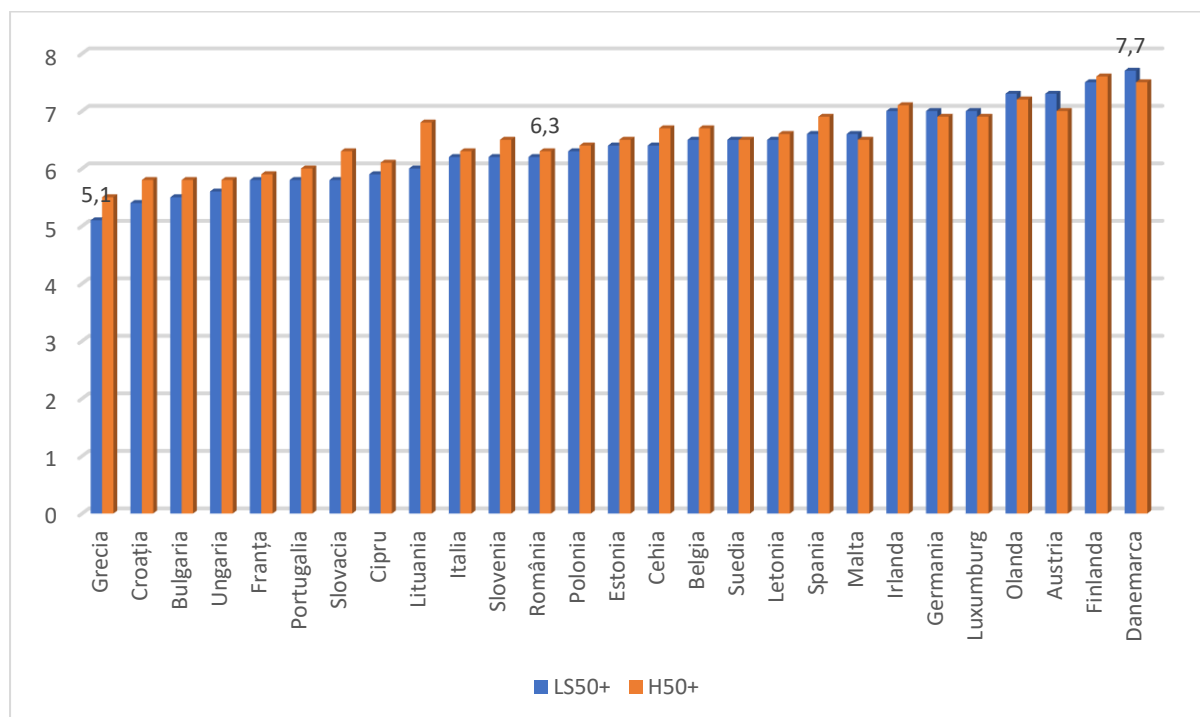
4.6. Tendințe în contextul pandemiei Covid-19

Criza actuală este una fără precedent în evoluția societăților moderne. În contextul actual, vorbim despre o sumă de incertitudini și doar despre câteva elemente cunoscute. Unul dintre acestea se referă la contracția economică determinată de criză, ce poate fi considerată a fi generală și care determină, la rândul său, reacții în lanț la nivelul vieții sociale. Din multe puncte de vedere, este de așteptat ca implicațiile economice ale actualei crize Covid-19 să fie chiar mai acute decât cele ce au

fost înregistrate în perioade 2008-2009 (Eurofound 2020a). O altă dimensiune, tot atât de relevantă, ține de consecințele de ordin social ale crizei. Pandemia Covid-19 prezintă premisele unor efecte majore la nivelul vieții sociale, determinate de ajustarea specificului relațiilor interpersonale, care se pot dovedi mai dificil de recuperat chiar și decât cele de ordin economic.

Pe 9 aprilie 2020, Eurofound a lansat ancheta on-line „Living, working, and COVID-19” (Eurofound 2020b) cu intenția de a surprinde schimbările imediate provocate de pandemie în mai multe domenii, unul dintre acestea fiind cel al calității vieții în general și bunăstării subiective în particular. Comparând persoanele cu vârsta de 50 de ani sau peste din România cu cele din EU27 folosind indicatorii clasici ai bunăstării subiective – satisfacția cu viața și fericirea, observăm valori mai degrabă mici (Grafic). Având în vedere că răspunsurile la acest gen de măsurători sunt mai degrabă în partea pozitivă a scalei (Cummins 2003) atunci putem concluziona că această categorie de vârstă își evaluează mai degrabă negativ viața, iar starea sa de spirit este mai degrabă proastă.

Grafic 16. Satisfacția cu viața (LS) și fericirea (H) persoanelor cu vârsta 50+ ani, medii, aprilie/mai 2020



Sursa datelor: Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>

Luând totul în considerație, cât de mulțumit sunteți cu viața dvs. în prezent? Vă rog utilizați o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă “foarte nemulțumit” și 10 “foarte mulțumit”. Luând în considerare toate aceste lucruri, cât de fericit(ă) ați spune că sunteți pe o scală de la 1 la 10 unde 1 înseamnă “foarte nefericit(ă)” și 10 înseamnă “foarte fericit(ă)”.

Patru din zece români cu vârsta 50+ ani (43%) s-au simțit veseli și optimiști (datele sunt culese până la 30 aprilie 2020), situație similară cu Polonia (38%), Grecia (44%), Italia (44%) sau Bulgaria (46%). La popul opus sunt Danemarca (74%) și Finlanda (79%), iar în majoritatea țărilor peste jumătate din cei cu vârsta 50+ ani s-au simțit astfel. Situația este similară și pentru celelalte patru aspecte care

constituie WHO-5: 49% s-au simțit calme și relaxate, 46% s-au simțit active și pline de energie, 43% s-au trezit simțindu-se înviorate și odihnite, și 46% au avut ziua plină de lucrurile care le interesează. În România stării de urgență, 20% s-au simțit abătuți și deprimați iar 23% s-au simțit singuri, în timp ce 31% s-au simțit deosebit de tensionați.

Mai multe persoane din categoria 50+ ani arată mai frecvent o stare de spirit pozitivă față de categoria 18-34 ani: 46% s-au simțit active și pline de energie față de 35%, 43% s-au trezit înviorate și odihnite față de 37%, 46% au avut zile pline de lucrurile care îi interesează față de 38%. De asemenea, mai puține persoane din 50+ au trăit emoții negative frecvent prin comparație cu 18-34. Tinerii, elevi/studenti sau proaspăt angajați, se trezesc în fața unei situații nemaîntâlnite și, pentru unii, probabil nici măcar imaginate, și nu știu cum să reacționeze. Sunt izolați în casă, nu se pot întâlni cu prietenii, nu își pot desfășura rutina în afara casei. Absența mobilității pare să îi afecteze mai mult pe cei mai tineri.

Concluzii

Pe măsură ce europenii înaintează în vârstă, atât satisfacția cu viața cât și bunăstarea mentală se reduc.

Persoanele de 65+ ani din România au cele mai scăzute niveluri de bunăstare subiectivă, atât raportat la categoriile de vârstă mai tinere cât și la aceeași categorie de vârstă din UE. Totuși, România nu este unică cu privire la această situație, țările din Estul și Centrul Europei sau țările Baltice având valori destul de apropiate.

Satisfacția cu viața și bunăstarea mentală ca dimensiuni ale bunăstării subiective, cognitivă respectiv emoțională, nu se compensează una cu cealaltă. Corelația dintre ele este ridicată, deci nu putem spune că vârstnicii europeni, inclusiv români, pot avea o stare emoțională pozitivă atunci când satisfacția cu viața este redusă deci, în general, lucrurile nu sunt la standardele dorite.

În România, optimismul cu privire la viitorul propriu al persoanelor de 65 ani și peste este mai scăzut comparativ cu UE (40 versus 50%). De asemenea, percepția dificultății gestionării problemelor importante care apar în viață este mai ridicată (44 versus 29%). În mod asemănător este percepută perioada necesară pentru revenirea la viața normală când se întâmplă lucruri nedorite (44 versus 29%)

Românii de 65+ ani au o stare de spirit mai nefavorabilă comparativ cu cetățenii din UE28 probabil pentru că nu se simt apreciați, nu simt că au libertate suficientă, nu fac lucruri care le produc plăcere:

- Percepția cu privire la utilitatea lucrurilor pe care le fac în viața de zi cu zi (63 versus 73%);
- Libertatea de a decide cu privire la modul în care viața trebuie trăită (59 versus 76%);
- Timpul disponibil pentru lucrurile care fac plăcere (26 versus 35%).

Factorii de risc ai bunăstării subiective se supun următoarelor regularități:

- Nu par să existe diferențe între bărbați și femei în ceea ce privește bunăstarea subiectivă.

- Diferențele între nivelurile educaționale sunt mici atât în ceea ce privește satisfacția cu viața (5,4 nivel primar versus 6,4 postliceală sau mai sus) cât și bunăstarea mentală (3,2 versus 4,3).
- Starea de sănătate subiectivă și prezența bolilor cronice.
- Absența partenerului din gospodărie atunci când nu se descurcă ușor cu veniturile disponibile.
- Percepția că există tensiuni între bătrâni și tineri. România este țara cu cea mai nefavorabilă evaluare pentru grupa 65+ din UE sau nonUE (82%). La polul opus este Danemarca cu 38%.
- Lipsa participării sociale și civice. Peste 95% nu participă la activități în cadrul comunității, nu fac voluntariat, nu fac parte din asociații etc. În UE28 valorile se situează în jurul valorilor 85-90%.

Criza COVID a afectat în mai mare măsură categoriile tinere de vârstă.

Referințe

- Baird, Brendan M., Richard E. Lucas, and M. Brent Donnellan. 2010. "Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies." *Social Indicators Research* 99 (2): 183–203. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9584-9>.
- Berg, A. I., L. B. Hassing, G. E. McClearn, and B. Johansson. 2006. "What Matters for Life Satisfaction in the Oldest-Old?" *Aging & Mental Health* 10 (3): 257–64. <https://doi.org/10.1080/13607860500409435>.
- Brannan, Debi, Robert Biswas-Diener, Cynthia D. Mohr, Shahnaz Mortazavi, and Noah Stein. 2013. "Friends and Family: A Cross-Cultural Investigation of Social Support and Subjective Well-Being among College Students." *The Journal of Positive Psychology* 8 (1): 65–75. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.743573>.
- Brooke, Joanne, and Debra Jackson. 2020. "Older People and COVID-19: Isolation, Risk and Ageism." *Journal of Clinical Nursing* 29 (13–14): 2044–46. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>.
- Burholt, Vanessa, Bethan Winter, Marja Aartsen, Costas Constantinou, Lena Dahlberg, Villar Feliciano, Jenny De Jong Gierveld, Sofie Van Regenmortel, Charles Waldegrave, and part of the COST-financed Research Network 'Reducing Old-Age Exclusion: Collaborations in Research and Policy' (ROSENet) The Working Group on Exclusion from Social Relations. 2020. "A Critical Review and Development of a Conceptual Model of Exclusion from Social Relations for Older People." *European Journal of Ageing* 17 (1): 3–19. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00506-0>.
- Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice. 2015. "Singurătatea Și Depresia Vârstnicilor: Implicații Psihologice." București: Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice. http://cnpv.ro/wp-content/uploads/2020/03/singuratatea_si_depresia_varstnicilor_MP.pdf.
- Cummins, Robert A. 2003. "Normative Life Satisfaction: Measurement Issues and a Homeostatic Model." *Social Indicators Research* 64 (2): 225–56. <https://doi.org/10.1023/A:1024712527648>.

- Eurofound. 2019. "Age and Quality of Life: Who Are the Winners and Losers?" Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/policy-brief/2019/age-and-quality-of-life-who-are-the-winners-and-losers>.
- . 2020a. "COVID-19: Policy Responses across Europe." Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef20064en.pdf.
- . 2020b. "Living, Working and COVID-19 Dataset, Dublin." <http://eurofound.link/covid19data>.
- Fuller-Iglesias, Heather, Besangie Sellars, and Toni C. Antonucci. 2008. "Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor." *Research in Human Development* 5 (3): 181–93. <https://doi.org/10.1080/15427600802274043>.
- Fundația Principesa Margareta a României. 2018. "Telefonul Vârstnicului. Topul Nevoilor Vârstnicilor Din România 2018." București: Fundația Principesa Margareta a României. <https://www.frmr.ro/wp-content/uploads/2016/08/Topul-nevoilor-varstnicilor-2018.pdf>.
- Gwozdz, Wencke, and Alfonso Sousa-Poza. 2010. "Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany." *Social Indicators Research* 97 (3): 397–417. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9508-8>.
- Hawton, Annie, Colin Green, Andy P. Dickens, Suzanne H. Richards, Rod S. Taylor, Rachel Edwards, Colin J. Greaves, and John L. Campbell. 2011. "The Impact of Social Isolation on the Health Status and Health-Related Quality of Life of Older People." *Quality of Life Research* 20 (1): 57–67. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9717-2>.
- Heo, Jinmoo, Robert A. Stebbins, Junhyoung Kim, and Inheok Lee. 2013. "Serious Leisure, Life Satisfaction, and Health of Older Adults." *Leisure Sciences* 35 (1): 16–32. <https://doi.org/10.1080/01490400.2013.739871>.
- Huxhold, Oliver, Martina Miche, and Benjamin Schüz. 2014. "Benefits of Having Friends in Older Ages: Differential Effects of Informal Social Activities on Well-Being in Middle-Aged and Older Adults." *The Journals of Gerontology: Series B* 69 (3): 366–75. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt029>.
- Inglehart, Ronald. 2019. *Evoluția culturală. Schimbarea motivației umane și a modului în care aceasta transformă lumea*. Cluj-Napoca: Editura Școala Ardeleană.
- Inglehart, Ronald, and Christian Welzel. 2005. *Modernization, Cultural Change, and Democracy: The Human Development Sequence*. Leiden: Cambridge University Press.
- Krause, Neal. 2004. "Lifetime Trauma, Emotional Support, and Life Satisfaction Among Older Adults." *The Gerontologist* 44 (5): 615–23. <https://doi.org/10.1093/geront/44.5.615>.
- Mihalache, Florentin Flavius. 2008. "Două perspective în explicarea satisfacției față de viață: top-down vs. bottom-up." *Calitatea Vieții XIX* (1–2): 71–83.
- Netuveli, Gopalakrishnan, and David Blane. 2008. "Quality of Life in Older Ages." *British Medical Bulletin* 85 (1): 113–26. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>.

- Nguyen, Ann W., Linda M. Chatters, Robert Joseph Taylor, and Dawne M. Mouzon. 2016. "Social Support from Family and Friends and Subjective Well-Being of Older African Americans." *Journal of Happiness Studies* 17 (3): 959–79. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9626-8>.
- Petrescu, Claudia. 2019. "Peer Review on 'Strategies for Supporting Social Inclusion at Older Age' Peer Country Comments Paper - Romania. Measures for Preventing and Tackling Social Isolation, Loneliness and Social Exclusion." Brussels: DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Rowe, J. W., and R. L. Kahn. 1997. "Successful Aging." *The Gerontologist* 37 (4): 433–40. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>.
- Sepúlveda-Loyola, W., I. Rodríguez-Sánchez, P. Pérez-Rodríguez, F. Ganz, R. Torralba, D. V. Oliveira, and Leocadio Rodríguez-Mañas. 2020. "Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations." *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, September. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>.
- Simon, Melissa A., E-Shien Chang, Manrui Zhang, Jenny Ruan, and Xinqi Dong. 2014. "The Prevalence of Loneliness Among U.S. Chinese Older Adults." *Journal of Aging and Health* 26 (7): 1172–88. <https://doi.org/10.1177/0898264314533722>.
- Tyrrell, Caitlin J., and Kadija N. Williams. 2020. "The Paradox of Social Distancing: Implications for Older Adults in the Context of COVID-19." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* 12 (S1): S214–16. <https://doi.org/10.1037/tra0000845>.
- Victor, Christina, Sasha Scambler, John Bond, and Ann Bowling. 2000. "Being Alone in Later Life: Loneliness, Social Isolation and Living Alone." *Reviews in Clinical Gerontology* 10 (4): 407–17. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>.
- Vitman Schorr, Adi, and Rabia Khalaila. 2018. "Aging in Place and Quality of Life among the Elderly in Europe: A Moderated Mediation Model." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 77 (July): 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.009>.
- Waite, Linda, and Aniruddha Das. 2010. "Families, Social Life, and Well-Being at Older Ages." *Demography* 47 (1): S87–109. <https://doi.org/10.1353/dem.2010.0009>.
- Warde, Alan. 2005. "Consumption and Theories of Practice." *Journal of Consumer Culture* 5 (2): 131–53. <https://doi.org/10.1177/1469540505053090>.

Starea de sănătate a persoanelor vârstnice și riscurile asociate pandemiei de Covid-19

Cosmina-Elena Pop

Acest capitol este dedicat stării de sănătate a persoanelor vârstnice din România din perspectiva calității vieții. Prima parte a capitolului încearcă să creeze o imagine de ansamblu asupra stării de sănătate a populației vârstnice prin intermediul indicatorilor obiectivi la nivel național și în contextul țărilor din Uniunea Europeană. Datele statistice prezintă situația dinaintea începerii pandemiei de Covid-19, conturând o stare de sănătate precară la nivelul întregii populații, dar mai ales a persoanelor de peste 65 de ani. Persoanele vârstnice reprezintă cel mai vulnerabil grup în contextul pandemiei de Covid-19, deoarece infecția afectează cel mai puternic persoanele probleme de sănătate preexistente (comorbidități). Efectele pandemiei de Covid-19 asupra stării de sănătate a populației și a populației vârstnice sunt prezentate prin intermediul datelor provenind de la INSP, INS, Eurostat, Johns Hopkins University etc.

A doua parte a capitolului tratează starea de sănătate și serviciile de sănătate prin intermediul evaluărilor subiective ale persoanelor de peste 65 de ani. Indicatorii subiectivi privind starea de sănătate, accesul la servicii de sănătate și calitatea acestor servicii provin din cercetarea European Quality of Life Survey¹¹(2016) și oferă informații cu privire la situația persoanelor vârstnice din România într-un moment anterior începerii pandemiei de Covid-19. Imaginea va fi completată cu date provenind de la Eurostat și OECD.

Starea de sănătate a persoanelor vârstnice prin indicatori obiectivi

În România, trăiesc aproape 3,6 milioane de persoane cu vârsta de peste 65 de ani, reprezentând 18,5% din totalul populației rezidente la 1 ianuarie 2019 (Tempo, INS 2020). Ca în majoritatea țărilor din Uniunea Europeană, populația României este într-un proces de îmbătrânire demografică, existând o creștere accentuată a ponderii persoanelor vârstnice în populație în ultimele decenii. Proiecțiile anticipează o creștere continuă a acestei ponderi, ajungând ca acest segment al populației să reprezinte 30% din totalul populației în 2050, dacă asumțiile ar fi rămas constante (European Commission 2017). Totuși, între celelalte state ale UE28, România are încă o pondere mai scăzută a populației de peste 65 de ani, față de alte țări (Eurostat 2020a). Impactul pandemiei asupra

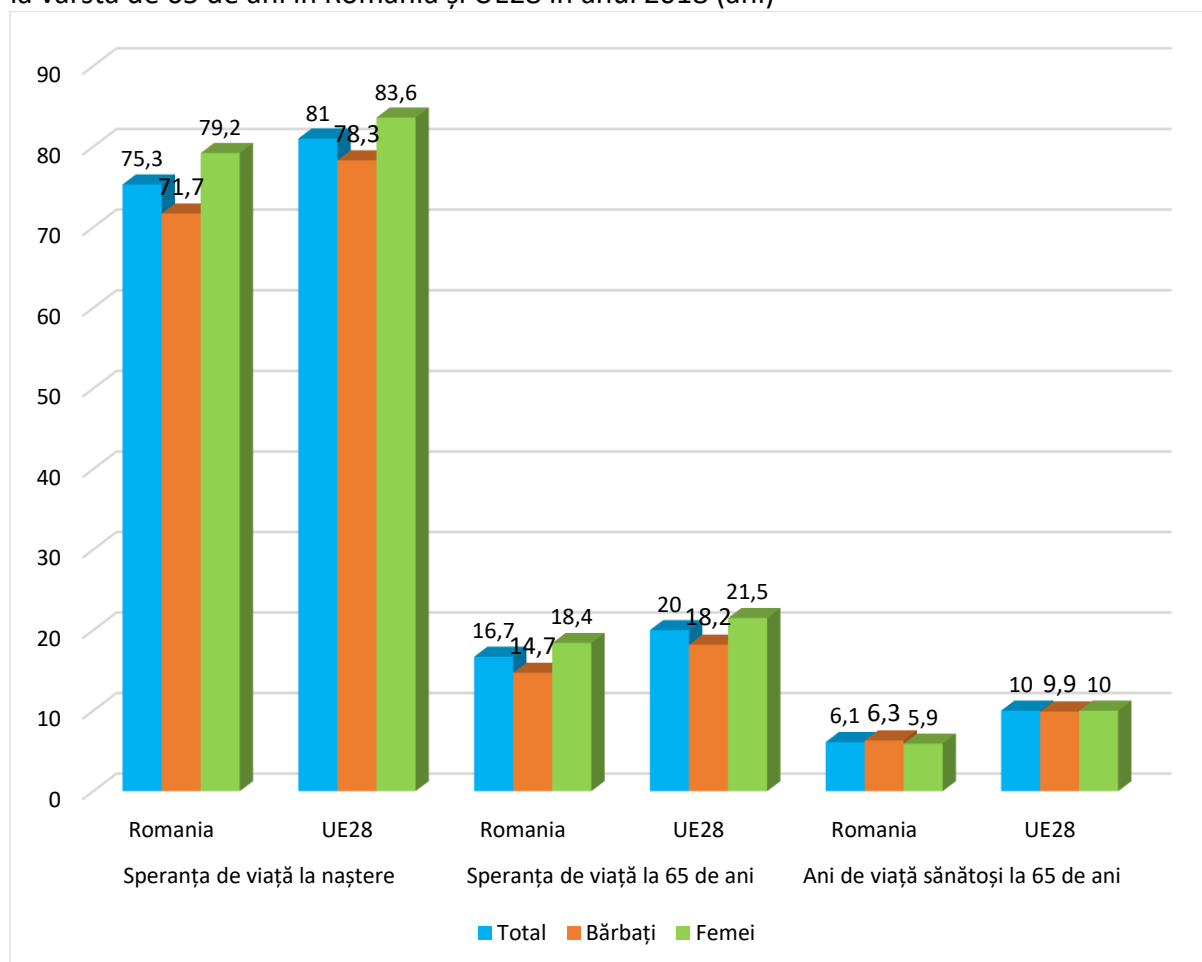
¹¹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2018). *European Quality of Life Survey Integrated Data File, 2003-2016*. [data collection]. 3rd Edition. UK Data Service. SN: 7348, <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7348-3>.

mortalității și asupra structurii demografice a țării este încă greu de estimat, “efectele reale fiind probabil observabile într-un orizont de timp mai extins, care se include și speranța de viață a persoanelor cu comorbidități asociate” (Voicu et al. 2020: 27).

Populația României are o stare de sănătate defavorabilă în context european, iar starea de sănătate a vârstnicilor este, în mod similar, precară comparativ cu cea a persoanelor de vârstă a treia din țările dezvoltate ale UE. Speranța de viață la naștere în România este printre cele mai reduse din UE28, doar în Bulgaria și Letonia aceasta lua valori mai mici. În anul 2018, speranța de viață la naștere în România era 75,3 ani, sub valoarea medie a UE28 cu aproape 6 ani (Eurostat database 2020).

Speranța de viață la 65 de ani era, de asemenea, una dintre cele mai scăzute din UE, valori asemănătoare înregistrându-se în Bulgaria și Ungaria, media UE28 fiind cu 3 ani mai ridicată în 2018. La vârsta de 65 de ani, media europeană privind numărul de ani sănătoși este dublă față de valorile din țara noastră. Românii trăiesc mai puțin decât cetățenii din alte țări europene și trăiesc un timp mai îndelungat în situație de boală cronică sau dizabilitate.

Grafic 1. Speranța de viață la naștere, speranța de viață la 65 de ani și număr de ani sănătoși la vârsta de 65 de ani în România și UE28 în anul 2018 (ani)



Sursa: Eurostat database, 2020.

Notă: Life expectancy by age and sex [demo_mlexpec], Healthy life years in absolute value at 65[hlth_hlye].

În anul 2019, în România au murit aproape 260 de mii de persoane, din care mai mult de jumătate din cauza bolilor cardiovasculare. Rata mortalității generale a fost de 11,7‰, aceasta crescând o dată cu vârsta: 60-64 ani (15,3‰), 65-69 ani (22‰), 70-74 ani (31,5‰), 75-79 ani (51,2‰), 80-84 ani (86,1‰), peste 85 de ani (163,1‰)(Tempo, INS 2020). Rata mortalității generale este printre cele mai ridicate din UE28. Principalele cauze de deces în țara noastră rămân bolile aparatului circulator, tumorile, bolile aparatului respirator și ale aparatului digestiv.

La peste 65 de ani, principalele cauze de deces la nivel european sunt bolile cardiovasculare, cancerul și bolile respiratorii (Eurostat 2020c). România are una dintre cele mai ridicate rate ale mortalității din cauza bolilor cardiovasculare la persoanele de peste 65 de ani, doar în Bulgaria această rată fiind mai ridicată (Eurostat 2020c).

Peste tot în Europa, prevalența bolilor cronice crește o dată cu înaintarea în vârstă (Eurostat, 2020e). Aproape jumătate din persoanele de 65 de ani și peste din România suferă de cel puțin o boală cronică (OECD and European Observatory on Health Systems and Policies 2019).

Prevalența bolilor cronice în populație reprezintă un indicator important pentru starea de sănătate a populației și constituie un factor de risc, mai ales în contextul pandemiei de Covid-19. În anul 2018, cele mai ridicate prevalențe la nivelul întregii populații le aveau: boala hipertensivă (2,6 milioane), cardiopatia ischemică (1,2 milioane), bolile cerebro-vasculare (364 de mii), diabetul zaharat (828 de mii), bolile pulmonare obstructive, boala ulceroasă și bolile renale (Cucu 2019). Cancerul avea și el o incidență ridicată în populație. Număr estimat de cazuri noi, în 2018, în România pentru toate categoriile de vârstă a fost de aproximativ 83461, iar numărul deceselor cauzate de cancer a fost aproximativ de 50902. Numărul bolnavilor rămași în evidență în perioada ianuarie-septembrie 2018 a fost de 488824 (INSP 2019).

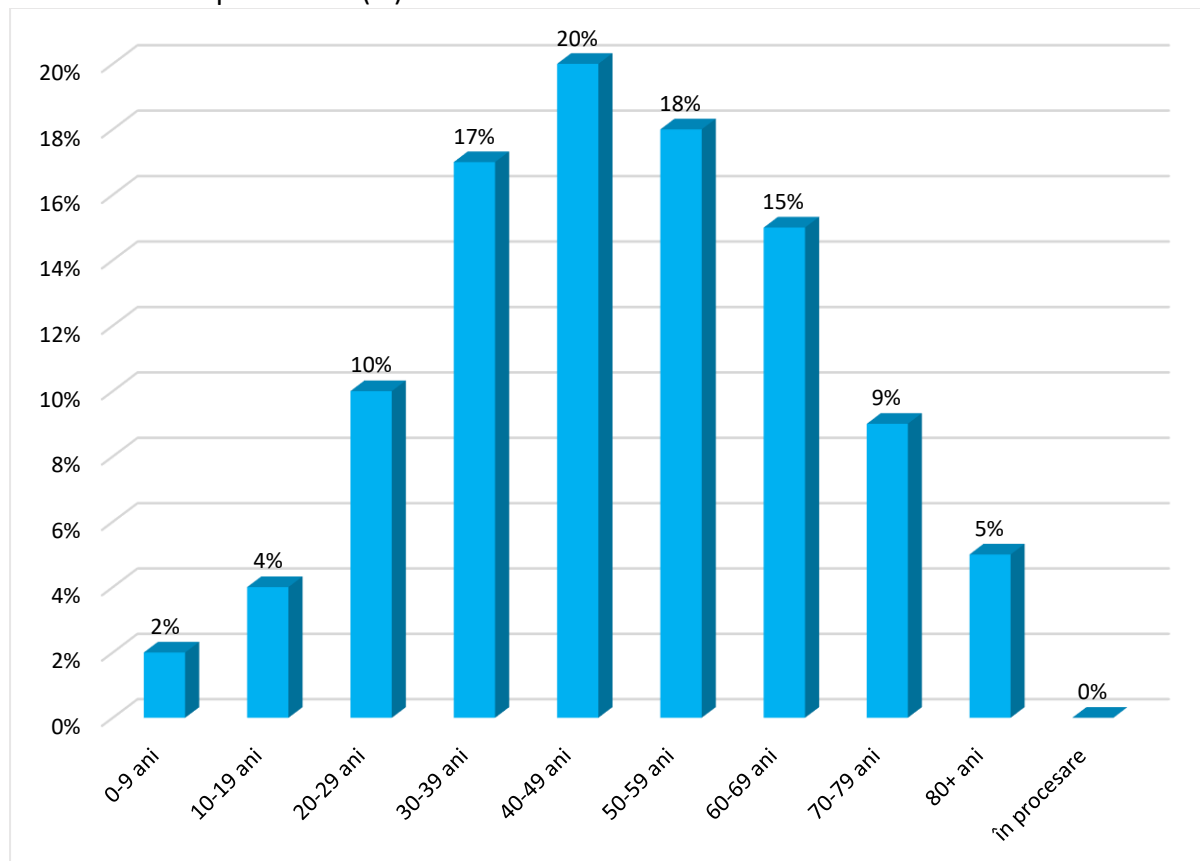
Populația vârstnică în contextul pandemiei de Covid-19

Pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 reprezintă o amenințare la sănătatea publică. Infecția cu Covid-19 pune în pericol, în special, persoanele cu afecțiuni preexistente. Așadar, starea de sănătate precară la nivelul întregii populații este un dezavantaj important în această pandemie. Cea mai vulnerabilă categorie de vârstă este cea a persoanelor de 65 de ani și peste, deoarece această vârstă este asociată cu existența bolilor cronice. Din păcate, datele existente privind morbiditatea (incidența și prevalența unor boli) în populație nu ne permit evidențierea acestora pe categorii de vârstă sau identificarea vârstei medii la diagnosticarea unei afecțiuni cronice.

Conform raportului *Covid 19 Raport săptămânal de supraveghere. Date raportate până la data de 11 aprilie* al Institutului Național de Sănătate Publică, de la începutul pandemiei în România (26 februarie 2020) până în data de 11 aprilie 2021, au fost înregistrate 1 008 490 de persoane infectate și un număr de 25 248 de persoane decedate din această cauză. Din toamna anului 2020, ca și majoritatea țărilor europene, România s-a confruntat cu valul al doilea al pandemiei, cu o creștere importantă a cazurilor noi diagnosticate în fiecare zi, cu vârfuri în noiembrie și decembrie. Apoi, din

luna martie, deja țara noastră s-a confruntat cu al treilea val al pandemiei în contextul unor tulpini mult mai contagioase ale virusului și a unui procent, încă redus, al populației vaccinate.

Grafic 2. Structura pe vârstă a persoanelor infectate cu Covid-19 în România în perioada 26 februarie – 20 aprilie 2021 (%)



Sursa: datelazi.ro (20 aprilie 2021)

Notă: Datele sunt calculate pentru numărul total de îmbolnăviri (26 martie 2020-20 aprilie 2021).

Cea mai ridicată incidență a îmbolnăvirilor a fost la categoriile de vârstă 30-39 ani, 40-49 ani și 50-59 ani (INSP 2021, datelazi.ro), dar grupele de vârstă de peste 60 de ani au fost cele mai afectate din punct de vedere al deceselor (INSP 2021). Astfel, 85,6% dintre decese au survenit la persoanele de peste 60 de ani, iar 95,1% dintre persoanele decedate aveau cel puțin o comorbiditate. De asemenea, se manifestă și în cazul acestei boli, o supramortalitate masculină, 58,8% dintre persoanele decedate fiind bărbați. Deși, între persoanele infectate cu Covid-19, categoriile de vârstă de peste 60 de ani au o pondere mai redusă, 25% dintre decese a survenit persoane din grupa de vârstă 60-69 de ani, peste 30% la categoria 70-79 de ani, iar peste 25% la persoane de peste 80 de ani (INSP, 2021).

Tabel 1. Persoanele decedate din România de Covid-19 aveau cel puțin o comorbiditate (număr și procente).

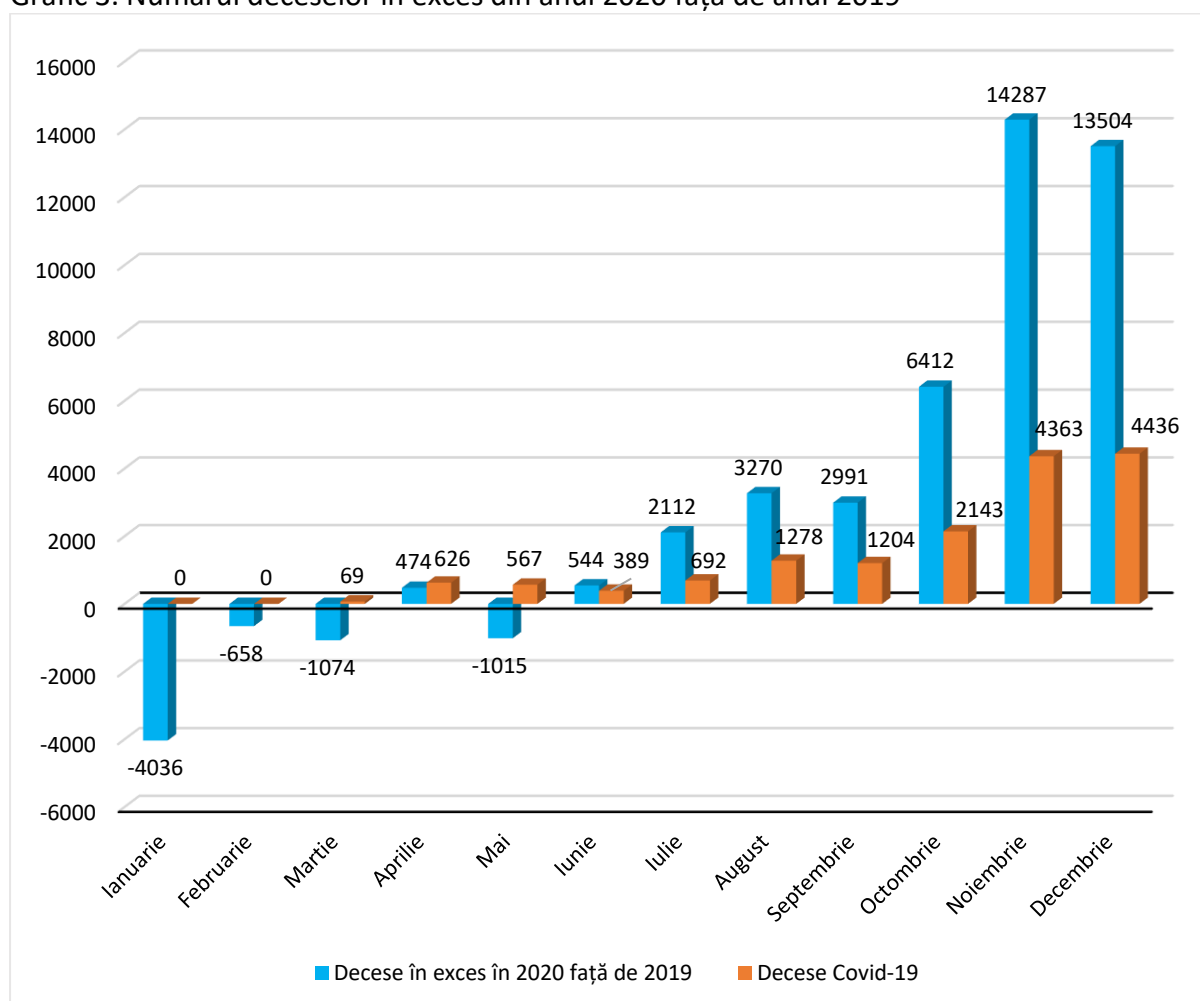
Cel puțin o comorbiditate dintre:	Număr	Procente
afecțiuni cardiovasculare	18331	72,6
diabet	8107	32,1
afecțiuni neurologice	5459	21,9

obezitate	4898	19,4
afecțiuni renale	3911	15,5
afecțiuni pulmonare	3275	13
neoplasm	2692	10,7
altele	5373	21,3

Sursa: INSP 2021 (26 februarie 2020 – 11 aprilie 2021).

Datele preliminare privind mortalitatea comunicate de Institutul Național de Statistică al României, evidențiază o creștere a numărului de decese în anul 2020 față de 2019 începând cu luna aprilie. În lunile ianuarie, februarie și martie din 2020, numărul deceselor a fost mai mic față de lunile corespondente din 2019. În aprilie 2020, au fost cu 474 mai multe decese față de aprilie 2019, iar în mai 2020 s-au înregistrat cu 1015 decese mai puține decese față de anul 2019. Numărul mai mic de decese în prima jumătate a anului 2020 față de anul 2019 poate fi explicat prin faptul că perioada de urgență a limitat deplasările și întâlnirile între oameni, diminuând astfel numărul de decese survenite în accidente din traficul rutier sau din incidentele violente dintre oameni.

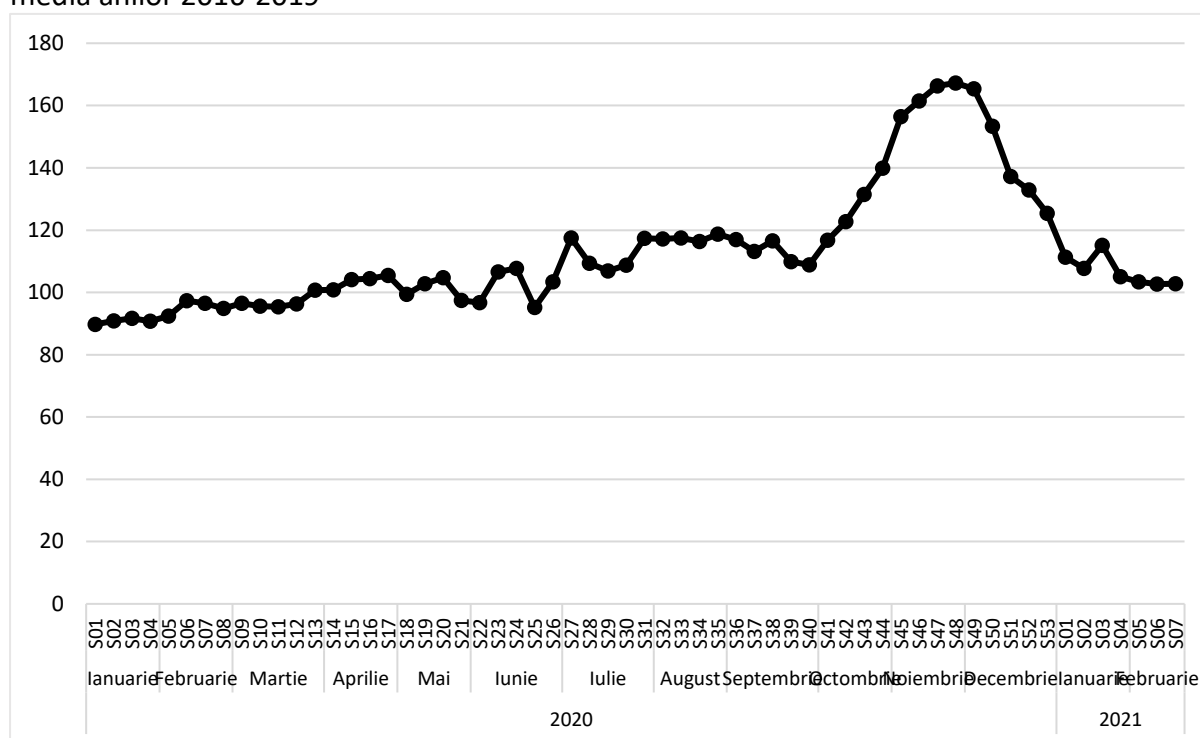
Grafic 3. Numărul deceselor în exces din anul 2020 față de anul 2019



Sursa: INS 2021b, INS 2021c, INSP 2021.

Din luna iunie 2020, numărul deceselor crește față de lunile corespondente ale anului 2019, iar decesele în exces nu sunt cauzate doar de infecția cu Covid-19: iunie (544 în plus), iulie (1344 în plus), august (3270 în plus), septembrie (2991 în plus), octombrie (6412 în plus)(INS, 2020), noiembrie (14287 în plus) decembrie (13504 decese în plus) (INS 2021a). În luna noiembrie au fost înregistrate 4363 de decese cauzate de îmbolnăvirea cu Covid 19, ceea ce înseamnă că cele 10000 de decese în exces față de noiembrie 2019 au survenit din alte cauze de deces, în special din cauza bolilor cardiovasculare (INS 2021b). Această situație va contribui la creșterea ratelor de mortalitate evitabilă prin prevenție și de mortalitate prin cauze tratabile, care erau deja în România, printre cele mai ridicate între țările europene (OECD 2019, OECD 2020).

Grafic 4. Evoluția ratei mortalității în România pe săptămâni în 2020-2021 ca procent din media anilor 2016-2019



Sursa: Eurostat 2021b.

O analiză asupra mortalității realizată de Eurostat a pus în evidență efectele pandemiei de Sars CoV-2 în Europa, peste 410 000 de decese înregistrate în perioada ianuarie – noiembrie 2020 față de media deceselor înregistrate în aceeași perioadă a anilor 2016-2019 (Eurostat 2021a). Indicatorul utilizat, al mortalității în exces, se referă la numărul de decese survenit în fiecare lună a anului 2020, raportat la numărul mediu de decese din fiecare lună din anii 2016-2019, incluzând toate cauzele de deces. La nivelul Uniunii Europene (fără Regatul Unit), vârful mortalității în exces a avut loc în aprilie 2020, cu o diminuare importantă până în luna august, când începe din nou să crească: august (7,6%), septembrie (8%), octombrie (17,1%), cu un nou vârf în noiembrie și decembrie (datele pe țări arată o creștere importantă). Țările și regiunile au fost afectate diferit, iar în toate țările, persoanele de peste 70 de ani a fost cea mai afectată categorie în ceea ce privește decesele cauzate de COVID-19. Țările cu un număr semnificativ de decese față de media pentru aceeași perioadă din cei patru ani anteriori

(2016-2019) au fost Italia, Spania, Belgia, Franța, Suedia, Regatul Unit (Eurostat, 2020d). În România, creșterea mortalității din anul 2020 față de media anilor 2016-2019 a început treptat din iunie, atingând un vârf în săptămânile 48 și 49 (sfârșitul lui noiembrie-începutul lui decembrie) (Eurostat 2021b). Probabil că datele vor arăta o evoluție similară și pentru al treilea val al pandemiei, vârful acestuia din punct de vedere ar mortalității urmând să fie atins la sfârșitul lunii aprilie 2021.

Conform datelor de la Universitatea de Medicină Johns Hopkins din Statele Unite ale Americii, care colectează și prelucrează date privind pandemia de Covid-19 din toate țările de pe glob, România se află în primele 20 de state ale lumii cele mai afectate de pandemia de Covid-19 din punct de vedere al fatalității și a mortalității la 100 de mii de locuitori. România ocupă locul al optulea între statele membre ale UE ca număr de cazuri confirmate, iar ca număr de decese și fatalitate se situează pe locul al șaptelea¹². În ceea ce privește numărul de decese raportat la 100 de mii de locuitori, România este a cincisprezecea țară din UE.

Diferențele în ceea ce privește mortalitatea ar putea fi explicate prin: diferențele în ceea ce privește numărul de persoane testate (cu cât sunt mai multe persoane testate, cu atât sunt identificate mai multe persoane infectate, dar fără simptome sau o simptomatologie ușoară; scade rata de fatalitate, adică numărul deceselor raportate la 100 de îmbolnăviri); caracteristicile demografice ale populației: mortalitatea fiind mai ridicată în populațiile mai îmbătrânite; caracteristici ale sistemului de sănătate, dar mai pot și alți factori neidentificați sau care pot rămâne neidentificați (Johns Hopkins University 2021).

Tabel 2. Cazuri confirmate cu Covid-19, număr de decese, rata fatalității și rata mortalității la 100 de mii de locuitori (16 aprilie 2021)

	Cazuri confirmate	Decese	Fatalitate	Decese la 100 mii de locuitori
Franța	5 167 265	99 639	1,9%	148,7
Italia	3 793 033	115 088	3%	190,4
Spania	3 376 548	76 625	2,3%	164
Germania	3 054 025	79 137	2,6%	95,4
Polonia	2 599 850	59 126	2,3%	155,7
Republica Cehă	1 585 037	28 038	1,8%	263,9
Olanda	1 387 961	17 018	1,2%	98,8
România	1 012 373	25 441	2,5%	130,6
Belgia	930 603	23 566	2,5%	206,3
Suedia	876 506	13 660	1,6%	134,1
Portugalia	828 173	16 923	2%	164,6
Ungaria	728 078	23 980	3,3%	245,5
Austria	581 263	9 748	1,7%	110,2
Bulgaria	378 059	14 746	3,9%	209,9
Slovacia	372 038	10 716	2,9%	196,7

¹² Analiza se referă la data de 16 aprilie 2021.

Grecia	301 103	9 054	3%	84,4
Croația	294 874	6 358	2,2%	155,5
Irlanda	241 684	4 803	2%	99
Danemarca	239 561	2 447	1%	42,2
Lituania	227 889	3 713	1,6%	133,1
Slovenia	227 836	4 130	1,8%	199,8
Estonia	115 080	1 049	0,9%	79,4
Letonia	108 355	2 002	1,8%	103,9
Finlanda	82 564	877	1,1%	15,9
Luxemburg	64 062	777	1,2%	127,9
Cipru	52 652	274	0,5%	23
Malta	29 720	403	1,4%	83,4

Sursa: Johns Hopkins University 16 aprilie 2021 <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

Notă: *Fatalitate = numărul de decese raportat la 100 de cazuri confirmate.*

Pe o stare de sănătate în general precară și caracterizată de vulnerabilități specifice vârstei, pe o situație existentă de acces limitat la serviciile de sănătate, s-a suprapus o amenințare care a condus la restrângerea suplimentară a serviciilor de sănătate. Ambulatoriile au fost închise, iar spitalele au limitat tratamentul și intervențiile doar la cazurile urgente. La începutul pandemiei, au fost externați numeroși pacienți, inclusiv cei oncologici. Pacienții cu boli cronice, oncologici, cu boli autoimune au fost, în general, abandonați, iar toate eforturile au fost îndreptate spre tratarea pacienților cu Covid-19. Această situație a constituit un risc pentru mai multe categorii de pacienți: pacienții cu boli cronice, pacienții oncologici care nu au putut fi operați și tratați dacă nu au fost considerați urgențe medicale (Suciu 2020), pacienții cu probleme curente care nu s-au putut adresa medicilor de specialitate în condițiile restrângerii serviciilor medicale oferite. Accesul pacienților oncologici la tratament a fost limitat și transformat în contextul pandemiei: intervențiile la cel mai mare centru oncologic din țară au scăzut aproape la jumătate, accesul la viață prin radioterapie și chimioterapie s-a făcut numai cu testarea pentru Covid-19, tratamentele prin radioterapie și chimioterapie au scăzut dramatic, iar unii pacienți și-au întrerupt tratamentul de teama infectării (Ocnaru 2020). În toate spitalele, au scăzut numărul internărilor față de anii anteriori. Lipsa accesului la serviciile de sănătate, se reflectă și în creșterea mortalității față de anii anteriori, după cum am evidențiat anterior. Lipsa de pe piață a unor medicamente s-au adăugat acestor probleme.

Situația a fost similară în cele mai multe țări europene, după cum au relevat și datele cercetării realizate de Eurofound la nivel european în două etape (aprilie/mai și iunie/iulie). Între martie și iulie 2020, mai mult de o cincime dintre cetățenii din UE care au avut nevoie de o examinare medicală sau de tratament, nu le-au primit. Când au fost întrebați, 9 din 10 subiecți au menționat un motiv relaționat pandemiei de COVID -19. În această perioadă, instituțiile care furnizează servicii de sănătate în Europa, au anulat sau au amânat serviciile pentru pacienții non-COVID pentru a putea face față numărului foarte ridicat de pacienți infectați cu coronavirus și care reprezentau urgențe medicale (Dubois & Leončikas 2021).

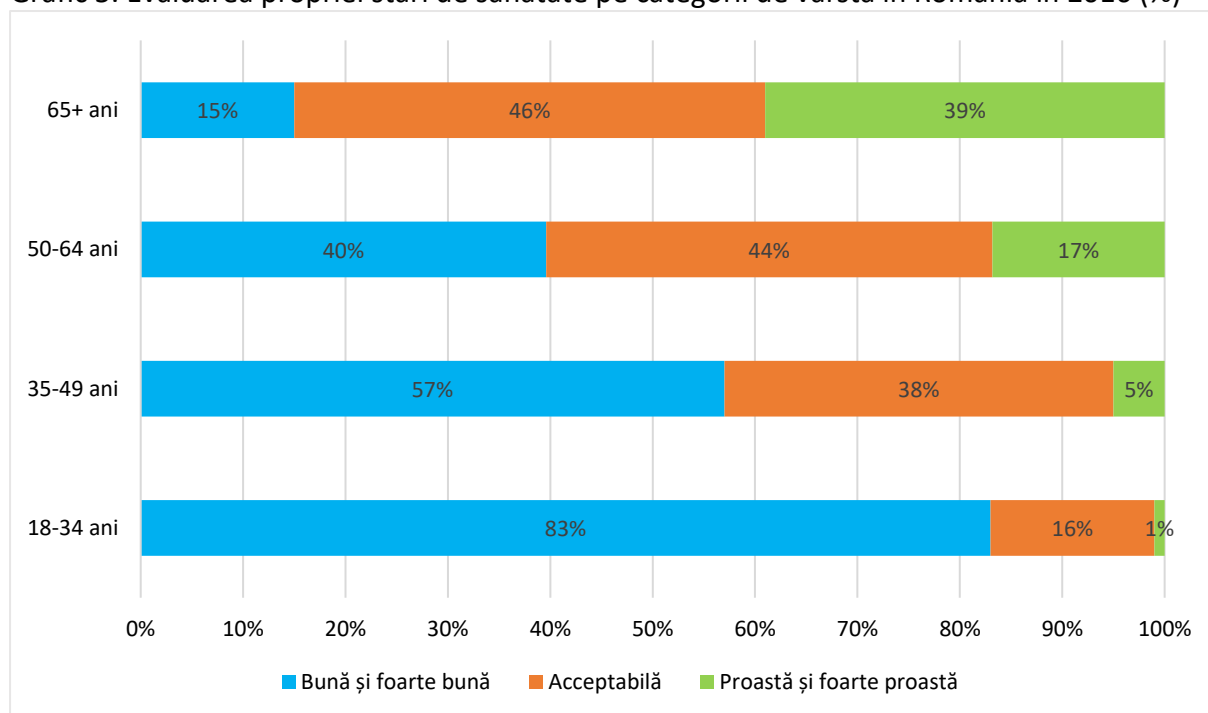
Starea de sănătate și accesul la servicii de sănătate prin evaluări subiective

Starea de sănătate și accesul la servicii de îngrijire a sănătății reprezintă elemente esențiale ale calității vieții pentru orice persoană indiferent de stadiul vieții în care se află, dar pentru persoanele vârstnice aceste elemente sunt și mai importante pentru a putea avea o viață independentă și trăită în demnitate. Starea de sănătate este rezultatul unei combinații complexe de factori la nivel individual și societal (moștenirea genetică, valorile personale despre sănătate, stilul de viață și alegerile fiecărui om în parte, poziția socială ocupată până la factorii care țin de calitatea serviciilor medicale, de calitatea mediului înconjurător, etc) (Precupețu 2008).

Vârsta este un factor universal care explică evoluția stării de sănătate. O dată cu înaintarea în vârstă, starea de sănătate se deteriorează, prevalența bolilor cronice fiind mult mai frecventă la vârsta a treia. Starea de sănătate a persoanelor vârstnice depinde într-o mare măsură de desfășurarea vieții de muncă, a vieții de familie și a evenimentelor din viața lor, precum și de poziția socială (venit, nivel educațional, etc.). Situația problematică a stării de sănătate a persoanelor vârstnice, se datorează acumulării problemelor de sănătate experimentate în fiecare etapă a cursului vieții (Precupețu și Precupețu 2013).

Majoritatea persoanelor vârstnice nu se așteaptă să rămână într-o perfectă stare de sănătate, dar mulți dintre ei speră ca starea lor de sănătate să le permită să continue să lucreze cât timp își doresc, să poată ieși afară și să socializeze, să rămână independenți și să fie capabili să se îngrijească (Eurostat 2020e).

Grafic 5. Evaluarea propriei stări de sănătate pe categorii de vârstă în România în 2016 (%)



Sursa: EQLS, 2016. Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă.

Notă: În grafic au fost unite variantele de răspuns "foarte bună" și "bună" și "proastă" și "foarte proastă".

European Quality of Life Survey (2016) surprinde situația persoanelor vârstnice din România din punct de vedere al sănătății înainte de situația creată de pandemia de Covid-19. În cadrul cercetării, starea de sănătate este operaționalizată prin intermediul a trei indicatori: auto-evaluarea stării de sănătate, auto-raportarea unei boli cronice sau dizabilități și limitările percepute cauzate de existența unei probleme cronice de sănătate. Auto-evaluarea stării de sănătate reprezintă un indicator de rezultat, deoarece fiecare subiect se referă la propria stare de sănătate prin intermediul așteptărilor, valorilor și dorințelor personale (Precupețu 2008).

Cele mai multe persoanele de 65 de ani și peste din România apreciau că starea lor de sănătate este „acceptabilă” (46%). O mare parte dintre persoanele vârstnice își încadrau starea de sănătate într-un registru negativ „proastă și foarte proastă” (39%), și doar un procent scăzut considera că starea lor de sănătate este „bună și foarte bună” (15%).

Vârsta este un factor important al inegalităților în sănătate, starea de sănătate deteriorându-se o dată cu înaintarea în vârstă. Evaluarea stării de sănătate păstrează această tendință, persoanele de peste 65 de ani din România își evaluează starea de sănătate cel mai slab în comparație cu celelalte grupe de vârstă.

Evaluarea propriei stări de sănătate în cazul persoanelor de 65 de ani și peste din România era mai negativă față de evaluarea celorlalte persoane din aceeași categorie de vârstă din celelalte state membre ale UE. Doar cetățenii de aceeași vârstă din Croația își apreciau starea de sănătate ca fiind „proastă și foarte proastă” într-o proporție mai ridicată decât în România. Proporția cetățenilor de 65 de ani și peste la nivel UE28 care își apreciau starea de sănătate într-un registru negativ este de doar 15%, 40% considerând că sănătatea lor este „acceptabilă” și 45% că este „bună și foarte bună”.

Tabel 3. Evaluarea propriei stări de sănătate, auto-raportarea unei boli cronice sau a unei dizabilități, percepția limitărilor cauzate de boală la persoanele de 65 de ani și peste în statele membre UE28 în anul 2016 (%)

	În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.?			Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică, boală sau handicap?		Sunteți limitat în activitățile dvs. zilnice de această afecțiune fizică, psihică, boală sau handicap?		
	Bună și foarte bună	Satisfăcătoare	Proastă și foarte proastă	Da	Nu	Da, foarte mult	Da, într-o oarecare măsură	Nu
Austria	57	34	9	41	59	24	59	17
Belgia	54	36	10	45	55	26	60	14
Bulgaria	31	49	20	53	47	21	55	24
Cipru	43	35	22	50	50	40	45	15
Republica Cehă	35	49	16	46	54	14	69	17
Germania	46	40	13	56	44	16	66	17
Danemarca	62	25	13	45	55	32	40	29

Estonia	12	60	28	73	27	41	37	22
Grecia	48	36	16	40	60	29	54	17
Spania	48	38	14	43	58	23	45	33
Finlanda	49	43	8	55	45	15	54	31
Franța	57	34	9	39	61	22	52	26
Croația	18	39	44	58	42	36	45	19
Ungaria	23	48	28	58	42	29	43	29
Irlanda	74	23	3	31	69	16	62	23
Italia	33	54	12	43	57	19	55	27
Lituania	15	46	39	57	43	36	52	11
Luxemburg	60	31	9	38	62	40	37	24
Letonia	14	57	29	61	39	42	42	16
Malta	37	56	7	39	61	20	56	24
Olanda	64	26	10	41	60	33	47	19
Polonia	26	48	26	57	43	37	47	16
Portugalia	23	51	26	50	50	22	55	24
România	15	46	39	56	44	42	41	17
Suedia	60	32	8	45	55	16	38	46
Slovenia	37	36	27	52	48	37	47	17
Slovacia	23	52	25	48	53	32	56	13
Regatul Unit	63	25	12	48	52	34	47	20
UE28	45	40	15	48	52	25	53	22

Sursa: EQLS, 2016.

Q48. În general, cum ați spune că este sănătatea dvs.? 1. Foarte bună; 2. Bună; 3. Acceptabilă; 4. Proastă; 5. Foarte proastă. Q49. Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică, boală sau handicap? Prin afecțiune cronică (de durată) mă refer la acea boală sau problemă de sănătate care a durat sau este de așteptat să dureze 6 luni sau mai mult. 1. Da. 2. Nu. Q50 (doar dacă Q49=1) Sunteți limitat în activitățile dvs. zilnice de această afecțiune fizică, psihică, boală sau handicap? 1. Da, foarte mult; 2. Da, într-o oarecare măsură; 3. Nu.

Deprecierea evaluării stării de sănătate o dată cu înaintarea în vârstă reprezintă o relație întâlnită în toate societățile, dar observăm că inegalitățile în funcție de vârstă sunt mai pronunțate în cazul populației românești în contextul țărilor europene, situație menționată și în studii anterioare (Mărginean et al. 2006; Precupețu și Precupețu 2013).

În majoritatea statelor membre ale UE, bărbații își evaluează starea de sănătate ca fiind „bună și foarte bună” într-o mai mare măsură decât femeile (Eurostat 2020e). Deși, în general, femeile trăiesc mai mult decât bărbați, așa cum ne indică și speranța de viață în ani sănătoși la 65 de ani, femeile trăiesc mai mult decât bărbați, dar trăiesc într-o starea de boală sau dizabilitate.

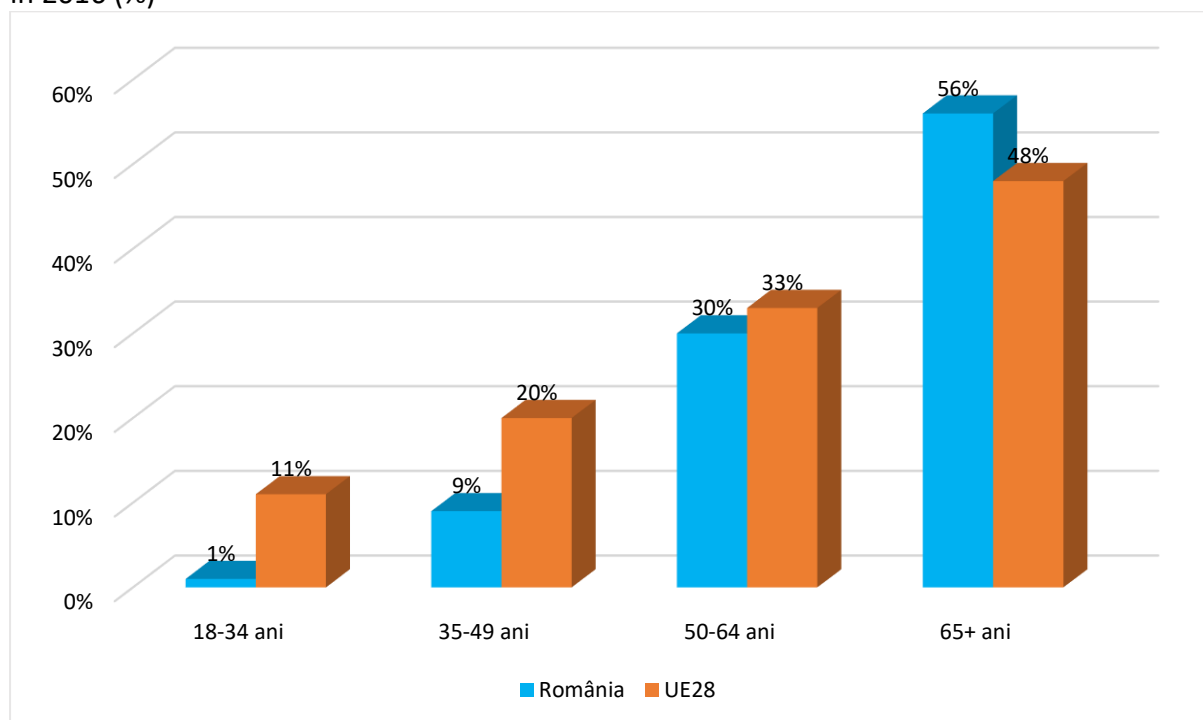
În EQLS (2016), respondenții au fost întrebați dacă se confruntă cu o afecțiune cronică, fizică sau psihică sau dacă au vreo dizabilitate. Proporția persoanelor vârstnice din România (56%) care menționa existența unei boli cronice sau dizabilități era peste proporția cetățenilor UE28 (48%). Totuși, în mai multe țări europene (Estonia, Letonia, Ungaria, Croația, Lituania, Polonia) proporția

persoanelor vârstnice care auto-raportează existența unei boli sau dizabilități era mai ridicată decât a celei din România.

Raportarea unei boli cronice sau dizabilități este mai ridicată la nivel UE28 pentru celelalte categorii de vârstă, ceea ce poate însemna că unele probleme de sănătate sunt diagnosticate, investigate și asumate de la vârste mai tinere în alte state europene, unde și prevenția ocupă un loc important în organizarea sistemului de sănătate. În România, numeroase boli sunt diagnosticate cu întârziere, de obicei atunci când acestea dau simptome, adică într-un stadiu mai avansat, cu efecte importante asupra funcționării în viața de zi cu zi. De aceea, probabil, și limitările percepute cauzate de existența bolii sau dizabilității sunt mai ridicate în România decât la nivel UE28 la persoanele de 65 de ani și peste.

Limitări cauzate de boală sau dizabilitate erau menționate de 83% dintre persoanele de 65 de ani și peste din România care au spus că se confruntă cu o boală cronică sau dizabilitate. 42% dintre aceștia considerau că limitările în activitățile de zi cu zi îi afectează „foarte mult”, iar 41% că îi afectează „într-o oarecare măsură”. La nivel UE28, doar 25% dintre persoanele de 65 de ani și peste care au menționat o afecțiune cronică sau dizabilitate spun că se simt limitați „foarte mult”, iar 53% că sunt afectați „într-o oarecare măsură”.

Grafic 6. Raportarea unei boli cronice sau dizabilități pe categorii de vârstă în România și UE28 în 2016 (%)



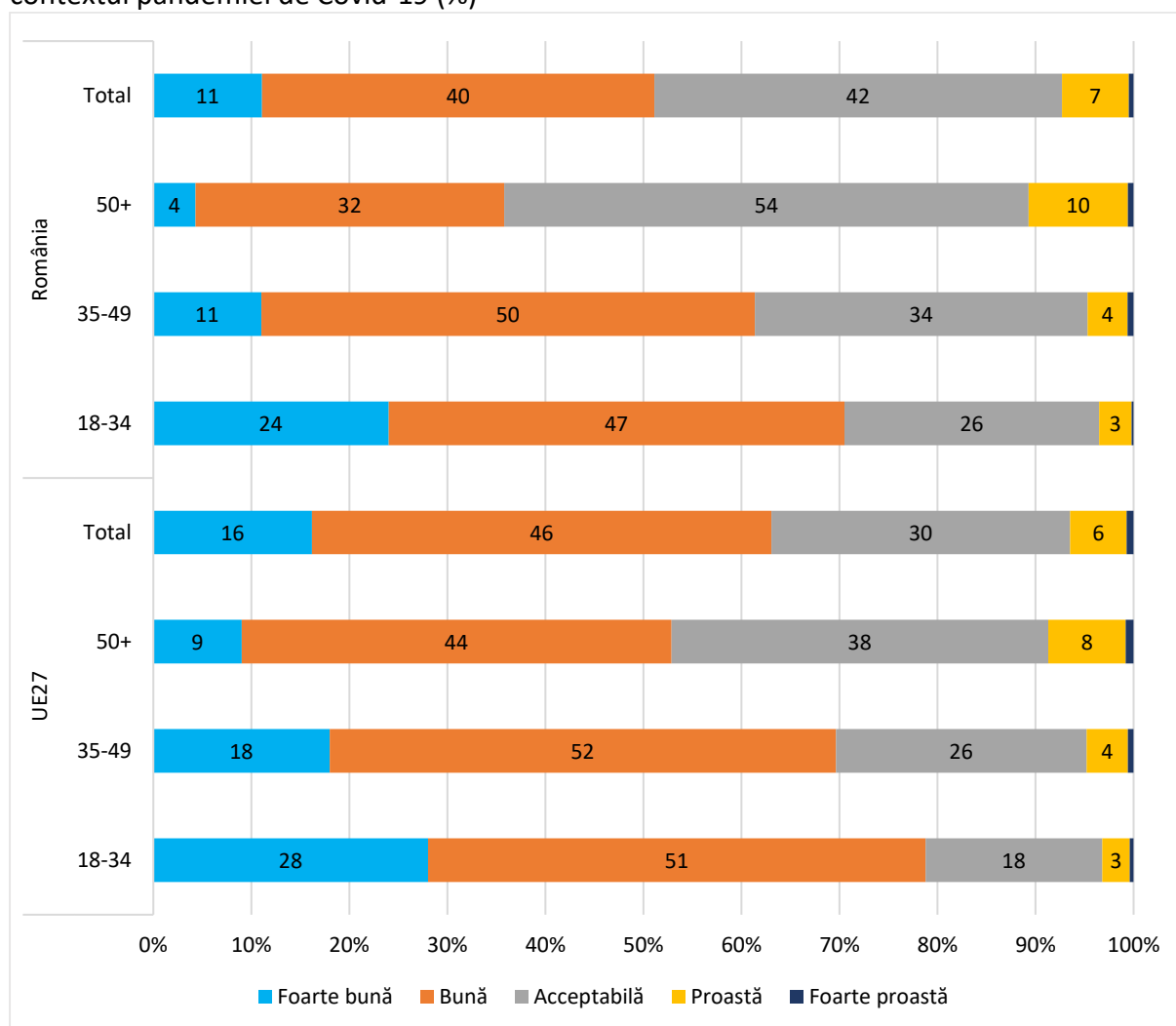
Sursa: EQLS (2016).

Q49. Aveți vreo afecțiune cronică (v-a cauzat neplăceri o anumită perioadă de timp) fizică sau psihică, boală sau handicap? Prin afecțiune cronică (de durată) mă refer la acea boală sau problemă de sănătate care a durat sau este de așteptat să dureze 6 luni sau mai mult. 1. Da. 2. Nu.

Sănătatea este un domeniu foarte important pentru bunăstarea individuală, fiind strâns legată de aspectele care țin de independența personală. Ponderea persoanelor adulte care se luptă zi de zi

cu activități de bază, cum ar fi mâncatul, spălatul, îmbrăcatul, crește o dată cu înaintarea în vârstă. Unul dintre motivele principale pentru această situație este numărul ridicat de persoane vârstnice care suferă de limitări funcționale cauzate de boli fizice sau senzoriale, care au impact asupra văzului, auzului, mobilității, comunicării sau memoriei (Eurostat 2020e, 67). Aproape o treime din persoanele de peste 75 de ani la nivel european au dificultăți severe la mers. Aproape trei sferturi dintre persoanele de peste 85 de ani au o boală cronică sau o problemă de sănătate. În 2018, 72,5% dintre persoanele de peste 85 de ani din Uniunea Europeană¹³ au raportat o boală cronică sau o problemă de sănătate, iar 87% dintre persoanele de peste 75 de ani iau medicamente prescrise (Eurostat 2020e).

Grafic 7. Evaluarea propriei stări de sănătate pe categorii de vârstă în Aprilie/Mai 2020 în contextul pandemiei de Covid-19 (%)



Sursa: Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>
 În general, cum este sănătatea dvs.? a. Foarte bună; b. Bună; c. Acceptabilă; d. Proastă; e. Foarte proastă.

Fundația pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă (Eurofound) a realizat o cercetare online privind calitatea vieții în contextul pandemiei de Covid-19, în două etape: aprilie/mai

¹³ UE27 în raportul *Ageing Europe. Looking at the Lives of Older People in the EU* (Eurostat 2020e) se referă la UE fără Regatul Unit.

și iunie/iulie 2020¹⁴. Cercetarea continuă activitatea anterioară a European Quality of Life Survey (EQLS), dar încearcă să evidențieze schimbările produse de pandemie.

În ceea ce privește evaluarea stării de sănătate în contextul pandemiei de Covid-19, subiecții din România își apreciau starea de sănătate ca fiind “bună și foarte bună” într-o mai mica măsură decât ceilalți europeni, subiecții din Ungaria, Lituania și Letonia având evaluări similare sau mai slabe decât ale românilor.

În ceea ce privește evaluarea stării de sănătate în funcție de categoria de vârstă, românii de peste 50 de ani își apreciază starea de sănătate mai slab decât celelalte categorii de vârstă. Dar și în comparație cu ceilalți cetățeni europeni de peste 50 de ani, românii de peste 50 de ani își evaluează starea de sănătate mai defavorabil.

Accesul la servicii de sănătate

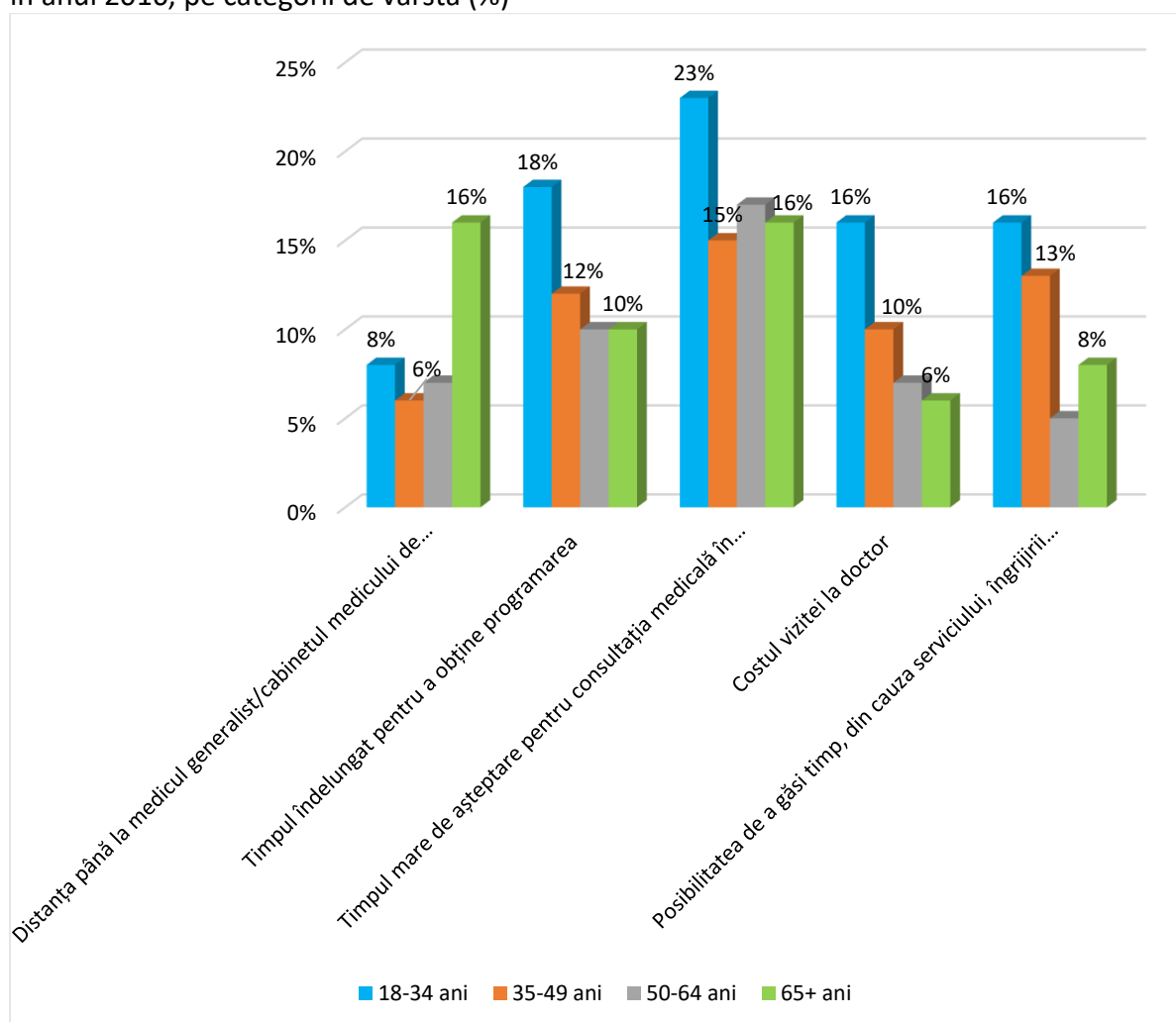
Sistemul de sănătate din România este unul dintre cele mai slab finanțate sisteme medicale din Uniunea Europeană, situație care durează de mai multe decenii. În anul 2018, sistemul de sănătate românesc a primit al doilea cel mai scăzut procent din PIB (5,6%), mult sub media europeană care era de aproximativ 10%. Și în termeni de cheltuieli alocate domeniului sănătății raportate pe cap de locuitor, România se situa în 2018 pe ultimul loc între statele membre ale UE, cu o sumă de 584 de euro, în timp ce media europeană era de aproape 3000 de euro, iar cele mai ridicate cheltuieli pe cap de locuitor erau în Danemarca, de peste 5200 de euro (Eurostat 2020f).

Sistemul de sănătate românesc se confruntă cu numeroase probleme: o acoperire prin asigurări de sănătate redusă, mari inegalități de acces și de disponibilitate a serviciilor medicale în funcție de mediul de rezidență, un număr scăzut a personalului medical raportat la populație (printre cele mai scăzute din UE), un sistem extrem de puțin orientat spre prevenție și cu o populație numeroasă care raportează nevoi nesatisfăcute cu privire la consultațiile medicale.

Raportul *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle* subliniază faptul că “pandemia de Covid-19 a pus în evidență cum vulnerabilitățile sistemelor de sănătate pot avea implicații profunde asupra stării de sănătate a oamenilor, asupra progresului economic, asupra încrederii în guverne și asupra coeziunii sociale în Europa și în restul lumii” (OECD/ European Union 2020). Și în România, pandemia de Covid-19 a arătat numeroasele slăbiciuni ale sistemului de sănătate.

¹⁴ Eurofound (2020), *Living, working and COVID-19 dataset*, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>.

Grafic 8. Percepția accesului la servicii medicale primare ca fiind „foarte dificil” în România în anul 2016, pe categorii de vârstă (%)



Sursa: EQLS, 2016.

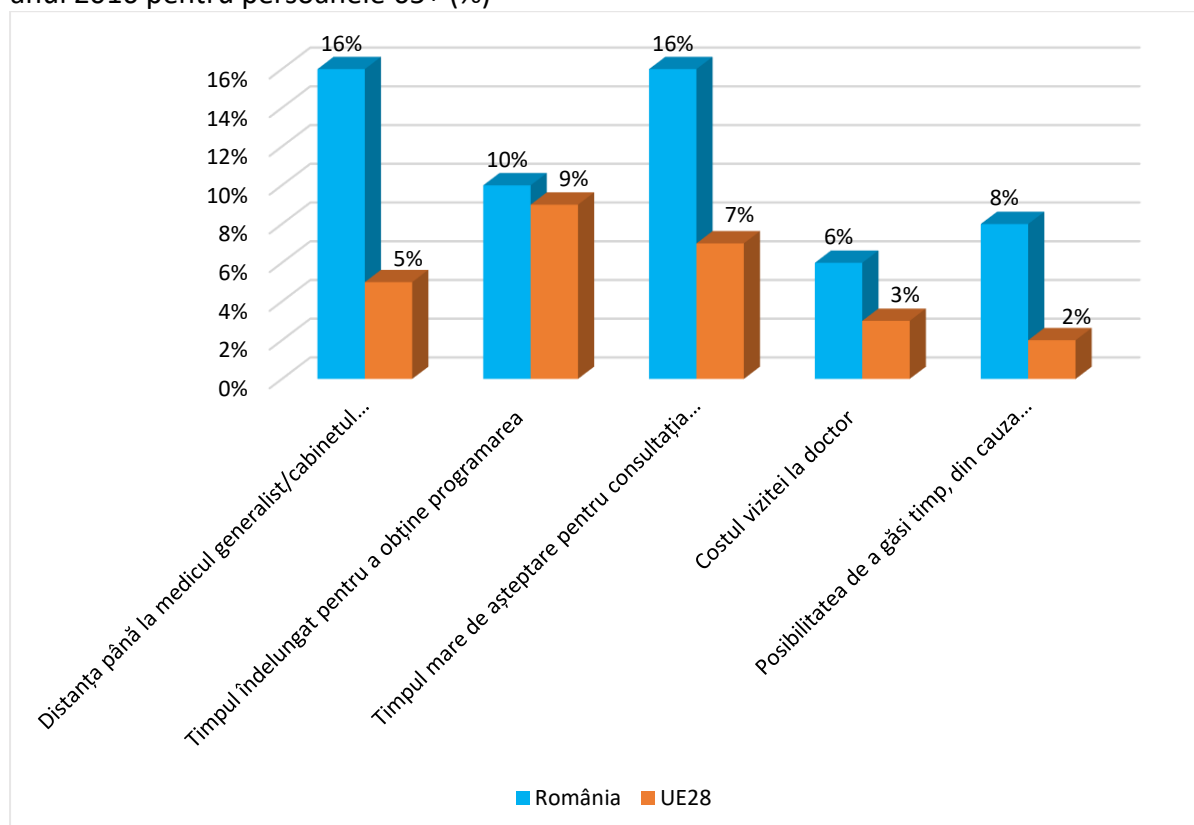
Q61. Gândindu-vă la ultima dată când a fost nevoie să vă consultați sau să vă tratați un medic generalist, un medic de familie sau să mergeți la un centru de sănătate, în ce măsură fiecare din următoarele au făcut ca acest lucru să vă fie dificil sau nu? 1. Distanța până la medicul generalist/cabinetul medicului de familie/centrul de sănătate; 2. Timpul îndelungat pentru a obține programarea; 3. Timpul mare de așteptare pentru consultație medicală în ziua programării; 4. Costul vizitei la doctor; 5. Posibilitatea de a găsi timp, din cauza serviciului, îngrijirii copiilor sau a altor persoane. Variantele de răspuns: 1. Foarte dificil; 2. Puțin dificil; 3. Deloc dificil.

În EQLS, un set de întrebări se referă la accesul la servicii medicale. În valurile cercetării din 2003, 2007, 2011-2012, indicatorii privind accesul se refereau la serviciile medicale în general. În cercetarea din 2016, indicatorii privind accesul la servicii medicale se focalizează pe serviciile medicale primare (medic generalist, medic de familie sau centru de sănătate).

În ceea ce privește accesul la serviciile primare de sănătate, persoanele de 65 de ani și peste percepeau în 2016 accesul ca fiind “foarte dificil”, mai ales, din perspectiva distanței, a timpului mare de așteptare în ziua consultației și a timpului de așteptare pentru a obține consultația. În contextul grupelor de vârstă, persoanele mai tinere (18-34 de ani) par a aprecia accesul la servicii ca fiind “foarte dificil”, mai mult decât celelalte categorii de vârstă, excepție făcând indicatorii care se referă la acces din perspectiva distanței până la serviciile medicale.

În comparație cu media statelor UE28, vârstnicii români percepeau dificultăți de acces la serviciile primare de sănătate, într-o mai mare măsură decât ceilalți cetățeni europeni. 16% dintre persoanele de 65 de ani și peste din România apreciau accesul ca fiind „foarte dificil” din cauza distanței până la medic, în timp ce doar 5% dintre cetățenii europeni menționau această cauză. Toți factorii care contribuie la dificultăți de acces, așa cum sunt inventariați în EQLS, sunt menționați într-o mai mare măsură de vârstnicii români față de vârstnicii din UE28.

Grafic 9. Percepția accesului la servicii medicale ca fiind „foarte dificil” în România și UE28 în anul 2016 pentru persoanele 65+ (%)



Sursa: EQLS, 2016.

Q61. Gândindu-vă la ultima dată când a fost nevoie să vă consultați sau să vă trateze un medic generalist, un medic de familie sau să mergeți la un centru de sănătate, în ce măsură fiecare din următoarele au făcut ca acest lucru să vă fie dificil sau nu? 1. Distanța până la medicul generalist/cabinetul medicului de familie/centrul de sănătate; 2. Timpul îndelungat pentru a obține programarea; 3. Timpul mare de așteptare pentru consultație medicală în ziua programării; 4. Costul vizitei la doctor; 5. Posibilitatea de a găsi timp, din cauza serviciului, îngrijirii copiilor sau a altor persoane. Variantele de răspuns: 1. Foarte dificil; 2. Puțin dificil; 3. Deloc dificil.

Percepția dificultăților de acces la servicii de sănătate din perspectiva costului

Între statele membre ale UE, România este una dintre țările cu un nivel ridicat de nevoi medicale nesatisfăcute la nivelul întregii populații. Acestea au drept cauză mai mulți factori, precum acoperirea scăzută a populației cu asigurări medicale, o disponibilitate inegală a serviciilor medicale pe teritoriul țării, costuri destul de ridicate pentru pacient, în special pentru tratament, existența unor plățile informale etc (OECD and European Observatory on Health Systems and Policies 2019).

În anul din 2016, un nou set de indicatori au fost incluși în cercetarea EQLS. Acești indicatori se referă la evaluarea dificultăților de acces la serviciile de sănătate din perspectiva costurilor financiare. Respondenții au fost întrebați cât de ușor le-ar fi să acopere cheltuielile asociate unor consultații medicale: la medicul generalist/la medicul de familie, la medicul stomatolog, la psiholog sau psihiatru, în cazul unor servicii medicale de urgență sau a altor servicii medicale specializate.

Respondenții din România au menționat într-o mai mare măsură dificultăți de a acoperi cheltuielile pentru serviciile medicale față de restul europenilor. Posibilitatea de a acoperi costurile unor consultații a fost evaluată ca fiind „dificilă și foarte dificilă” mai ales de persoanele de peste 50 de ani. Pentru unii indicatori, persoanele de 65 de ani și peste au evaluat mai bine decât cele din categoria 50-64 de ani.

În context european, proporția persoanelor de 65 de ani și peste din România care aprecia posibilitatea de a acoperi costurile unor consultații medicale ca fiind „dificilă și foarte dificilă” este dublă față de media țărilor UE28 pentru toate tipurile de servicii medicale inventariate în cercetare.

Tabel 4. Percepția dificultății de a accesa servicii de sănătate din perspectiva costului ca fiind „mai degrabă dificil și foarte dificil” pe categorii de vârstă în România și UE28 în anul 2016 (%)

		Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Asistență medicală stomatologi că	Serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală	Asistență medicală de urgență	Alte servicii spitalicești sau medicale specializate
România	18-34 ani	22%	50%	47%	23%	36%
	35-49 ani	31%	59%	53%	40%	54%
	50-64 ani	44%	70%	67%	55%	65%
	65+ ani	40%	65%	64%	50%	61%
UE28	18-34 ani	16%	34%	33%	21%	27%
	35-49 ani	16%	35%	33%	22%	28%
	50-64 ani	18%	38%	36%	24%	31%
	65+ ani	20%	37%	36%	24%	30%

Sursa: EQLS 2016.

Q67. Cât de ușor sau dificil v-ar fi să acoperiți cheltuielile pentru fiecare dintre următoarele, dacă ar fi să apelați la acestea mâine? 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate; 2. Asistență medicală stomatologică; 3. Serviciile unui psiholog, psihiatru sau alte servicii de sănătate mintală; 4. Asistență medicală de urgență; 5. Alte servicii spitalicești sau medicale specializate. 1. Foarte ușor; 2. Mai degrabă ușor; 3. Nici ușor, nici dificil; 4. Mai degrabă dificil; 5. Foarte dificil.

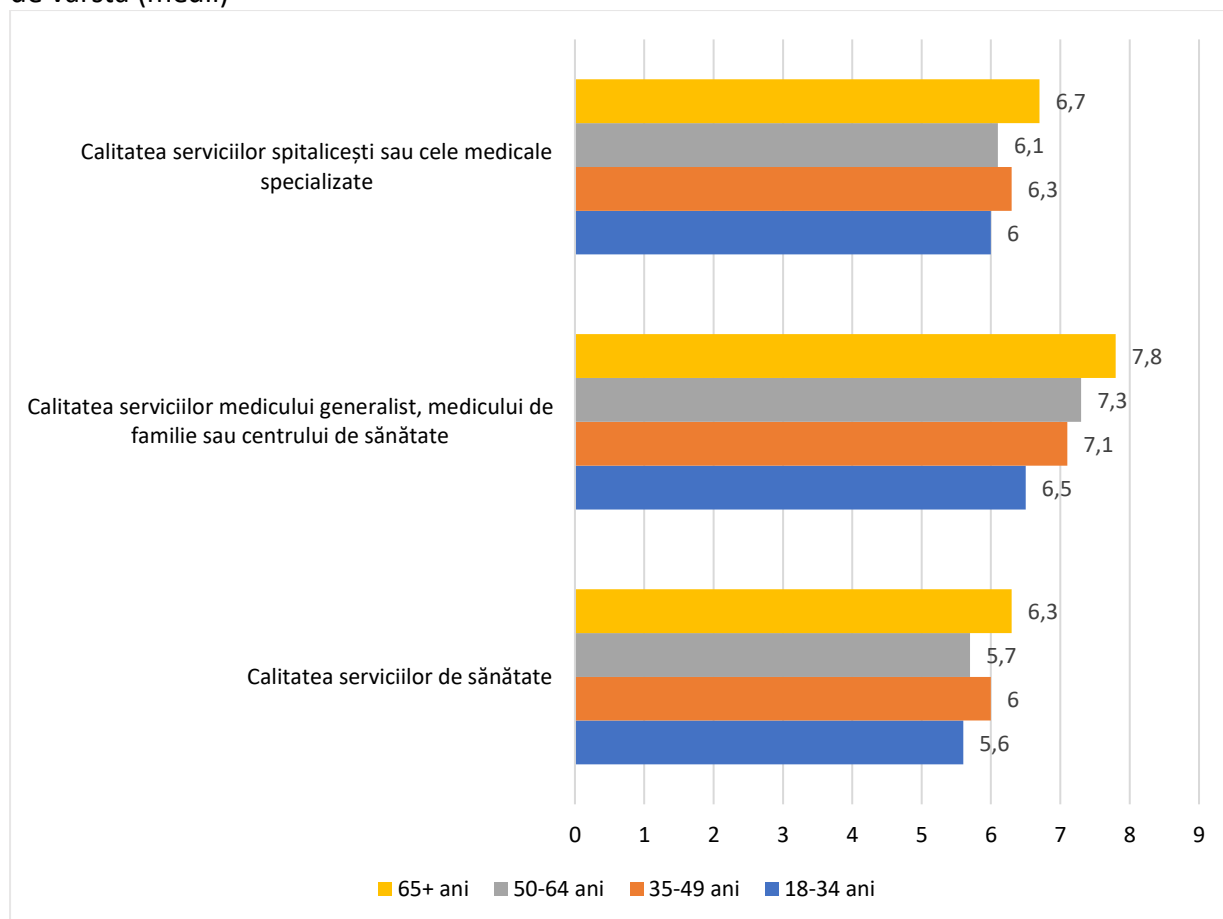
Satisfacția față de calitatea serviciilor de sănătate

Calitatea serviciilor medicale reprezintă alături de accesul la aceste servicii, factori esențiali pentru menținerea și îmbunătățirea stării de sănătate a populației. În ultimul val al cercetării EQLS (2016), au fost introduși mai mulți indicatori care evaluează calitatea serviciilor de sănătate, precum și aspecte legate de tratamentul egal al pacienților sau percepția corupției în cadrul acestor servicii. Într-un raport Eurofound dedicat serviciilor de sănătate și a serviciilor de îngrijire, o analiză bazată pe datele EQLS din 2016, care include un set de indicatori privind calitatea serviciilor medicale primare și

spitalicești/de specialitate, plasează România în grupul țărilor europene cu o performanță scăzută pe toate dimensiunile evaluate, alături de Croația, Cipru și Grecia (Eurofound, 2019).

Satisfacția față de calitatea serviciilor de sănătate în cazul respondenților români a fost sub media europeană în toate valurile cercetării (2003-2016) (Precupețu et al. 2018). Satisfacția față de serviciile medicale primare (medic generalist, medic de familie sau centrul de sănătate) era mai favorabil evaluată față de serviciile medicale în general, dar și față de serviciile spitalicești sau de cele medicale specializate, datorită contactului direct și mai frecvent cu aceste servicii.

Grafic 10. Satisfacția față de calitatea serviciilor de sănătate a românilor în 2016 pe categorii de vârstă (medii)



Sursa: EQLS 2016.

Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile de sănătate. Q59. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate. 2. Serviciile spitalicești sau cele medicale specializate.

Persoanele de 65 de ani și peste aveau un nivel de satisfacție mai ridicat față de celelalte categorii de vârstă în ceea ce privește evaluarea serviciilor de sănătate, fie că este vorba de evaluarea calității serviciilor medicale în general, cât și în ceea ce privește evaluarea calității serviciilor medicale primare sau spitalicești/specializare. Acest nivel de satisfacție mai ridicat provine probabil dintr-o utilizare mai frecventă a serviciilor medicale, dar și din experiența de viață mai îndelungată și expunerea la mai multe greutăți a acestei generații.

În context european, nivelul de satisfacție cu calitatea serviciilor de sănătate a persoanelor de 65 de ani și peste din România era mai scăzut față de media la nivel european, mult sub nivelul satisfacției persoanelor vârstnice din Malta, Austria și Luxemburg, dar deasupra nivelului din Letonia, Grecia și Bulgaria.

Tabel 5. Satisfacția față de calitatea serviciilor de sănătate a persoanelor 65+ în 2016 în UE28 (medii)

	Calitatea serviciilor de sănătate	Calitatea serviciilor medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate	Calitatea serviciilor spitalicești sau cele medicale specializate
Malta	8,2	8,3	8,3
Austria	8,1	9	8,3
Luxemburg	8	8,8	8,1
Belgia	7,7	7,9	7,6
Danemarca	7,6	8,3	8,3
Franța	7,6	8,2	7,6
Finlanda	7,5	7,6	8
Suedia	7,5	7,3	8
Spania	7,4	7,9	7,5
Olanda	7,3	7,8	7,8
Germania	7,2	8,1	7,9
Regatul Unit	7,1	7,3	7,4
Republica Cehă	7	7,6	7,6
Lituania	6,5	7,4	7,2
Estonia	6,4	7,2	6,7
Croația	6,4	7,5	7
Irlanda	6,3	8,3	7,1
Portugalia	6,3	6,8	6,3
România	6,3	7,8	6,7
Slovenia	6,3	7,8	7,3
Ungaria	6,2	7,6	6,3
Slovacia	6,1	6,9	6,7
Italia	6	7,2	6,4
Cipru	5,9	7,5	6,5
Polonia	5,9	7,2	6,3
Bulgaria	5,7	6,9	6,1
Grecia	5	6,2	5,4
Letonia	4,8	6,8	6,6
UE28	6,9	7,7	7,2

Sursa: EQLS 2016.

Q58. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile de

sănătate. Q59. În general, cum evaluați calitatea următoarelor servicii publice în România? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă calitate foarte proastă și 10 înseamnă calitate foarte bună. 1. Serviciile medicului generalist, medicului de familie sau centrului de sănătate. 2. Serviciile spitalicești sau cele medicale specializate.

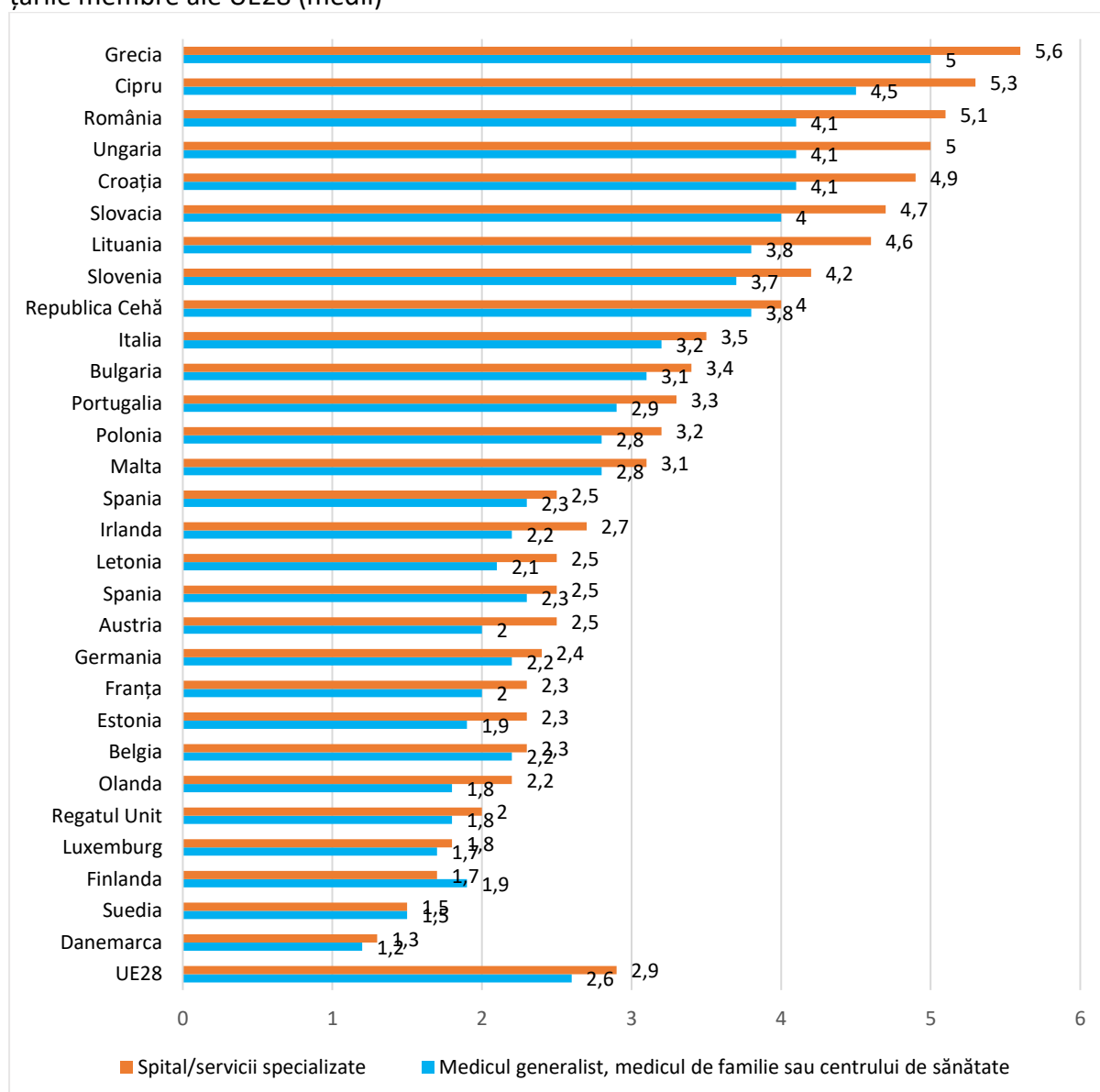
Nivelul satisfacției față de calitatea serviciilor medicale primare era în 2016 mai ridicat față de nivelul satisfacției cu calitatea serviciilor medicale în general în toate statele europene. Relația este similară și în cazul serviciilor spitalicești. De asemenea, relația este întâlnită atât la nivelul populației în general, cât și în cazul persoanelor vârstnice. Diferențele între nivelul de satisfacție cu privire la calitatea serviciilor medicale primare sau a serviciilor medicale spitalicești/de specialitate se diminuează între vârstnicii din România și media UE28.

Percepția corupției în sistemul medical

România se afla în 2016 între țările în care percepția existenței corupției în cadrul sistemului medical era printre cele mai ridicate în contextul celorlalte state membre ale UE28, atât în cadrul serviciilor primare, cât și în cazul serviciilor spitalicești sau serviciilor specializate. Percepția corupției era ridicată atât la nivelul populației generale, cât la nivelul populației de 65 de ani și peste.

De asemenea, se observă că percepția corupției este mai ridicată în cadrul serviciilor medicale spitalicești/de specialitate față de serviciile medicale primare în majoritatea statelor europene. Diferențele în percepția corupției în funcție de categoria de vârstă sunt relativ reduse, existând totuși tendința ca persoanele vârstnice să aprecieze existența corupției într-un măsură mai mică.

Grafic 11. Percepția corupției în serviciile de sănătate pentru persoanele 65+ în 2016 în țările membre ale UE28 (medii)



Sursa: EQLS 2016.

Q63. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații despre serviciile medicului generalist, medicului de familie sau ale centrului de sănătate din zona dvs.? Vă rog să folosiți o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „în dezacord complet” și 10 înseamnă „complet de acord”: 2. Corupția este un lucru comun în aceste servicii în zona mea.

Q66. În ce măsură sunteți de acord sau în dezacord cu următoarele afirmații referitoare la serviciile spitalicești sau cele medicale specializate din zona dvs.? Vă rog să îmi spuneți, folosind o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „în dezacord complet” și 10 înseamnă „complet de acord”: 2. Corupția este un lucru comun în aceste servicii în zona mea.

Eurobarometrul 93 realizat în vara anului 2020 surprinde opiniile și atitudinile cetățenilor europeni în contextul pandemiei de Covid-19. Încrederea cetățenilor români în sistemul de sănătate și în personalul medical era una dintre cele mai scăzute, 60% dintre respondenți menționând că tind să aibă încredere, în timp ce 37% au răspuns că tind să nu aibă încredere. Doar cetățenii din Bulgaria,

Ungaria au exprimat o încredere mai mică decât a românilor în această instituție și personalul ei (European Union 2020).

Concluzii

Starea de sănătate a populației României înaintea pandemiei de Covid-19 era una defavorabilă în context european, atât la nivelul populației generale, cât și în ceea ce privește populația vârstnică. În anul 2018, speranța de viață la naștere în România era 75,3 ani, sub valoarea medie a UE cu aproape 6 ani. Speranța de viață la 65 de ani este, de asemenea, una dintre cele mai scăzute din UE, media UE28 fiind cu 3 ani mai ridicată. Românii trăiesc mai puțin decât cetățenii din alte țări europene și trăiesc un timp mai îndelungat în situație de boală cronică sau dizabilitate.

România avea una dintre cele mai ridicate rate de mortalitate între țările europene la nivelul populației întregii populații, dar și la populația de 65 de ani și peste (doar Bulgaria are mortalitatea mai ridicată). Mai mult de jumătate din numărul de decese sunt cauzate de bolile cardiovasculare. La nivel european, țara noastră avea doua cea mai ridicată rata de mortalitate cauzată de bolile cardiovasculare la persoanele de 65 de ani și peste (după Bulgaria).

În contextul pandemiei de covid-19, persoanele vârstnice și cele cu boli cronice au fost cele mai vulnerabile (peste 85% dintre decese au avut loc la persoanele de peste 60 de ani, iar peste 95% dintre decese s-au soldat la persoanele cu comorbidități).

Deși incidența îmbolnăvirilor cu covid-19 nu a fost atât de ridicată la persoanele de peste 60 de ani, mortalitatea a fost cea mai ridicată în cazul acestora.

Mortalitatea în exces (nu doar din cauza infecției cu coronavirus) a început să fie pusă în evidență din luna iunie 2020 (cu cele mai multe decese în exces în lunile octombrie, noiembrie, decembrie 2020). De exemplu, în noiembrie 2020 față de noiembrie 2019 au avut loc peste 14000 de decese în plus, din care aproximativ doar 4300 din cauza coronavirusului, restul deceselor fiind cauzate în cea mai mare parte de bolile cardiovasculare.

România este în primele 20 de țări din lume cele mai afectate ca număr de decese la nivel mondial în ceea ce privește infecțiile cu Covid-19, iar între statele din UE se situează în primele 10 țări cele mai afectate ca număr de infectări și de decese.

Sistemul de sănătate românesc era subfinanțat și se confrunța cu numeroase probleme și înainte de pandemie: o acoperire prin asigurări de sănătate redusă, mari inegalități de acces și de disponibilitate a serviciilor medicale în funcție de mediul de rezidență, un număr mic a personalului medical raportat la populație (printre cele mai scăzute din UE), un sistem extrem de puțin orientat spre prevenție (cele mai mici cheltuieli pentru acest domeniu în context european) și cu o populație numeroasă care raportează nevoi nesatisfăcute cu privire la consultațiile medicale. Ratele privind mortalitatea evitabilă prin prevenție sau mortalitatea prin cauze tratabile erau printre cele mai ridicate între statele UE înainte de pandemie, evidențiind slaba eficiență a sistemului.

Indicatorii subiectivi evidențiază aceeași situație negativă a stării de sănătate.

Vârsta este un factor important al inegalităților în sănătate, starea de sănătate deteriorându-se o dată cu înaintarea în vârstă. Evaluarea stării de sănătate păstrează această tendință, persoanele de 65 de ani și peste din România își evaluează starea de sănătate cel mai slab în comparație cu celelalte grupe de vârstă și cu persoanele din aceeași categorie de vârstă din UE.

În context european, proporția persoanelor de 65 de ani și peste din România care apreciază posibilitatea de a acoperi costurile unor consultații medicale ca fiind „dificilă și foarte dificilă” este dublă față de media țărilor UE28 pentru toate tipurile de servicii medicale inventariate în cercetare.

Indicatorii de evaluare a sistemului de sănătate (accesul la servicii, indicatorii cu privire la satisfacția față de calitatea serviciilor primare sau spitalicești/de specialitate, percepția corupției în sistemul de sănătate) plasează sistemul de sănătate românesc într-o poziție nefavorabilă în contextul celorlalte state ale UE.

Riscuri pentru populația vârstnică în contextul pandemiei de COVID 19

Starea de sănătate precară la nivelul populației României, dar mai ales a populației vârstnice constituie un dezavantaj important în condițiile pandemiei de Covid-19, întrucât această boală a afectat cel mai mult persoanele cu afecțiuni preexistente. Bolile cardiovasculare reprezintă cel mai important factor de risc în cazul infecției cu Covid-19, iar acestea reprezintă principalele afecțiuni cronice în populație, precum și principalele surse de mortalitate în România.

În această perioadă de pandemie, toate eforturile s-au concentrat spre pacienții infectați cu Covid-19, limitând și mai mult accesul la servicii medicale a tuturor pacienților non-covid (bolnavi cronici, pacienți oncologici, a pacienților cu urgențe medicale). Unii pacienți au amânat prezentarea la medic, alții au amânat tratamentul oncologic sau l-au urmat cu dificultate etc. Unii pacienți s-au îndreptat către clinicile și spitalele private, alții au renunțat.

Numeroase focare de Covid-19 au fost în instituțiile de îngrijirea persoanelor vârstnice, atât în România, cât și în alte țări. Sistemul de îngrijire pe termen lung a persoanelor vârstnice este slab dezvoltat în țara noastră, numărul persoanelor vârstnice aflate în centre rezidențiale fiind mult mai mic față de alte țări europene, ceea ce, probabil, a reprezentat un element favorabil în contextul pandemiei. Pe de altă parte, traiul în gospodării multi-generaționale a vârstnicilor români, poate fi considerat un risc în pandemie. Pandemia a arătat, de asemenea, nevoia esențială pentru servicii de asistență socială destinate bătrânilor care trăiesc singuri și nu au aparținători.

Sistemul de sănătate românesc, cronic subfinanțat de la începutul tranziției, a fost surprins de pandemia de Covid-19 complet nepregătit. Multe vulnerabilități ale sistemului au ieșit acum la iveală: lipsa dotărilor și aparaturii medicale moderne în toate spitalele, lipsa materialelor și consumabilelor medicale, lipsa personalului medical, lipsa prevenției, slaba pregătire a medicilor de familie și lipsa ambulatoriilor pentru tratarea pacienților cronici/oncologici. Infecțiile nosocomiale, ignorate atât de

mult timp pe secțiile de ATI, contribuie la o eficiență mică în tratarea pacienților Covid-19, rata de deces a celor care ajung în secțiile de ATI fiind foarte ridicată.

Cei mai mulți vârstnici trăiesc în mediul rural, având surse de venit modeste și condiții de viață precare, acestea toate constituie riscuri importante în contextul pandemiei.

Referințe și surse de date

Date oficiale. <https://datelazi.ro>. Accesat 15 aprilie 2021.

Dubois, Hans, Leončikas, Tadas. 2021. Living conditions and quality of life. Protecting access to healthcare during COVID-19 and beyond. Accesat 18 ianuarie 2021.

https://www.eurofound.europa.eu/publications/blog/protecting-access-to-healthcare-during-covid-19-and-beyond?utm_campaign=living-conditions-and-quality-of-life&utm_content=ef21014&utm_source=facebook&utm_medium=social-network&fbclid=IwAR0akJmu_uKrauzn6J21QzeoXRIYkdHJgSoB2dcpHbE9AcSDrNysNjNVXPE

Eurofound. 2019. Quality of health and care services in the EU, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef_18034en.pdf

European Union. 2020. Standard Eurobarometer 93. Summer 2020. Report. The EU and the coronavirus outbreak.

<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinionmobile/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/surveyKy/2262>

Eurostat. 2020a. *Population structure and ageing*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#Median_age_is_highest_in_Italy

Eurostat. 2020b. Database. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Eurostat. 2020c. *Causes of death statistics - people over 65*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics_-_people_over_65#Standardised_death_rates_for_the_elderly_.E2.80.94_main_causes_of_death_in_the_EU_and_the_Member_States

Eurostat. 2020d. Weekly deaths statistics - March to June 2020. Almost 170 000 additional deaths in the EU. A peak in late March - early April. Newsrelease 155/2020 - 19 October 2020.

<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/11438257/3-19102020-BP-EN.pdf/cc763e0b-38c3-f99f-1f9c-81fa5f3d3850>

Eurostat. 2020e. Ageing Europe. Looking at the Lives of Older People in the EU.

<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91>

Eurostat 2020f. *Healthcare expenditure across the EU: 10% of GDP*.

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20201202-1>

- Eurostat. 2021a. Excess mortality in Europe over January-November 2020. Accesat Ianuarie 2021. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics&oldid=509982#Excess_mortality_in_Europe_over_January-November_2020
- Eurostat. 2021b. Weekly death statistics. Accesat în Aprilie 2021. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Weekly_death_statistics#Dramatic_rise_in_deaths_in_early_spring_and_in_autumn_2020
- INS (Institutul Național de Statistică al României). 2020. *Mișcarea naturală a populației*. Comunicate de presă în perioada ianuarie 2020- aprilie 2021. <https://insse.ro/cms/ro/tags/comunicat-miscarea-naturala-populatiei>
- INS (Institutul Național de Statistică al României). 2021a. *Mișcarea naturală a populației*. Mișcarea naturală a populației în luna noiembrie 2020, sub spectrul crizei sanitare. Comunicat de presă publicat în 14 ianuarie 2021. https://insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/pop11r20.pdf
- INS (Institutul Național de Statistică al României). 2021b. Principalele cauze de deces în România (set de date publicat în 19 ianuarie 2021). <https://insse.ro/cms/ro/content/principalele-cauze-de-deces-în-românia>
- INS (Institutul Național de Statistică al României). 2021c. *Mișcarea naturală a populației în luna decembrie 2020, sub spectrul crizei sanitare*. Comunicat de presă publicat în 10 aprilie 2021. https://insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/pop12r20.pdf
- INSP. 2019. Săptămâna europeană de luptă împotriva cancerului 25-31 mai 2019. Analiză de situație. https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2019/05/03_EPS_Timisoara_Analiza_SELIC_2019.pdf
- INSP. 2020. Factori de risc pentru deces la cazurile confirmate cu COVID-19 A doua analiza. Publicat 2 noiembrie 2020. <http://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-cazuri-confirmate-covid19/2064-analiza-epidemiologica-2-factori-de-risc-pentru-deces-cu-covid-19/file>
- INSP. 2021. Covid 19 Raport săptămânal de supraveghere Date raportate până la data de 11 aprilie. Accesat în 14 aprilie 2021. <http://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-cazuri-confirmate-covid19/2388-raport-saptamanal-episaptamana14-2021/file>
- Johns Hopkins University & Medicine. 2021. Mortality Analyses. Coronavirus Resource Center. Accesat 15 aprilie 2021. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>
- Marginean, Ioan, Precupețu, Iuliana, Tzanov, Vassil, Preoteasa, Ana Maria, Voicu, Bogdan. 2006. First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef_0667en.pdf
- Ocnaru, Bogdan. 2020. Tratamente vitale, întrerupte de coronavirus. Frica de infectare le pune viața în pericol bolnavilor de cancer. 09.11.2020. <https://observatornews.ro/sanatate/tratamente-vitale-pentru-bolnavii-de-cancer->

- [intrerupte-de-coronavirus-frica-de-infectare-le-pune-viata-in-pericol-402117.html?fbclid=IwAR3pzLnloEDzFTh4gbl8vQvPqH2gy_Kv94K2F1FPfySlf6TZBhSj8AeJ9ll](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/f345b1db-en.pdf?expires=1588106956&id=id&accname=guest&checksum=2B7DADFE217139BD5EC6F7ECBCDDA4)
- OECD and European Observatory on Health Systems and Policies. 2019. *State of Health in the EU. România. Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/f345b1db-en.pdf?expires=1588106956&id=id&accname=guest&checksum=2B7DADFE217139BD5EC6F7ECBCDDA4>
- OECD/European Union. 2020. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1609875620&id=id&accname=guest&checksum=3E772FAFF506D5A2AD6535E12BD82CC7>
- Pavel, Adriana. 2020. COPAC: Pacienții cronici nu au devenit singuri mai vulnerabili, ci sistemul de sănătate i-a vulnerabilizat. *Formare medicală*. 18.09.2020. <https://www.formaremedicala.ro/copac-pacientii-cronici-nu-au-devenit-singuri-mai-vulnerabili-ci-sistemul-de-sanatate-i-a-vulnerabilizat/?fbclid=IwAR1GwUYPdTJqD9igBLAPtxOftl7QMeNwRb3az-TICNPZFGSuHNNHsj-VIxE>
- Precupețu, Iuliana. 2008. „Evaluări ale protecției sociale și îngrijirii sănătății”. În Ioan Mărginean și Iuliana Precupețu (coord.). *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale*, București: Co-edition Expert și CIDE, pp. 137-146.
- Precupețu, Iuliana, Precupețu Marius. 2013. *Inequality in Romania: Dimension and Trends*. București: Editura Academiei Române.
- Precupețu, Iuliana (coord.) Mihalache, Flavius, Petrescu, Claudia, Pop, Cosmina Elena, Tufă, Laura, Vasile, Marian. 2018. *Calitatea vieții în România în context european. Raport de cercetare*. <http://www.iccv.ro/wp-content/uploads/2018/03/Raport-Calitatea-Vietii.pdf>
- Suciu, Cătălin. 2020. Medic din Cluj. „Văd că toată lumea e concentrată pe Covid19. E o greșală. Ce facem cu ceilalți bolnavi? Sunt unii care se plimbă între spitale și nu-i primește nimeni” 21 aprilie 2020. Actual de Cluj. Accesat în aprilie 2020 <https://actualdecluj.ro/medic-din-cluj-vad-ca-toata-lumea-e-concentrata-pe-covid19-e-o-greseala-ce-facem-cu-ceilalti-bolnavisunt-unii-care-se-plimba-intre-spitale-si-nu-i-primeste-nimeni/?fbclid=IwAR36BZzDhfsazXa1X4F1tk17RVts79OgsWQHYUDfPbUZKL6oiaMSDhsDJC4>
- TEMPO. 2020. Baza de date Tempo. INSSE. <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>
- Voicu, Mălina. (ed.). 2020. Pandemia COVID19 din perspectivă demografică. Raport Social al ICCV 2020. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții. <http://bibliotecadesociologie.ro/download/voicu-malina-ed-2020-pandemia-covid19-din-perspectiva-demografica-raport-social-al-iccv-2020-bucuresti-institutul-de-cercetare-a-calitatii-vietii/>

Munca vârstnicilor

Laura Tufă

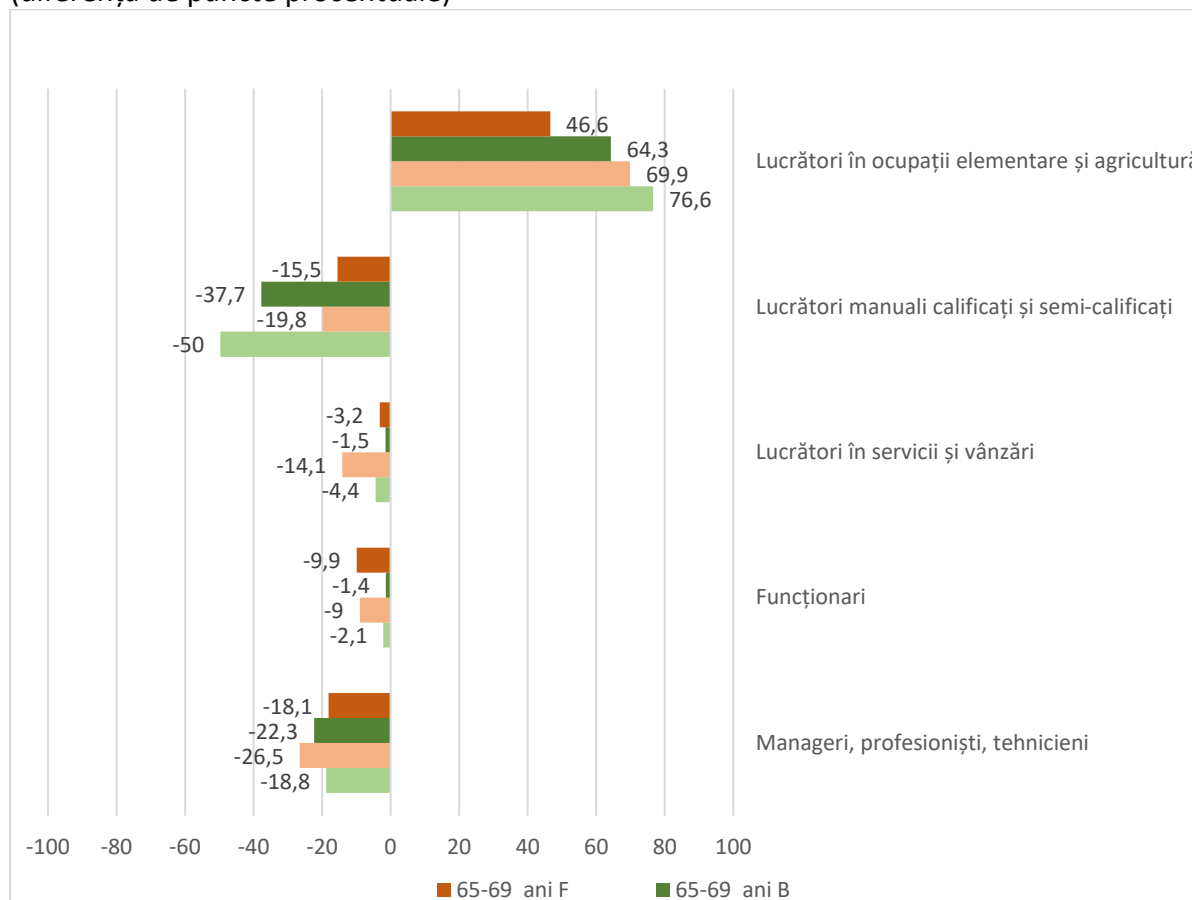
Introducere

Înainte de declanșarea pandemiei de COVID-19, cele mai recente dezbateri legate de munca persoanelor vârstnice propuneau extinderea vieții de muncă a acestora ca soluție pentru o serie de probleme sistемice: pe de o parte lipsa forței de muncă în anumite sectoare și domenii de activitate, pe de altă parte soluție la îmbătrânirea demografică a populației, iar pentru cazul României, posibilitatea de suplini cuantumul veniturilor mici din pensiile de stat cu un venit al unui loc de muncă. Astfel, după lansarea *Strategiei Naționale pentru Promovarea Îmbătrânirii Active* din 2015, prezentarea posibilității muncii persoanelor vârstnice ca o oportunitate pentru angajatori a căpătat o vizibilitate mai ridicată în mass-media și în cerințele locurilor de muncă noi. Schimbarea s-a produs în aproape cei cinci ani, timp în care discursul privind persoanele vârstnice s-a mutat de la o logică protecționistă la una de parțială împuternicire prin muncă, fiind văzuți ca un grup demografic care poate susține segmente economice în care alte grupuri demografice nu se angajau. În același timp însă, locurile de muncă erau proiectate pentru pensionari cu scopul de oferi un salariu care doar în cumul cu pensia putea constitui un venit decent, o politică prezentă în discursurile de promovare a angajării acestora.

Extinderea vieții de muncă după vârsta de pensionare. Pattern-uri, provocări și vulnerabilități în spațiul european înainte de apariția pandemiei de Coronavirus COVID-19

La nivel european, la începutul anilor 1990 evoluția a înregistrat reducerea tendinței de pensionare anticipată. Astfel, conform datelor *Labor Force Survey* din 2012, care a analizat trecerea de la viața de muncă la pensionare, la nivelul populației europene, între 2006 și 2012, s-a înregistrat o scădere a numărului de persoane între 50 și 69 de ani care primeau pensie pentru limită de vârstă (Özdemir et al. 2015). În România, tendința a fost inversă, cu o creștere semnificativă comparativ cu alte țări, reflectând atât mărirea vârstei de pensionare, cât și o politică generală de a descuraja pensionarea anticipată.

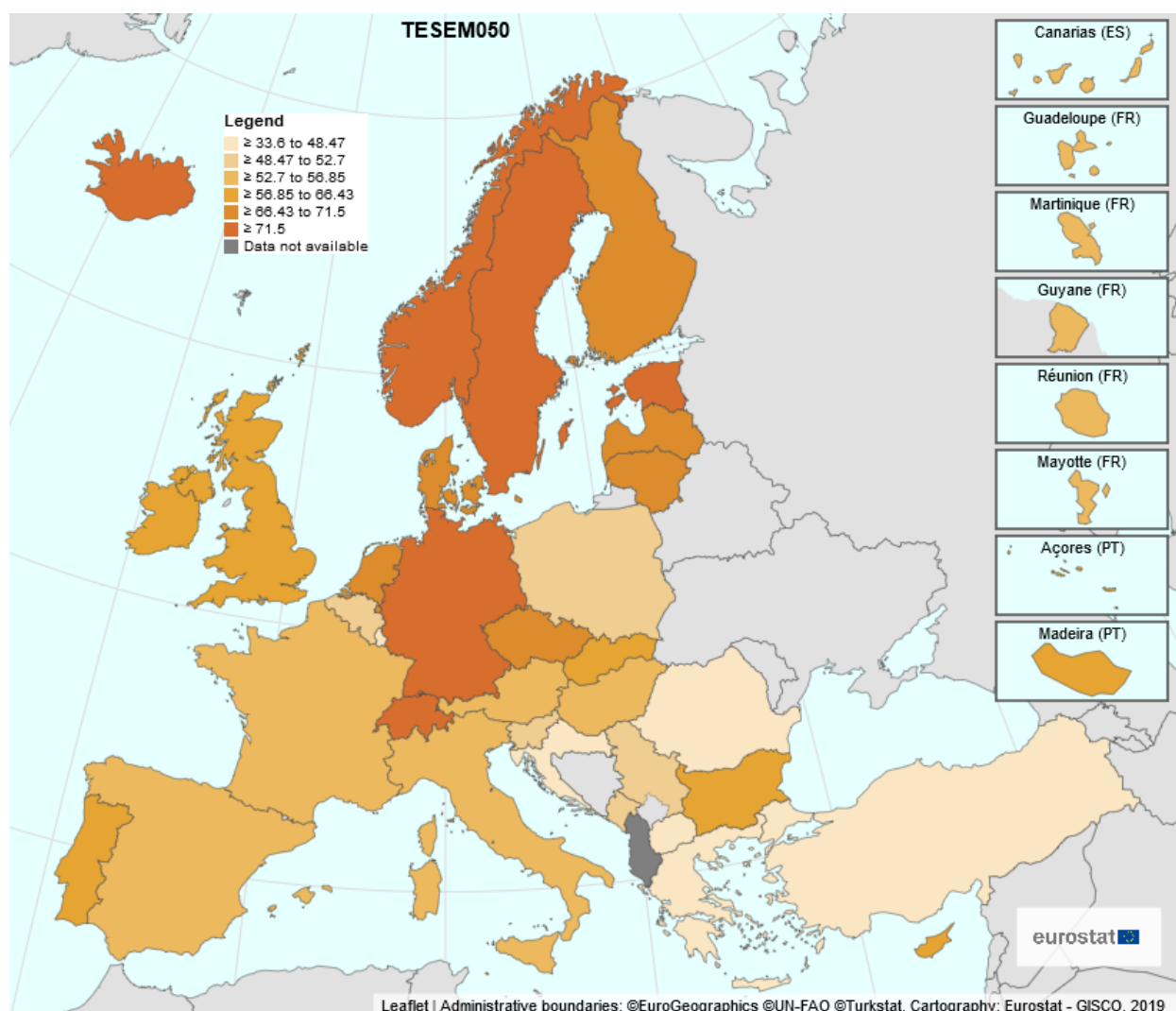
Grafic 1. Diferența în distribuția ocupațională a persoanelor vârstnice în 2012 din România care lucrează și primesc pensie și cele care nu mai activează economic și primesc pensie (diferență de puncte procentuale)



Sursa: Eurostat LFS Ad-hoc module 2012, comparații între cei care lucrează și primesc pensii, față de cei care primesc pensie de limită de vârstă și nu mai activează economic (bărbați și femei).

Politicile de extindere a vieții de muncă depind de regimurile de ocupare care susțin traiectoriile active în viața de muncă pe parcursul vieții, astfel e relevant de observat ce fel de ocupare prezintă categoriile de vârstă anterioare pragului oficial de pensionare. Conform datelor Eurostat, pentru categoria de vârstă 55-64 de ani, ocuparea în România e de 48%, sub media EU28 de 60% (Grafic 2).

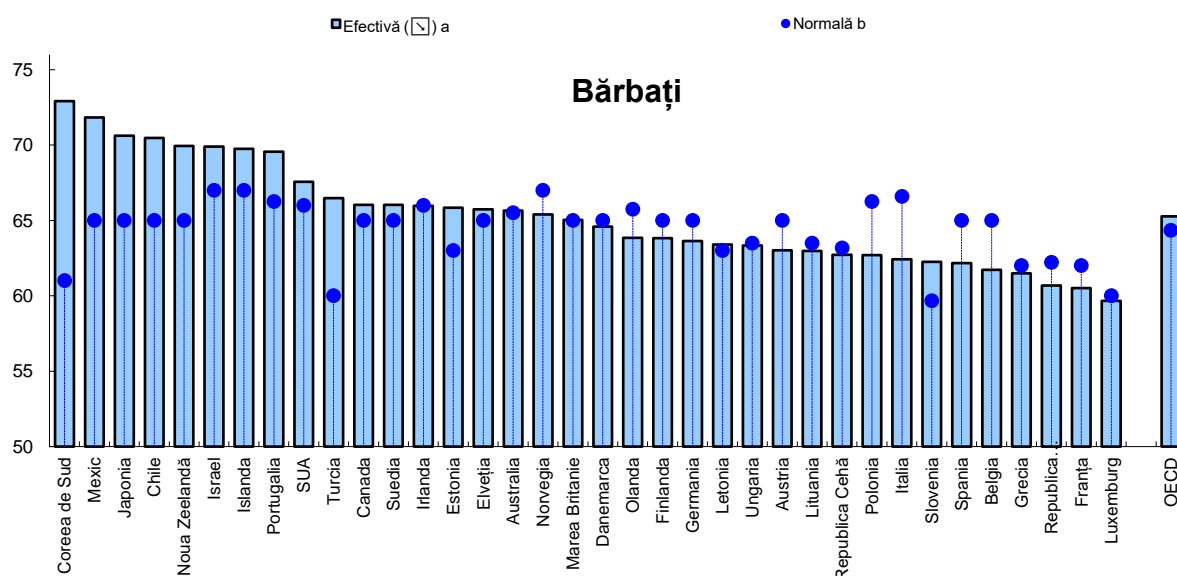
Grafic 2. Rata de ocupare a persoanelor între 55 și 64 de ani în țările europene



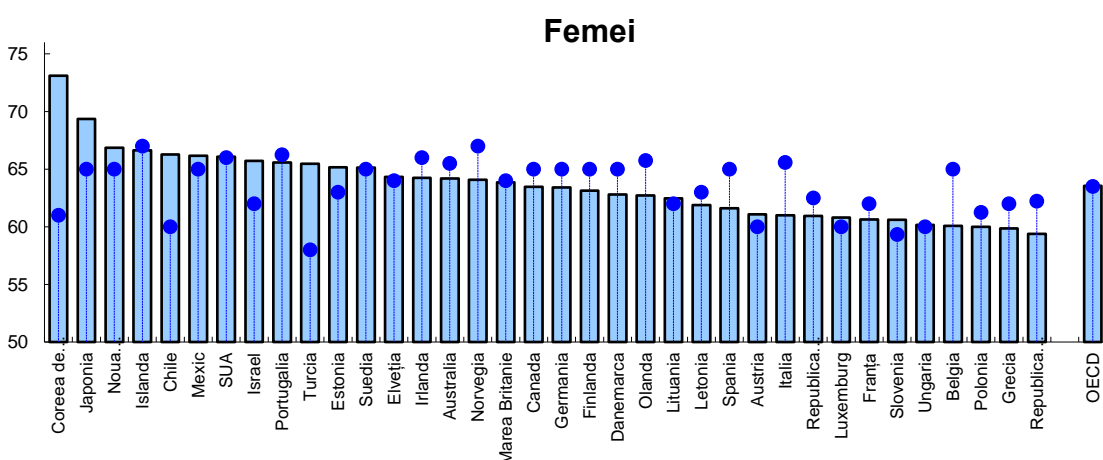
Sursa de date: Eurostat 2019.

Analizele comparative a modelelor de extindere a vieții de muncă ne indică faptul că multe dintre aceste modele de angajare post-pensionare sunt diferite în funcție de regimurile bunăstării din țările europene (Neumann *et al.* 2020). Există în general trei factori majori contextuali la nivel macrosocial care explică distribuțiile diferite ale muncii după vârsta de pensionare: sistemele de pensii, nivelul inegalității sociale la vârste înaintate și regimurile bunăstării care implică anumite modele și traiectorii de pensionare. Astfel, există o dependență de sistemele care trasează căile de pensionare, politicile de descurajare a pensionării anticipate ducând la o mai mare participare pe piața muncii a forței de muncă în vârstă (Börsch-Supan și Ferrari 2017). Deși la nivel global politicile de susținere a îmbătrânirii active sunt din ce în ce mai puternic promovate, traiectoriile de pensionare la limita de vârstă a populației trasează anumite tipare de extindere a vieții de muncă. În Graficele 3 și 4 putem observa diferențele între vârsta oficială de pensionare în comparație cu vârsta efectivă de pensionare, pentru a urmări evoluția pensionării anticipate în regimuri ale bunăstării diferite.

Grafic 3. Vârsta medie efectivă a ieșirii de pe piața forței de muncă comparativ cu vârsta normală de pensionare (2012-2017)-Bărbați



Grafic 4. Vârsta medie efectivă a ieșirii de pe piața forței de muncă comparativ cu vârsta normală de pensionare (2012-2017)-Femei



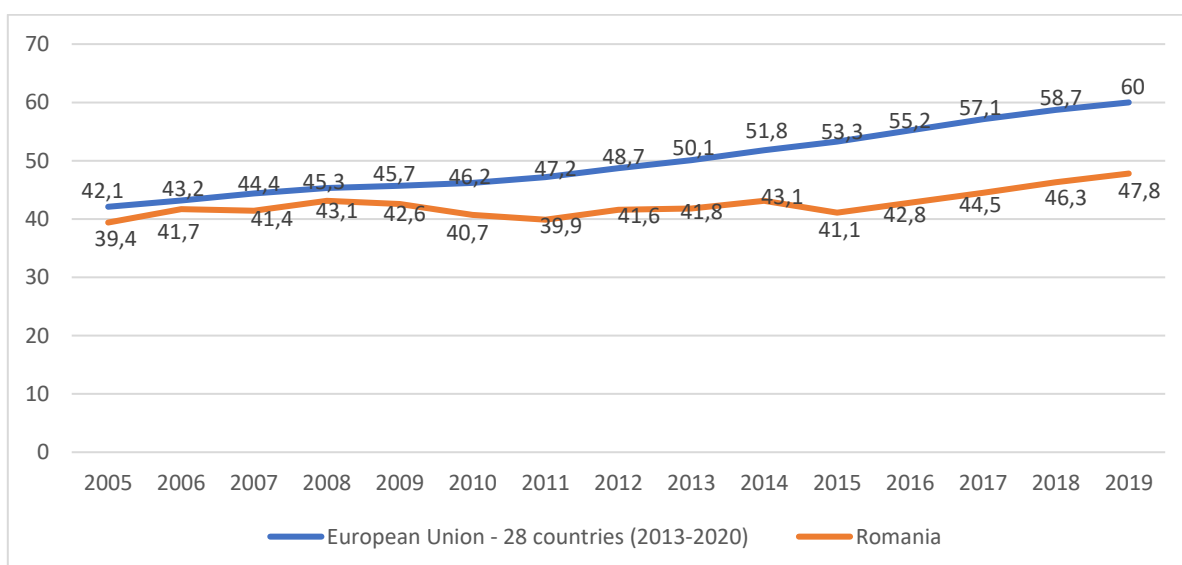
Sursa datelor: OECD 2012-2017. Notă (OECD, traducere proprie): a) Vârsta medie efectivă de pensionare este definită ca vârsta medie de ieșire din forța de muncă pe o perioadă de 5 ani. Ieșirile din forța de muncă (nete) sunt estimate luând diferența dintre rata de participare pentru fiecare grupă de vârstă de 5 ani (40 de ani și peste) la începutul perioadei și rata pentru grupa de vârstă corespunzătoare cu vârsta de 5 ani mai mare la sfârșit a perioadei. Vârsta oficială corespunde vârstei la care se poate primi o pensie, indiferent dacă un lucrător are o evidență lungă de asigurare a anilor de cotizare. b) Vârsta normală de pensionare este vârsta la care o persoană se poate pensiona (în 2017), fără nicio reducere la pensie, având o carieră completă de la vârsta de 20 de ani.

În același timp, extinderea vieții de muncă reprezintă, pe lângă una dintre dimensiunile politicilor de îmbătrânire activă, și una dintre soluțiile de ordin social pe termen lung ale sustenabilității statului bunăstării, împreună cu alte soluții, în principal dominate de abordări economice (Meier și Werding 2010). În acest sens, extinderea vieții de muncă poate provoca tensiuni

între sustenabilitatea și generozitatea statului bunăstării (Koch și Thimman 1999). Deși pensionarea întârziată e văzută ca o soluție pentru adecvarea sistemelor de pensii și reglarea lipsei de sustenabilitate, în realitate nu toate formele de pensionare întârziată sunt forme sustenabile (Meier și Werding 2010, De Wispelaere și Pacolet 2017). În acest sens, sistemul de credit de timp prezent în Belgia este un exemplu de sistem generos, dar nesustenabil. Astfel, după vârsta de 50 de ani, lucrătorii au dreptul de a reduce orele de lucru, cu menținerea în continuare a drepturilor de pensie. Un astfel de sistem este considerat unul generos, care ar permite continuarea mai multor ani în muncă, însă el nu reflectă în mod real posibilitățile pe viitor ale sistemului de pensii. În general, reducerea impozitelor pentru angajatorii care angajează persoanele vârstnice, deși o măsură de incluziune benefică pe termen scurt pentru extinderea vieții de muncă, poate crea o piață a forței de muncă pentru vârstnici artificială și separată, care riscă să se mențină doar în condițiile generate formal de oferirea de beneficii angajatorilor (Pacolet, Bouten & Versieck 2018).

Deși datele ne indică o evoluție pozitivă a ratei de ocupare a persoanelor înainte de vârsta de pensionare pentru categoria de vârstă 55-64 de ani, dacă urmărim evolutiv datele între anii 2005 și 2019, putem observa că diferența între media europeană și media în România se adâncește în ultimii 5 ani. Astfel, această categorie de lucrători în vârstă devine mai precară pe piața forței de muncă.

Grafic 5. Rata de ocupare înainte de vârsta de pensionare pentru categoria de vârstă 55-64 de ani



Sursa de date: Eurostat 2020.

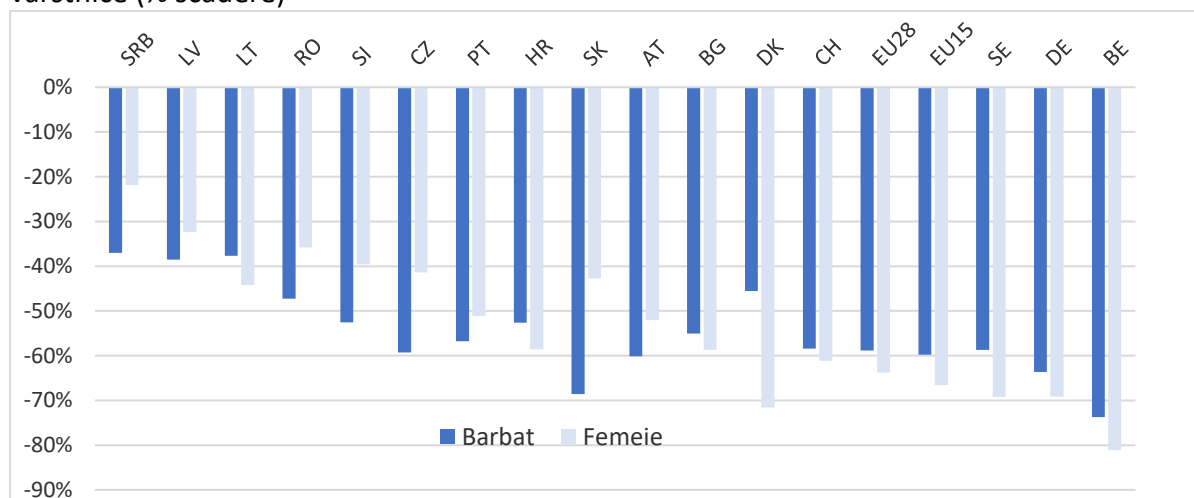
În acest context, politica de extindere a vieții de muncă după vârsta de pensionare apare pe un fundal al ocupării precare a persoanelor care se aproprie de vârsta de pensionare, iar discursurile privind îmbătrânirea activă se manifestă diferit în contexte europene care în timp au asigurat modele de bunăstare și de implicare a vârstnicilor foarte distincte. Un argument în general puternic pentru critica îmbătrânirii active prin extinderea vieții de muncă în mod uniform la nivel european (după pragul oficial de pensionare valabil în multe țări, după vârsta de 64 de ani) este că există diferențe semnificative între țări în felul în care sistemele de sănătate pot susține o speranță de viață sănătoasă

pentru populație și implicit aceste diferențe pot afecta calitatea vieții de muncă post-pensionare în mod diferit. Cu toate acestea, analize recente pe datele provenind din Survey on Health, Retirement, and Ageing in Europe (SHARE), cât și Labor Force Survey (LFS) ne indică faptul că nu există o asociere puternică între starea de sănătate a populației și tendințele în ocuparea persoanelor vârstnice, sănătatea nu pare să fie un factor principal în decizia de a continua activitatea pe piața forței de muncă (Börsch-Supan, Ferrari, Pasini & Salerno 2020).

Astfel, ca model de evoluție a păstrării persoanelor vârstnice în câmpul muncii, România preia extinderea vieții de muncă a acestora ca o formă restrânsă de dumping social, pe fondul unui risc de sărăcie al populației considerabil mai ridicat decât în alte țări europene. Graficul 6 ne arată cum a evoluat rata ocupării la persoanele vârstnice (comparații între 2013 și 2018) între diferite țări europene. România și o serie de țări indică, conform datelor LFS, un model de retenție care se grupează împreună cu un segment de țări cu un nivel al veniturilor scăzut comparat cu media europeană.

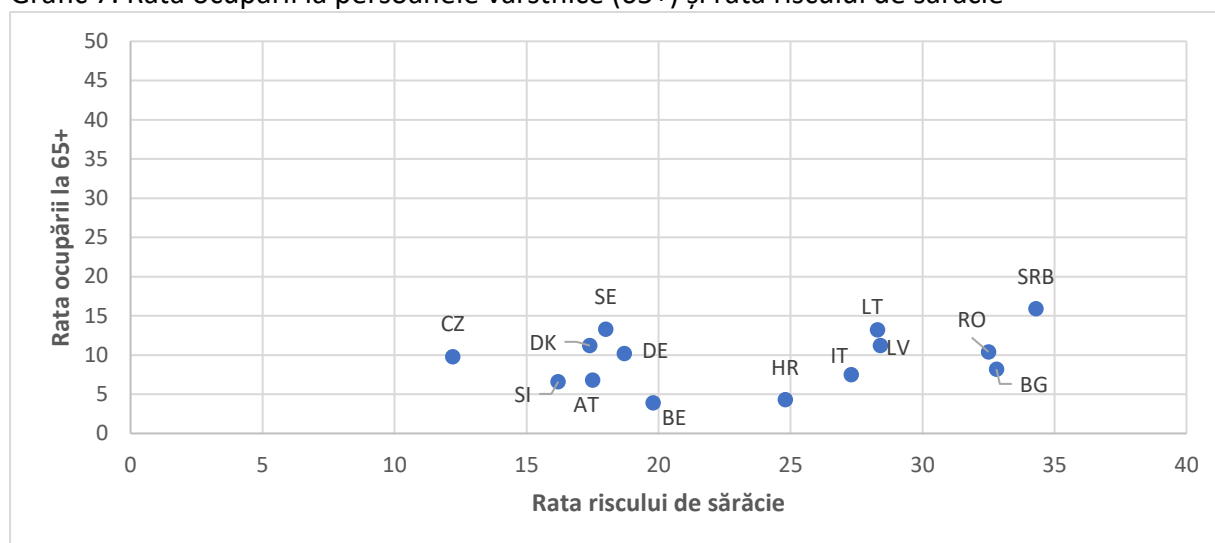
Mai mult, diferențele de gen indică o mai ridicată retenție a muncii după perioada vârstei de pensionare a femeilor față de bărbați, iar prelungirea vieții de muncă pare să fie totuși mai puțin comună în țări cu deprivare materială mai scăzută. În România, modelul de prelungire e mai degrabă concentrat pe extensiile pe termen scurt (1-2 ani după vârsta de pensionare).

Grafic 6. Extinderea vieții de muncă în UE- Schimbarea ratei de ocupare a persoanelor vârstnice (% scădere)



Sursa datelor: LFS, 2018. Scăderea ratei de ocupare pentru grupa de vârstă 65-69, în comparație cu rata de ocupare ale aceleiași cohorte, când aveau 60-64 de ani (măsurată în 2018, respectiv în 2013). Calcule proprii ca rată a "ieșirii târzii" de pe piața muncii. Rata ieșirii târzii (late exit ratio) nu e ajustată pentru rata deceselor și pentru variațiile de prag statuar de pensionare la limită de vârstă (e luat ca standard pragul de 64 de ani). Model de citire: În România, femeile ies mai târziu de pe piața muncii decât bărbații, rata de ocupare a bărbaților între 65 și 69 de ani fiind mai mică cu aproape 50% față de rata de ocupare a aceleiași cohorte în 2013, comparativ cu cea a femeilor, care e cu 36% mai mică.

Grafic 7. Rata ocupării la persoanele vârstnice (65+) și rata riscului de sărăcie

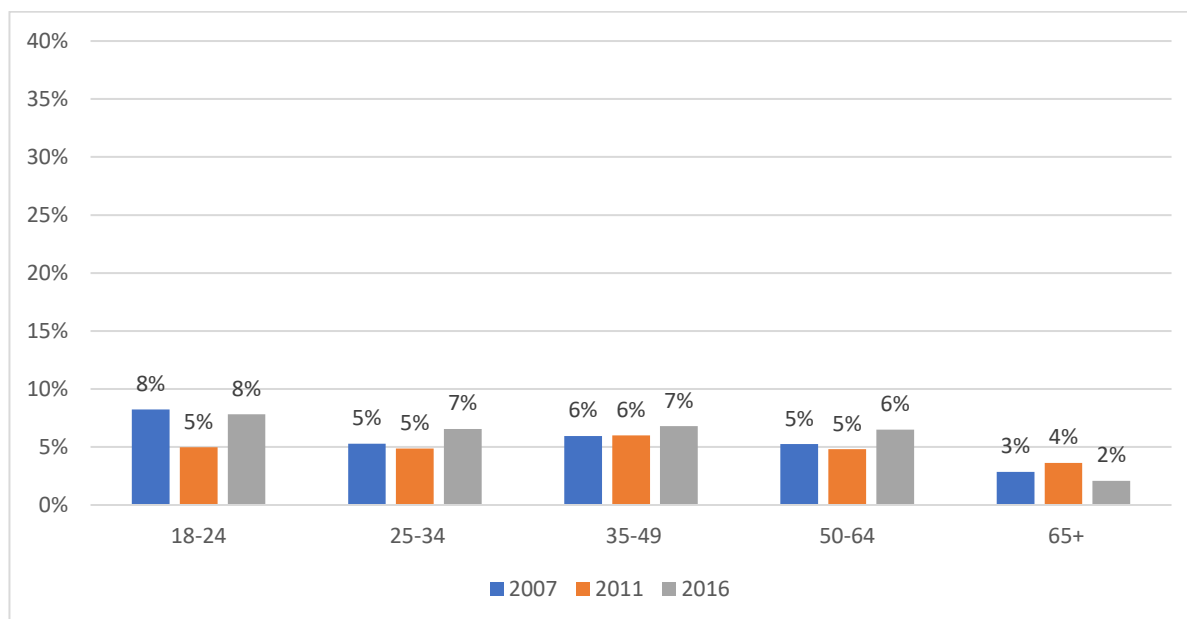


Sursa datelor: Eurostat 2018, prelucrare proprie.

Conform datelor European Quality of Life Survey (EQLS), incidența unui loc de muncă suplimentar la persoanele care depășesc vârsta de pensionare (după 65 de ani) ne arată că, în timp, nu mai mult de 4% din populația de 65 de ani și peste avea un astfel de loc de muncă (în 2011), ultimele date din 2016 ilustrând că doar 2% (Grafic 8). Mai mult, studiile arată ca indiferent de caracteristicile locului de muncă sau cele individuale, aprecierea stării de sănătate ca fiind precară determină o retragere timpurie de pe piața muncii pentru persoanele cu vârstele între 50 și 63 de ani, conform datelor Survey on Health, Ageing and Retirement (Van Den Berg *et al.* 2010).

Prelungirea vieții de muncă nu înseamnă în mod particular și o acceptare mai ridicată a angajaților vârstnici. Deși la nivel de politici ocupaționale poate fi susținută instituționalizarea retenției muncii persoanelor vârstnice, în realitate o parte a lucrătorilor vârstnici (indiferent de background-ul educațional, genul sau clasa de venit) pot simți că în ciuda politicilor organizaționale, angajatorii nu îi susțin, așteptând momentul ieșirii finale a acestora de piața forței de muncă, din motive precum faptul că apar costuri nesustenabile ale menținerii lor ca angajați sau menținerea lor afectează prospectele decarieră ale angajaților mai tineri (Sutela 2020), practici care reflectă o discriminare instituționalizată bazată pe criteriul vârstei.

Grafic 8. Existența unui loc de muncă suplimentar (2007-2016)



Sursa datelor: EQLS 2003-2016, % din categoria de vârstă.

Q15. Pe lângă ocupația dvs. principală, ați mai avut vreun loc de muncă suplimentar plătit, sau ați activat într-o afacere, sau în agricultură oricând în ultimele patru săptămâni? 1. Da. 2. Nu.

Extinderea vieții de muncă a persoanelor vârstnice și condiții de muncă după apariția pandemiei COVID-19. Schimbări și riscuri

Contextul incipient de susținere a îmbătrânirii active prin angajarea post-pensionare a fost brusc schimbat de apariția pandemiei, accentuând vulnerabilitatea fizică a acestui grup demografic care, cu doar câteva luni în urmă devenea treptat un grup activ pe piața forței de muncă din România. De altfel, programele de susținere a îmbătrânirii active se bazează pe o înțelegere a vârstei ca fiind un construct social, cu posibilitatea de regândire și de atenuare a granițelor dintre grupe de vârste, un aspect pe care pandemia l-a împiedicat prin sublinierea limitelor biologice ale vârstelor înaintate asociate cu categoriile cele mai afectate de noul coronavirus (Grigoryeva și Bogdanova 2020).

Discursul de promovare a muncii persoanelor vârstnice a devenit mai puțin prezent în cursul anului 2020. Cel mai probabil, veniturile suplimentare provenite din muncile extinse după vârsta de pensionare au avut de suferit pentru lucrătorii vârstnici, ca urmare a încetării activității economice. E de așteptat ca acest efect financiar să aibă impact asupra femeilor mai mult, cumulând o serie de riscuri suplimentare la care femeile vârstnice sunt supuse, pe lângă riscul de expunere, munci suplimentare în gospodărie, cât și cel al izolării sociale venite pe fondul măsurilor de distanțare fizică. Mai mult, continuarea vieții de muncă este marcată și de influența criteriilor de merit implicite sau explicite în statul bunăstării, care în general arată că, atunci când sunt evaluate anumite categorii sociale, vârstnicii au de multe ori statutul de a fi considerați cei mai meritorii pentru a primi suport, fiind și ultimii sancționați (Naumann et al. 2020). În același timp, aprecierea meritului depinde de contextul social și economic (Watkins-Hayes & Kovalski 2017, Naumann et al 2020), în țările în care

ratele de ocupare sunt scăzute, suportul pentru scutirea de la măsurile active pe piața muncii care sunt adresate vârstnicilor este mai scăzut (Naumann et al. 2020). În același timp, limitările prezente în combinațiile dintre munca plătită și veniturile din pensii reflectă o evaluare a diferitelor grade de merit din poziția de vârstnic. De exemplu, în unele țări, cum sunt Finlanda sau România, ele pot fi combinate, dar nu se pot combina pensia pentru limită de vârstă cu indemnizația de șomaj sau de invaliditate sau sunt prevăzute regimuri speciale a acestei posibilități de cumul în anumite sectoare de activitate. În general, modelele sunt contraintuitive, pentru că dezavantajele de a avea o dizabilitate și de a fi în vârstă pot avea un efect combinat accentuat asupra vieții individuale. Deciziile în acest caz sunt în special legate de echilibrul dintre generozitatea statului bunăstării și sustenabilitatea acestuia.

În România, măsurile de protecție ale Inspecției Muncii nou elaborate în contextul pandemiei COVID-19 au identificat obligația angajatorilor de a realiza planuri de evaluare a riscului de expunere a angajaților, stabilite în funcție de forma și de nivelul de expunere. În plus, o nevoie de evaluare a vulnerabilității diferitelor categorii de angajați e văzută ca necesară. În acest sens, la începutul anului 2020 Inspecțiile teritoriale ale Muncii aveau planificate sesiuni de evaluare a respectării cerințelor legale privind securitatea și sănătatea în muncă pentru angajații vârstnici. Există o serie de măsuri suplimentare, nestipulate explicit de documentele în vigoare (cum e *Strategia Națională în domeniul Securității și Sănătății în Muncă* pe perioada 2018-2020), care pot să adreseze situația persoanelor vârstnice.

În contextul recomandărilor ca persoanele vârstnice să aibă mobilitatea redusă prin limitarea orelor de ieșire în spațiul public la un program limitat la un interval fix de ore, soluțiile disponibile pentru un lucrător peste vârsta de pensionare în perioada stării de urgență din 2020, care cumula pensia și venitul salarial, au fost fie telemunca (acolo unde era posibilă), fie șomajul tehnic. În acest sens, deși OUG-urile nu adresează specific situația persoanelor care cumulează pensia pentru limită de vârstă și venitul, OUG 30/2020 și, modificarea realizată prin OUG 32/2020 nu interzice acordarea indemnizației de șomaj tehnic din bugetul asigurărilor pentru șomaj unei persoane salariate care cumulează pensia cu salariul. În ceea ce privește telemunca, în condițiile în care doar 13% dintre persoanele vârstnice cu vârsta între 55 și 74% din România dețin un nivel al abilităților de utilizare a internetului de bază și peste cele de bază (Eurostat 2020) (în comparație cu 33% dintre omologii lor la nivel european), cel mai probabil o bună parte din lucrătorii vârstnici au dificultăți în a transfera munca lor la distanță, dacă implică utilizarea TIC (Abbas & Zhiqiang 2020). Mai mult, lucrătorii vârstnici cu nivel de educație scăzut sunt mai expuși riscurilor de a-și pierde locul de muncă (Pouliakas și Branka 2020), iar situația lucrătorilor informalii face ca astfel de măsuri să fie dificil de implementat pentru ei, contribuind la o vulnerabilizare suplimentară a acestora.

Studiile privind impactul schimbărilor structurale asupra fluctuațiilor forței de muncă indică faptul că pandemiile sau crizele de sănătate modifică intrarea și ieșirea de pe piața forței de muncă la toate categoriile de vârstă, însă în funcție de vulnerabilitățile anterioare deja existente, aceste modificări au traiectorii foarte particulare (Trevisan și Zantomia 2016). Mai mult, studiile privind recesiunile economice arată că lucrătorii vârstnici sunt în general cei mai afectați de schimbările structurale masive pe piața muncii (Bui et al. 2020), având în general câteva opțiuni ca strategii de

reziliență: să economisească mai mult, să lucreze mai mult sau să cheltuiască mai puține resurse financiare atunci când se retrag de pe piața forței de muncă. Nivelul de trai din România indică însă o posibilitate redusă a acestor opțiuni.

Raportul recent al Eurofound privind starea condițiilor de viață de muncă în timpul pandemiei de COVID-19 (Eurofond 2020) a arătat că femeile peste 50 de ani au înregistrat cea mai mare reducere în numărul orelor de muncă în iulie 2020 față de aprilie 2020, cu aproape 41% dintre femei raportând această reducere.

În acest sens, adaptarea condițiilor de muncă și acomodările particulare pentru persoanele cu sănătatea vulnerabilă sau persoane vârstnice a fost identificată ca una dintre principalele strategii de a susține retenția forței de muncă a grupurilor predispuse de a fi major afectate de șocurile structurale în sănătate, în mod particular a forței de muncă vârstnice (Eurostat 2019, Dale și St. John 2019, Smalligan și Boyens 2020). În realitate măsura în care aceste acomodări au loc sau sunt cerute variază între categoriile de vârstă și de vulnerabilități. Studii anterioare indică faptul că persoanele cu dizabilități și cele vârstnice pot cere mai puține acomodări din cauza poziției precare pe piața muncii și a condițiilor insuficiente de protecție a lucrătorilor, în acest caz solicitarea unei adaptări implicând o accentuare a propriilor poziții vulnerabile legate de locul de muncă (Smalligan și Boyens 2020). De asemenea, atunci când solicitarea de acomodare e văzută ca fiind bazată pe o nevoie legată de vârsta înaintată, decât bazată pe statutul de a avea o dizabilitate, indiferent de vârstă, există mai mici șanse ca această adaptare să fie solicitată, iar atunci când e solicitată, există șanse mai ridicate să nu fie îndeplinită (Smalligan și Boyens 2020).

Cercetările anterioare pe epidemiile de SARS și MERS indică o vulnerabilitate accentuată a persoanelor vârstnice în fața suferințelor mentale provocate de contextele acestor crize de sănătate (Lee *et al.* 2007, Abbas & Zhiqiang 2020), ceea ce poate indica că o astfel de situație e valabilă și în cazul persoanelor vârstnice care au experiența unui context pandemic ca cel generat de SARS-COV2. Datele oficiale indică persoanele vârstnice ca fiind categoria cea mai afectată fizic de pandemia de COVID-19. În acest context, angajații vârstnici sunt supuși unor presiuni sociale și mentale de a se descurca cu un mediu incert care le poate afecta substanțial calitatea vieții. Astfel, așa cum unele studii inițiate în timpul pandemiei arată, angajamentul lor în muncă este afectat (Abbas & Zhiqiang 2020).

Un segment invizibil al populației vârstnice o reprezintă categoria lucrătorilor vârstnici nedeclarați, pentru care pârghiile de suport sunt practic inexistente. În Europa centrală și de est (inclusiv în România) funcționează un model primar al muncii nedeclarate (informale) bazat pe excluderea anumitor categorii sociale de la piața forței de muncă oficială, spre deosebire de modelul prezent în țările nordice cu bunăstare ridicată, unde munca nedeclarată este motivată de dorința localizată a unor grupuri fără dificultăți financiare de a evita taxarea venitului (Williams și Kayaoglu 2020), cu alte cuvinte munca nedeclarată în România constituie o strategie de supraviețuire, care, cumulată cu veniturile scăzute din pensie, rezultă în accentuarea precarității lucrătorilor vârstnici, pentru că aceștia nu pot beneficia de scheme de suport financiar oferite formal de autorități în timpul pandemiei.

Tabel 1. Riscuri pentru persoane vârstnice la locul de muncă în contextul pandemiei COVID-19

Riscuri sociale	Riscuri economice	Riscuri de sănătate
<p>- marginalizare la locul de muncă, riscul accentuării stigmei legate de vârstă în asociere cu vulnerabilitatea fizică la COVID-19</p>	<p>- pierderea contractului de muncă - predispoziția de a accepta salarii scăzute sau tăieri de salariu din cauza poziției vulnerabile ca forță de muncă</p>	<p>- expunere ridicată în profesiile considerate esențiale în perioada panedemiei (sănătate, alimentație etc.) - riscul declinului sănătății mentale la locul de muncă, ca urmare a riscurilor fizice și sociale la care persoana vârstnică e expusă</p>
<p>- riscul accentuării practicilor <i>ageiste</i> în realizarea sarcinilor - dificultăți în reajustarea la revenirea la locul de muncă după perioada de izolare -riscuri asociate lipsei solicitărilor de adaptare a condițiilor de la locul de muncă pentru a nu risca periclitarea poziției în cadrul organizației - riscuri legate de modificarea negativă/pierderea anumitor drepturi în muncă -riscuri legate de posibilitatea de a schimba ușor locul de muncă, din cauza specificității ridicate a abilităților ocupaționale;</p>	<p>- pierderea venitului suplimentar din muncă după vârsta de pensionare, pentru cei ce cumulau venitul cu pensia - pierderea venitului principal, pentru zilieri/ lucrători pe cont propriu în agricultură (comercianți în piețe agro-alimentare) -retragerea timpurie de pe piața forței de muncă (pensionare anticipată cu penalizare) -pierderea economiilor realizate pe baza veniturilor - reducerea venitului familial și a transferurilor financiare intergeneraționale -petnru lucrătorii nedeclarați suplimentar apare lipsa posibilității de a beneficia de sprijinul financiar din partea statului</p>	<p>-riscul de a nu-și putea acoperi necesarul de medicamente (din considerente financiare) -predispoziția de a dezvolta complicații în urma contractării SARS COV2, în asociere cu vârsta).</p>

Concluzii

Politicile de îmbătrânire activă reprezintă printre altele o soluție de termen lung pentru conservarea statului bunăstării dar și pentru a adresa îmbătrânirea demografică, funcționând prin extinderea vieții de muncă în unele sectoare. Argumentul extinderii vieții de muncă este acela de împuternicire parțială a persoanele vârstnice, în același timp argumentul sistemic adresând posibilitatea de a acoperi nișe economice ce nu sunt căutate de alte grupuri de vârstă.

România are o rată comparativ scăzută de ocupare pentru persoanele aflate înainte de pensionare (55-64) și diferența dintre media europeană și cea din România se adâncește în ultimii 5 ani. La categoria 65+ România are însă o rată de prezență în câmpul muncii a persoanelor vârstnice mai mare ca a multor state europene. Acești lucrători vârstnici sunt însă precari pe piața forței de muncă, modelul de evoluție pentru păstrarea acestora în câmpul muncii fiind unul de dumping social restrâns, pe fondul unui risc de sărăcie mult mai ridicat ca în alte state europene. Modelul de prelungire a vârstei de pensionare e unul bazat pe extensii scurte de 1-2 ani.

Diferențele de gen indică o mai ridicată retenție a muncii după perioada vârstei de pensionare a femeilor față de bărbați.

Apariția pandemiei a schimbat fundamental contextul angajării post-pensionare. Deși politicile de îmbătrânire activă considerau pensionarii ca fiind forță de muncă viabilă, măsurile luate în contextul pandemiei au considerat toate persoanele 65+ ca fiind vulnerabile. Restricțiile orare și de mobilitate, măsurile de protecție pentru vârstnici elaborate de Inspekția Muncii împreună cu cunoștințele reduse de TIC ale populației vârstnice (care ar fi putut facilita tele-munca) au precarizat mai mult lucrătorii vârstnici.

Lucrătorii vârstnici sunt expuși pe fundalul pandemiei la o serie de riscuri sociale (ageism, marginalizare, dificultăți de adaptare și reajustare), economice (pierderea locului de muncă, vulnerabilizarea în contextul muncii nedecarate) și de sănătate (expunere ridicată la virus, declinul sănătății mentale, lipsa de acces la medicamente prin precarizare). Nu există strategii coerente de reducere ale acestor riscuri.

În România, strategia de gestiune a pandemiei a fost una dezinteresată structural de susținerea lucrătorilor vârstnici, care continuă să-i plaseze pe aceștia într-o logică protecționistă fără a oferi soluții pentru acomodarea la condițiile noi de muncă pentru vârstnici și fără a adresa practicile discriminatorii la locul de muncă, în contradicție totală cu strategiile de îmbătrânire activă.

Referințe

Abbas, S. M., & Zhiqiang, L. (2020). COVID19, mental wellbeing and work engagement: The psychological resilience of senescent workforce. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 9(4), 356-365.

- Börsch-Supan, A., & Ferrari, I. (2017). *Old-Age Labor Force Participation in Germany: What Explains the Trend Reversal among Older Men? And What the Steady Increase among Women?* (No. w24044). National Bureau of Economic Research.
- Börsch-Supan, A., Ferrari, I., Pasini, G., & Salerno, L. (2020). Is Working Longer in Jeopardy? Health and Labor Force Participation of Middle-Aged Europeans.
- Bui, T. T. M., Button, P., & Picciotti, E. G. (2020). Early Evidence on the Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and the Recession on Older Workers. *Public Policy & Aging Report*, 30(4), 154-159.
- Dale, M., & St John, S. (2020). Women and Retirement in a post COVID-19 world.
- De Wispelaere, F., & Pacolet, J. (2017). ESPN Thematic report on access to social protection of people working as self-employed or on non-standard contracts-Belgium.
- Eurostat Data Explorer [Individuals' level of digital skills](#), date disponibile la 16.04.2020
- Eurostat.(2019). Ageing Europe LOOKING AT THE LIVES OF OLDER PEOPLE IN THE EU. 2019 Edition.
- Glynn, J. R. (2020). Protecting workers aged 60–69 years from COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases*.
- Grigoryeva, I., & Bogdanova, E. (2020). the CoNcept of aCtive agiNg iN eUrope aNd rUSSia iN tHe faCe of tHe Covid-19 paNdemiC. *Editorial Board/Редакция*, 208.
- Inspectia Muncii. (2020). [Informații destinate angajatorilor în contextul efectelor generate pe piața muncii de răspândirea virusului COVID-19](#), Disponibil la 20.04.2020
- ITM Arad. (2020). [Securitatea si sanatatea in munca a lucraților varstnici](#), disponibil la 20.04.2020.
- Koch, M., & Thimann, C. (1999). From generosity to sustainability: The Austrian pension system and options for its reform. *Empirica*, 26(1), 21-38.
- Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., ... & Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240.
- Meier, V., & Werding, M. (2010). Ageing and the welfare state: securing sustainability. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 655-673.
- Naumann, E., De Tavernier, W., Naegele, L., & Hess, M. (2020). Public support for sanctioning older unemployed—a survey experiment in 21 European countries. *European Societies*, 22(1), 77-100.
- Pacolet, J., Bouten, R., & Versieck, K. (2018). *Social protection for dependency in old age: a study of the fifteen EU member states and Norway*. Routledge.
- Pouliakas, K., & Branka, J. (2020). EU Jobs at Highest Risk of COVID-19 Social Distancing: Will the Pandemic Exacerbate Labour Market Divide?.
- Smalligan, J., & Boyens, C. (2020). Policies for an Aging Labor Force.
- Sutela, H. (2020). [Aged people are encouraged to stay at work – though some feel that the aim is to get rid of them](#), Tilastokeskus Finland.
- Williams, C., Kayaoglu, A. (2020) COVID-19 and undeclared work: impacts and policy responses in Europe. *The Service Industries Journal*.ISSN 0264-2069
<https://doi.org/10.1080/02642069.2020.1757073>

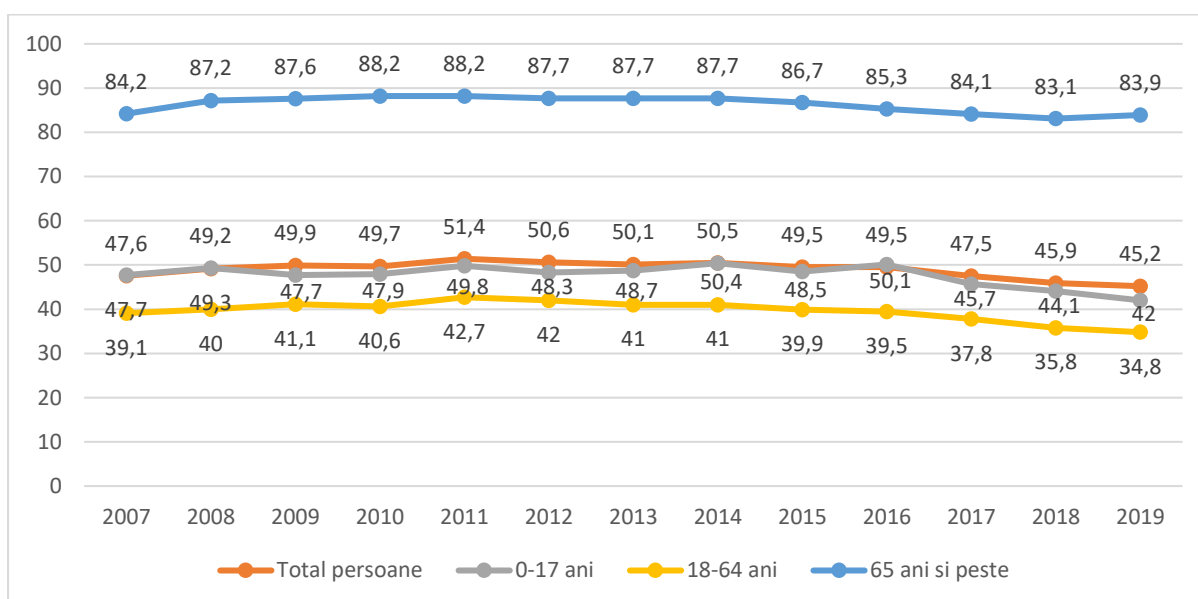
Serviciile sociale pentru vârstnici în România. Probleme de acces și riscuri percepute pentru calitatea vieții vârstnicilor în contextul pandemiei de COVID-19

Claudia Petrescu

Accesul persoanelor vârstnice la servicii și beneficii de asistență socială reprezintă un element esențial al calității vieții acestora având în vedere nevoile lor specifice. Studiile în domeniul calității vieții persoanelor vârstnice au reliefat ca dimensiuni problematice: nivelul de trai, protecția socială, sănătatea, serviciile publice, participarea socială, locuirea și mediul înconjurător, relațiile sociale, viața de familie. (Bond și Corner, 2011; Bowling, 2005; Walker și Hennessy, 2004; Mollenkopf și Walker, 2007)

Protecția socială (prestațiile și serviciile sociale) reprezintă o dimensiune importantă a calității vieții vârstnicului deoarece îi oferă suportul necesar pentru o viață demnă și relativ independentă. Având în vedere că 33.9% (1.221 mii persoane) dintre persoanele vârstnice din România erau în situație de risc de sărăcie și excluziune socială în anul 2019 (Eurostat, ilc_peps01), prestațiile sociale și serviciile sociale sunt importante pentru a îi ajuta să depășească situația de dificultate în care se află. Acest risc de sărăcie și excluziune socială este mai crescut pentru persoanele din mediul rural. Rata sărăciei relative înainte de transferurile sociale rămâne ridicată la nivel național (45.2%), chiar dacă s-a redus ușor după anul 2013, și înregistrează valori aproape duble în cazul persoanelor peste 65 de ani. (Grafic 1)

Grafic 1. Evoluția ratei sărăciei relative înainte de transferurile sociale, inclusiv pensii, pe grupe de vârstă



Sursa: INS, baza TEMPO, indicator SAR104B

Finanțarea pentru protecția socială în România a fost de 14.4% din PIB în anul 2017 conform datelor Eurostat, din aceasta doar o foarte mică măsură fiind alocată serviciilor sociale (sub 0.3% din PIB). Această finanțare deficitară face ca multe dintre serviciile sociale necesare să nu fie acordate potențialilor beneficiari, inclusiv persoane vârstnice.

Pandemia de COVID-19, prin restricțiile impuse, a afectat toate aspectele vieții persoanelor vârstnice și mai ales accesul la servicii de sănătate, la cele sociale și participarea socială. Fiind persoane care prezintă un risc crescut de a contracta virusul, dar și contextul pandemic general cu distanțarea fizică, vârstnicii au fost nevoiți să își reducă substanțial interacțiunile atât cu familia, cât și cu instituțiile publice fapt ce a limitat accesul și la serviciile sociale și medico-sociale. Astfel accesul lor la serviciile sociale a fost redus substanțial, iar numărul mic de servicii de îngrijire la domiciliu face ca mulți să nu beneficieze de astfel de servicii de protecție socială.

Datele sondajului derulat de Eurofound în iulie 2020 arată că 9% dintre persoanele peste 50 de ani din România considerau că este ușor și eficient să obțină suport de la serviciile publice, cu 7% mai puțini decât media europeană. În același timp aproximativ 3% dintre persoanele peste 50 de ani au beneficiat de servicii sociale în perioada pandemiei, procentul la nivel european fiind aproape dublu. (Eurofound 2020)

Și rezultatele Anchetei în rândul persoanelor vârstnice dependente din proiectul PSCD 3676¹⁵ arată că 87% dintre vârstnicii cuprinși în cercetare „consideră că în urma accesării serviciilor sociale viața lor s-a schimbat în foarte mare și în mare măsură, în vreme ce 7% consideră că viața lor s-a schimbat în mică și în foarte mică măsură, iar 6,1% nu observă nicio schimbare” (Ghența et al., 2020, p. 64). Acest procent ridicat al celor care resimt o schimbare în mare și foarte mare măsură este valabil atât în cazul celor care au beneficiat de serviciile cu cazare (89%) și a celor care au accesat serviciile fără cazare (84%).

Lucrarea de față își propune să analizeze serviciile sociale și medico-sociale pentru vârstnici din România - caracteristici, tipologie, răspândire de medii de rezidență etc., să identifice principalele provocări din perioada pandemiei COVID-19 și să propună o serie de soluții de îmbunătățire a accesului la acestea.

Servicii sociale în România

Domeniul serviciilor sociale este unul încă slab dezvoltat la nivel național, numărul furnizorilor licențiați și a serviciilor acreditate fiind redus comparativ cu nevoile existente, iar acoperirea geografică a acestor servicii fiind limitată, cu o concentrare mare a serviciilor în regiunile și județele mai dezvoltate și în mediul urban. Măsurile de politică publică destinate dezvoltării serviciilor sociale

¹⁵ Ancheta TAPI-Tablet Assisted Personal Interview, pe bază de chestionar standardizat aplicat față-în-față, pe tablet. Eșantion reprezentativ la nivel național pornind de la Registrul furnizorilor acreditați de servicii sociale al MMPS. Eșantion format din 655 persoane vârstnice dependente beneficiare de servicii cu cazare (N=355) și fără cazare (N=300), din care 433 din mediul urban și 222 din mediul rural. Perioada anchetei: 7 august 2019 – 23 septembrie 2019. (Ghența et al., 2020, p.33-35)

au început în anul 1997 când focusul a fost pe cele destinate protecției copilului, iar din 1998 a început și sprijinirea serviciilor oferite de către furnizorii privați. Din anul 2003 există legislație specifică pentru servicii sociale (OG 68/2003) care prevede chiar și acreditarea furnizorilor de servicii sociale. Schimbarea legislației în domeniul asistenței sociale a făcut ca și cea referitoare la servicii sociale să fie mult îmbunătățită, inclusiv prin crearea standardelor de calitate și a celor de cost pentru aceste servicii.

Există o dinamică destul de ridicată în domeniul serviciilor sociale, mai ales dacă se are în vedere faptul că aproximativ o treime dintre organizațiile neguvernamentale active sunt în domeniul social, iar autoritățile publice locale ar trebui să aibă un serviciu public de asistență socială care să furnizeze servicii sociale primare. Strategiile elaborate în domeniul incluziunii sociale, protecției drepturilor copilului, a persoanelor cu dizabilități sau a persoanelor vârstnice au subliniat importanța dezvoltării serviciilor sociale la nivelul fiecărei comunități pentru a asigura o mai bună accesibilitate a beneficiarilor la acestea.

În perioada 2017 – 2019 numărul furnizorilor de servicii sociale acreditați a crescut cu 439 din care 241 în urban și 198 în rural. Dintre acești furnizori, 338 sunt privați, iar 101 publici. Dacă în cazul celor private, cei mai mulți sunt în mediul urban, cei publici s-au dezvoltat cu precădere în cel rural. Numărul de localități în care există furnizori acreditați a crescut cu 145, din care 118 sunt în rural, iar 27 în urban. Cu toate că numărul localităților rurale unde există furnizori de servicii sociale acreditați este de peste 3 ori mai mare decât al celor urbane, totuși doar 31% dintre comunele din România au un furnizor acreditat de servicii sociale. Serviciile sociale licențiate au crescut cu 642 de unități, din care 341 dezvoltate de sectorul public și 301 de cel privat. În mediul rural se regăsesc 215 servicii sociale licențiate, iar în cel urban un număr aproape dublu. Chiar dacă există furnizori acreditați în 1166 de localități, doar în 683 sunt și servicii sociale licențiate, din care 445 sunt din rural. (Tabel 1)

Tabel 1. Furnizori de servicii sociale acreditați și servicii sociale licențiate – dinamica generală

		2017			2018			2019		
		Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total
Furnizori de servicii sociale acreditați	Total	1527	965	2492	1679	1019	2698	1768	1163	2931
	Public	281	536	817	297	524	821	304	614	918
	Privat	1246	429	1675	1382	495	1877	1464	549	2013
Număr localități unde activau furnizorii de servicii sociale acreditați	Total	240	781	1021	256	796	1052	267	899	1166
Servicii sociale licențiate	Total	2679	854	3533	2866	925	3791	3106	1069	4175
	Public	1565	428	1993	1724	480	2204	1814	520	2334
	Privat	1114	426	1540	1142	445	1587	1292	549	1841
Număr localități unde funcționau servicii sociale licențiate	Total			812	256	586	842	238	445	683

Sursa: MMPS, Buletine statistice în domeniul Asistenței Sociale 2017, 2018, 2019.

Servicii sociale pentru vârstnici în România

În România există o serie de servicii sociale și socio-medicale dedicate persoanelor vârstnice. Acestea cuprind servicii oferite în regim rezidențial (căminele de bătrâni) sau non-rezidențial (centre de zi, îngrijiri la domiciliu, cantine sociale etc). După aderarea României la UE în 2007, pe fondul recomandărilor existente la nivelul UE pentru dezvoltarea serviciilor sociale pentru vârstnici în contextul îmbătrânirii tot mai accentuate a populației, sunt adoptate primele măsuri de politică publică dedicate persoanelor vârstnice la nivel național în special prin legi și inițiative conexe de extindere a serviciilor sociale dedicate acestei categorii de vârstă. Deși există o lege pentru asistența socială a persoanelor vârstnice încă din 2010 (Legii nr.17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice), dezvoltarea serviciilor sociale în sistem ne-rezidențial pentru vârstnici a luat amploare după anul 2014. În anul 2012 existau (Banca Mondială, 2014):

- 203 furnizori de îngrijiri rezidențiale (108 publici și 95 de ONG-uri) cu un număr de 13,060 de locuri (7,854 în sistemul public și 5,206 la ONG-uri),
- 73 de furnizori de servicii de zi (47 publici și 26 ONG-uri) cu 6,743 de locuri (5,151 în sistem public și 1,592 la ONG-uri),
- 170 de furnizori de îngrijiri la domiciliu (44 publici și 126 ONG) cu 16,458 de utilizatori

Numărul furnizorilor de servicii sociale rezidențiale și non-rezidențiale pentru persoanele vârstnice a crescut în ultimii opt ani și ca urmare a accentuării procesului de îmbătrânire al populației care a dus la o creștere a cererii pentru astfel de servicii, dar și al finanțărilor publice (de la bugetul național, dar și fonduri europene) dedicate serviciilor pentru vârstnici. Dacă în prima perioadă, după închiderea în 2010 a unor spitale din orașele mici, au fost dezvoltate programe de interes național pentru dezvoltarea serviciilor rezidențiale prin transformarea acestor foste spitale în centre rezidențiale pentru vârstnici, ulterior au fost elaborate astfel de programe și pentru serviciile de îngrijire la domiciliu. Conform datelor Ministerului Muncii și Protecției Sociale pentru aprilie 2020 erau licențiate un număr de 575 de centre rezidențiale pentru vârstnici, 143 de centre de zi, 292 de servicii de îngrijire la domiciliu, 60 de centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială. La acestea se adaugă 142 de centre de preparare și distribuție a hranei pentru persoanele aflate în risc de sărăcie la care și persoanele vârstnice se numără printre beneficiari. Perioada pandemiei a dus la o creștere a numărului serviciilor sociale licențiate cu 72 de centre rezidențiale, 13 centre de zi, 1 serviciu de îngrijire la domiciliu, 5 centre de preparare a mesei. Cele mai multe dintre aceste servicii sunt deținute de către furnizori privați, respectiv organizații neguvernamentale, culte religioase și operatori economici. Operatorii economici dețin în special centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoanele vârstnice. (Tabelul 2)

Tabel 2. Servicii licențiate la care au acces persoanele vârstnice pe tipuri de furnizori

Tip serviciu	Furnizori publici		Furnizori privați						Total servicii	
	apr.	oct.	ONG-uri		Culte		Op. economici		apr.	oct.
			apr.	oct.	apr.	oct.	apr.	oct.		
Centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoane vârstnice	132	138	338	363	13	13	92	133	575	647
Centre de zi pentru persoane vârstnice	85	97	45	44	12	12	1	3	143	156
Servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane aflate în situație de dependență	78	81	174	168	31	32	9	12	292	293
Centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială pentru persoane vârstnice, bolnavi cronici în fază terminală	52	55	6	7	1	1	1	1	60	64
Centre de preparare și distribuire a hranei pentru persoane în risc de sărăcie	63	66	68	69	11	12	0	0	142	147
Total	410	437	631	651	68	70	103	149	1212	1307

Sursa: Ministerul Muncii și Protecției Sociale, date la 10.04.2020 și la 26.10.2020,

<http://mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/acreditare-furnizori-si-servicii-sociale/4848-2017-04-18-acreditare-3>

Analiza defalcată pe tipuri de servicii sociale și socio-medicale pentru vârstnici sau de care aceștia pot beneficia pentru perioada 2017 – 2020 indică o creștere a numărului acestora cu 495 de unități, din care 132 publice și 363 private. (Tabel 3)

Creșterea numărului de servicii licențiate se înregistrează pe toate categoriile mari: 1) centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială pentru persoane vârstnice, bolnavi cronici în fază terminală; 2) centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoane vârstnice; 3) centre de zi pentru persoane vârstnice; 4) servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane aflate în situație de dependență; 5) centre de preparare și distribuire a hranei pentru persoane în risc de sărăcie; 6) servicii de asistență comunitară. Cea mai mare creștere (311 de unități) se înregistrează pentru căminele pentru persoane vârstnice unde au intrat mulți furnizori privați, inclusiv companii private. Astfel numărul căminelor pentru vârstnici private a crescut cu 295 de unități în cei patru ani, în timp ce cele publice doar cu 16 unități. Numărul unităților de îngrijiri la domiciliu a crescut cu 49, din care 32 publice și 17 private. Cel al serviciilor de asistență comunitară a sporit cu 79 de unități, din care 31 publice și 48 private. (Tabel 3)

Tabel 3. Servicii sociale pentru vârstnici și cele de care pot beneficia și vârstnicii, 2017 - 2020

		2017			2018			2019			2020
		Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Total	Total
Centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială pentru persoane vârstnice, bolnavi cronici în fază terminală	Total	27	29	56	27	29	56	28	30	58	65
	Public	22	27	49	21	28	49	21	29	50	56
	Privat	5	2	7	6	1	7	7	1	8	9
I. Centre rezidențiale medico sociale	Total	24	29	53	23	29	52	23	30	53	60
	Public	22	27	49	21	28	49	21	29	50	56
	Privat	2	2	4	2	1	3	2	1	3	4
II. Centre rezidențiale de îngrijiri paliative	Total	3	0	3	4	0	4	5	0	5	5
	Public	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Privat	3	0	3	4	0	4	5	0	5	5
Centre rezidențiale de îngrijire și asistență pentru persoane vârstnice	Total	198	168	366	212	183	395	292	239	531	655
	Public	73	58	131	72	60	132	71	60	131	138
	Privat	125	110	235	140	123	263	221	179	400	517
I. Cămine pentru persoane vârstnice	Total	169	151	320	185	167	352	277	227	504	631
	Public	61	45	106	60	48	108	65	49	114	122
	Privat	108	106	214	125	119	244	212	178	390	509
II. Centre de tip respiro/centre de criză	Total	4	0	4	4	0	4	5	0	5	4
	Public	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3
	Privat	1	0	1	1	0	1	2	0	2	1
III. Locuințe protejate	Total	25	17	42	23	16	39	10	12	22	20
	Public	9	13	22	9	12	21	3	11	14	13
	Privat	16	4	20	14	4	18	7	1	8	7
Centre de zi pentru persoane vârstnice	Total	90	21	111	93	23	116	103	28	131	154
	Public	49	14	63	53	17	70	60	17	77	98
	Privat	41	7	48	40	6	46	43	11	54	56
I. Centre de zi de asistență și recuperare	Total	41	8	49	40	9	49	41	8	49	50
	Public	17	7	24	19	8	27	19	6	25	26
	Privat	24	1	25	21	1	22	22	2	24	24
II. Centre de zi de socializare și petrecere a timpului liber (tip club)	Total	49	13	62	53	14	67	62	20	82	104
	Public	32	7	39	34	9	43	41	11	52	72
	Privat	17	6	23	19	5	24	21	9	30	32
Servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, persoane aflate în situație de dependență	Total	155	60	215	163	63	226	173	77	250	264
	Public	32	7	39	36	10	46	40	18	58	71
	Privat	123	53	176	127	53	180	133	59	192	193
I. Unități de îngrijire la domiciliu	Total	155	60	215	163	63	226	173	77	250	264
	Public	32	7	39	36	10	46	40	18	58	71

	Privat	123	53	176	127	53	180	133	59	192	193
Centre de preparare și distribuire a hranei pentru persoane în risc de sărăcie	Total	96	14	110	108	13	121	119	17	136	136
	Public	42	4	46	50	4	54	56	5	61	66
	Privat	54	10	64	58	9	67	63	12	75	70
I. Cantine sociale	Total	90	13	103	102	12	114	111	16	127	136
	Public	42	4	46	50	4	54	55	5	60	66
	Privat	48	9	57	52	8	60	56	11	67	70
II. Servicii mobile de acordare a hranei - masa pe roți	Total	6	1	7	6	1	7	8	1	9	N.A
	Public	0	0	0	0	0	0	1	0	1	N.A
	Privat	6	1	7	6	1	7	7	1	8	N.A
Servicii de asistență comunitară	Total	57	13	70	74	20	94	85	23	108	149
	Public	7	7	14	13	9	22	12	11	23	45
	Privat	50	6	56	61	11	72	73	12	85	104
Total servicii	Total	623	305	928	677	331	1008	800	414	1214	1423
	Public	225	117	342	245	128	373	260	140	400	474
	Privat	398	188	586	432	203	635	540	274	814	949

Sursa: MMPS, Buletine statistice în domeniul Asistenței Sociale 2017, 2018, 2019, 2020 (perioada ianuarie – septembrie 2020).

În 2017 în cele 405 cămine pentru vârstnici (centre rezidențiale) se aflau la finalul anului un număr de 18515 locuri. Numărul mediu lunar de beneficiari a fost de 15585 în aceste cămine pentru vârstnici. (INS, baza Tempo, ASS113B)

Accesul la servicii sociale nerezidențiale depinde de existența serviciilor publice de asistență socială și a asistenților medicali comunitari la nivelul unităților administrativ teritoriale. Acoperirea cu servicii publice de asistență socială prezintă discrepanțe atât între mediul rural și cel urban, dar și între municipii și orașe. Dacă în cazul municipiilor există aproape în toate servicii publice de asistență socială, în orașe doar 69% dintre acestea au, iar în cazul comunelor doar 32% au creat astfel de servicii. Numărul mediu de angajați cu studii de specialitate din aceste servicii este redus și există diferențe mari între cele trei categorii de localități: 44 în municipii, 5 în orașe și 1 în comune. Situația s-a îmbunătățit în perioada 2014 – 2019 atât în cazul serviciilor publice de asistență socială, cât și a personalului angajat cu studii de specialitate. (Tabel 4)

Tabel 4. Servicii publice de asistență socială și personal cu studii de specialitate din cadrul acestora pe medii de rezidență

		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Servicii publice de asistență socială	comune	792	812	901	887	890	903
	orașe	133	134	142	143	147	148
	municipii	102	99	102	103	103	102
% UAT-uri cu servicii publice de asistență socială	comune	27.7	28.4	31.5	31.0	31.1	31.6
	orașe	61.6	62.0	65.7	66.2	68.1	68.5
	municipii	99.0	96.1	99.0	100.0	100.0	99.0

Nr. personal de specialitate - cu studii superioare	comune	468	449	536	583	576	625
	orașe	317	344	378	408	438	506
	municipii	2045	2178	2512	2845	2890	3326
Nr. personal de specialitate - cu studii postliceale	comune	85	76	82	74	71	103
	orașe	86	117	134	134	115	183
	municipii	767	883	996	1104	1105	1151
Total personal de specialitate	comune	553	525	618	657	647	728
	orașe	403	461	512	542	553	689
	municipii	2812	3061	3508	3949	3995	4477
Număr mediu personal cu studii de specialitate	comune	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8
	orașe	3.0	3.4	3.6	3.8	3.8	4.7
	municipii	27.6	30.9	34.4	38.3	38.8	43.9
Număr mediu personal cu studii superioare de specialitate	comune	0.6	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7
	orașe	2.4	2.6	2.7	2.9	3.0	3.4
	municipii	20.0	22.0	24.6	27.6	28.1	32.6

Sursa: ANDPDCA, 2020, solicitare informații

Asistenții medicali comunitari sunt importanți pentru asigurarea serviciilor socio-medicale primare, în special a celor de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice. Numărul localităților cu asistenți medicali comunitari a crescut în ultimii cinci ani, ajungând la 1695 la nivel național, din care 1343 în rural și 352 în urban. Aceștia sunt răspândiți în 1,120 de localități rurale (39% din totalul localităților rurale) și 159 urbane (50% din localitățile urbane). Există însă diferențe foarte mari între județe, cele cu cel mai mare număr de asistenți medicali comunitari fiind Botoșani (100 de asistenți medicali comunitari), Gorj (133 de asistenți medicali comunitari), Olt (105 asistenți medicali comunitari), Dolj (96 de asistenți medicali comunitari). (Tabel 5)

Tabel 5. Asistenți medicali comunitari și gradul de acoperire cu AMC pe medii de rezidență

Județ	Nr. AMC rural	Nr. UAT-uri cu AMC - rural	Nr. AMC urban	Nr. UAT-uri cu AMC - urban	Total AMC	Acoperire cu AMC în rural (%)	Acoperire cu AMC în urban (%)	Populație deservită de AMC	Populație pe medic de familie
ALBA	36	31	24	10	60	46	91	5,706	1,720
ARAD	10	9	11	6	21	13	60	20,506	1,637
ARGES	5	5	3	3	8	5	43	76,554	1,786
BACAU	33	32	9	3	42	38	38	14,671	2,139
BIHOR	14	14	6	6	20	15	60	28,887	1,347
BISTRITA-NASAUD	23	23	4	2	27	40	50	10,601	2,030
BOTOSANI	84	66	16	7	100	93	100	4,126	2,471

BRAILA	23	20	2	1	25	50	25	12,848	2,113
BRASOV	1	1	0	0	1	2	0	549,217	1,749
BUZAU	49	46	2	1	51	56	20	8,844	2,128
CALARASI	20	15	13	4	33	30	80	9,294	2,621
CARAS-SEVERIN	1	1	0	0	1	1	0	295,579	2,011
CLUJ	6	6	0	0	6	8	0	115,184	1,819
CONSTANTA	10	9	9	4	19	15	31	55,080	2,636
COVASNA	3	3	1	1	4	8	20	52,544	1,709
DAMBOVITA	29	26	8	4	37	32	57	14,020	2,161
DOLJ	88	70	8	4	96	67	57	6,881	1,584
GALATI	22	19	24	3	46	31	75	11,656	2,046
GIURGIU	19	18	9	2	28	35	67	10,051	2,405
GORJ	101	60	32	9	133	98	100	2,568	1,532
HARGHITA	17	15	17	9	34	26	100	9,143	1,873
HUNEDOARA	11	9	10	9	21	16	64	19,932	1,812
IALOMITA	23	20	13	4	36	34	57	7,615	2,229
IASI	35	24	1	1	36	26	20	21,454	1,898
ILFOV	10	8	3	3	13	25	38	29,903	2,385
MARAMURES	20	17	22	6	42	27	46	11,397	2,206
MEHEDINTI	69	50	12	4	81	82	80	3,276	1,896
MUREŞ	46	28	5	5	51	31	50	10,250	1,649
NEAMT	50	45	5	5	55	58	100	8,559	1,883
OLT	81	69	24	8	105	66	100	4,196	1,857
PRAHOVA	7	7	4	3	11	8	21	69,353	2,013
SALAJ	29	29	3	2	32	51	50	7,012	4,774
SATU MARE	5	5	0	0	5	8	0	68,872	1,991
SIBIU	41	31	18	8	59	58	73	6,734	1,183
SUCEAVA	59	54	6	6	65	55	38	9,766	2,259
TELEORMAN	40	40	5	4	45	43	80	8,447	2,089
TIMIS	8	7	0	0	8	8	0	85,443	1,338
TULCEA	60	41	11	5	71	89	100	3,001	2,174
VALCEA	57	51	0	0	57	65	0	6,521	1,779
VASLUI	55	55	9	4	64	68	80	6,180	2,299
VRANCEA	43	41	3	3	46	60	60	7,398	2,299
TOTAL	1,343	1,120	352	159	1,695				

Sursa: Ministerul Sănătății, solicitare informații

Principalele măsuri luate de Guvern în contextul COVID-19 referitoare la serviciile sociale pentru vârstnici

Decretul nr. 195/2020 și ulterior Ordonanța Militară nr. 2/21.03.2020 și Ordonanța Militară nr. 3/24.03.2020 au venit să impună o serie de măsuri pentru reducerea riscului de răspândire a COVID-19, cele mai importante fiind cele care limitează circulația persoanelor și evitarea contactului direct între indivizi. Ordonanțele militare amintite fac referire la restricționarea deplasărilor în afara anumitor motive stabilite prin actul normativ. Prin Ordonanța militară nr. 3/24.03.2020 circulația

persoanelor peste 65 de ani a fost limitată doar la intervalul orar 11 – 13 și doar pentru câteva motive specificate în actul normativ.

Având în vedere prevederile Ordonanțelor Militare au fost suspendate activitățile de grup zilnice așa cum sunt cele derulate în centrele de zi, inclusiv în cele pentru vârstnici. Serviciile de îngrijiri la domiciliu și cele în sistem rezidențial au continuat să fie oferite beneficiarilor. Pentru a evita aglomerarea serviciilor medicale de urgență, îngrijirile la domiciliu au continuat să fie furnizate fiind o soluție pentru asigurarea serviciilor socio-medicale pentru persoanele vârstnice.

Ordonanța Militară nr. 8/9.04.2020 a impus o serie de măsuri restrictive pentru centrele sociale rezidențiale, inclusiv, cele pentru vârstnici, respectiv izolarea preventivă la locul de muncă a angajaților acestora pe perioade de către 14 zile, urmate de alte 14 zile de izolare la domiciliu.

Recomandările Ministerului Muncii și Protecției Sociale pentru angajații din instituțiile publice au inclus reducerea programului cu publicul și utilizarea e-mailului și a teleconferințelor pentru a reduce contactele fizice și deplasările în interes de serviciu, dacă acestea nu sunt necesare în mod imperativ. Astfel o serie de servicii, inclusiv cele sociale, au fost revizuite astfel încât să poată fi oferite la distanță.

După finalizarea stării de urgență, pentru evitarea răspândirii SARS-COV-2 au fost menținute o serie de măsuri cum ar fi: derularea serviciilor publice din centrele de zi cu un număr mai mic de beneficiari pentru a fi respectate măsurile de distanțare, consultații medicală față în față doar în cazuri grave, continuarea consultațiilor medicale la distanță etc.

Riscuri percepute pentru calitatea vieții vârstnicilor în contextul pandemiei de COVID-19

Suspendarea activității centrelor de zi a afectat calitatea vieții vârstnicilor. Aceste centre de zi ofereau persoanelor vârstnice posibilitatea de a socializa cu alte persoane (cluburile vârstnicilor), de a participa la activități de formare profesională, de a se implica voluntar în activități sociale, precum și de a beneficia de o serie de servicii de socio-medicale de suport (hrană, terapie, kinetoterapie, consiliere etc). Lipsa de participare a vârstnicilor la aceste activități de grup prezintă o serie de riscuri pentru calitatea vieții acestora cum ar fi: izolarea socială, acutizarea sentimentului de singurătate și a unor probleme de sănătate fizică și psihică.

Același riscuri există și în cazul suspendării sau limitării furnizării altor servicii sociale (consiliere, informare, recuperare, kinetoterapie). Unele dintre serviciile sociale care au putut fi transferat online sau telefonic (cum ar fi consilierea sau informarea) au continuat să fie oferite beneficiarilor, inclusiv persoanelor vârstnice, pentru a îi ajuta pe aceștia să aibă acces la informații despre condițiile impuse în perioada stării de urgență, dar și să relaționeze cu alte persoane pentru a își păstra un echilibru mental. O parte substanțială a acestor servicii este furnizată de către organizațiile neguvernamentale. Telefonul Vârstnicului, serviciu dezvoltat de către Fundația Regală Margareta a României, a raportat că în perioada 16 martie – 6 aprilie s-a dublat numărul apelurilor zilnice față de perioada anterioară, înregistrându-se și 100 de apeluri pe zi. Astfel, în perioada menționată, au fost înregistrate 1123 apeluri de la persoanele vârstnice care au semnalat dificultăți în

procurarea de bunuri de strictă necesitate, au solicitat sprijin material (alimente, medicamente etc), suport emoțional sau informații (inclusiv despre modul cum își pot plăti facturile online/telefonice sau cum pot primi prescripții medicale la distanță de la medicii de familie). (<https://www.fmr.ro/telefonul-varstnicului-inregistreaza-un-numar-record-de-solicitari-in-perioada-pandemiei/>)

Datele furnizate de Telefonul Vârstnicului, arată o schimbare a topului nevoilor de suport ale vârstnicilor în perioada stării de urgență generată de pandemia de Covid-19. Raportul din 2018 indica ca principale nevoi semnalate de vârstnici: informații diverse, îngrijire și sprijin practic, sprijin emoțional, sprijin financiar și material, participare socială. (FPMR, 2018) În perioada stării de urgență topul nevoilor exprimate de vârstnici care au sunat la Telefonul Vârstnicului a fost: cumpărături livrate la domiciliu, ajutor material, informații utile, sprijin practic la domiciliu, sprijin emoțional și consiliere psihologică. Având în vedere restricțiile de circulație impuse persoanelor vârstnice și recomandările autorităților de a sta la domiciliu, mai ales dacă au și alte afecțiuni cronice, nevoia de cumpărături care să fie livrate la domiciliu a devenit principala cerință a celor care au apelat acest serviciu. O situație similară se înregistrează la Centrul de Urgențe Sociale din Iași și la alte organizații neguvernamentale care au oferit sprijin vârstnicilor.

Din păcate serviciile de suport ale acestor organizații neguvernamentale nu sunt disponibile la nivel național, ceea ce face ca multe dintre nevoile vârstnicilor să nu poată fi adresate. În același timp, multe dintre autoritățile locale au încercat să răspundă nevoilor vârstnicilor pentru achiziționarea de alimente și medicamente în limita personalului existent. Astfel mulți dintre vârstnici s-au aflat în risc de contaminare cu virusul prin faptul că au fost nevoiți să meargă la cumpărături sau să meargă să își plătească facturile.

Existența unor servicii comunitare integrate de îngrijire a vârstnicilor poate face ca numărul persoanelor infectate cu COVID-19 să fie mult mai mic (Binkin et al., 2020). Astfel riscul de contractare a virusului în cazul persoanelor vârstnice este mai mic dacă sistemul de îngrijiri la domiciliu și de asistență comunitară integrată (asistență socială și asistență medicală comunitară) este eficient. România are un sistem de îngrijiri la domiciliu insuficient dezvoltat raportat la nevoile existente, deși în ultimii ani s-au acordat o serie de finanțări pentru înființarea acestor servicii la nivel local și creșterea capacității celor existente. De asemenea sistemul de asistență medicală comunitară este insuficient dezvoltat, mai ales în mediul rural. Insuficienta dezvoltare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu și a asistenței medicale comunitare expune persoanele vârstnice unui risc suplimentar în ce privește accesul la servicii medicale primare.

Riscul cel mai mare de contractare a virusului a fost constatat în centrele rezidențiale pentru vârstnici. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, biroul regional Europa, datele estimative pentru Europa indică faptul că până la jumătate dintre decesele de COVID-19 au fost ale persoanelor din centrele rezidențiale pentru îngrijiri de lungă durată. (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2020/statement-invest-in-the-overlooked-and-unsung-build-sustainable-people-centred-long-term-care-in-the-wake-of-covid-19>) În plus având în vedere

constrângerile de circulație, persoanele vârstnice din aceste centre nu mai pot beneficia de suportul emoțional, fizic și psihologic din partea familiei ceea ce le accentuează sentimentul de singurătate și izolare socială.

Caseta 1. Situația deceselor de COVID-19 în rândul persoanelor aflate în centre de îngrijiri de lungă durată în diferite țări europene

Belgia. Între 31 august și 8 noiembrie a fost înregistrat un număr de 1488 de decese din cauza COVID-19 în rândul rezidenților centrelor de îngrijiri de lungă durată. Decesele în rândul rezidenților centrelor de îngrijiri de lungă durată reprezintă 42.5% din numărul total al deceselor raportate în Belgia în această perioadă.

Danemarca. În perioada 1 martie – 14 noiembrie 2020, au fost raportate 259 de decese în cazul persoanelor din centrele de îngrijiri – 34% din totalul deceselor din țară.

Franța. În perioada 1 martie – 8 noiembrie 2020, au fost raportate 18214 decese în rândul rândul rezidenților centrelor de îngrijiri de lungă durată (45% din totalul deceselor la nivel național).

Anglia. Între 17 aprilie și 13 noiembrie 2020 au fost înregistrate 20883 decese în rândul rezidenților din centrele de îngrijire.

Sursa: ECDC, *Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK*, 19 November 2020.

Și în România situația este critică în unele centre rezidențiale pentru persoane vârstnice (Galați, Sântana, Pecica) unde au fost înregistrate un număr mare de îmbolnăviri cu COVID-19 atât în rândul rezidenților, cât și a personalului. (<https://www.agerpres.ro/justitie/2020/04/27/arad-ancheta-a-procurorilor-dupa-aparitia-unor-cazuri-de-covid-19-la-un-camin-de-batrani--493902>; <https://www.agerpres.ro/justitie/2020/04/28/arad-ancheta-a-procurorilor-dupa-numeroasele-cazuri-de-covid-19-confirmate-la-caminul-de-batrani-din-santana--494675>; <https://www.agerpres.ro/sanatate/2020/04/27/galati-33-dintre-cele-42-de-decese-cauzate-de-coronavirus-in-judet-provin-de-la-doua-camine-de-batrani--493999>)

Numărul de infectări în cadrul centrelor rezidențiale pentru vârstnici și persoane cu dizabilități (adulți și copii) a înregistrat o evoluție crescătoare în anul 2020 exceptând luna iunie. Numărul infectărilor la copii din sistemul rezidențial a fost redus: 128 de la începutul pandemiei și până la data de 3 iulie 2020. (Petrescu et al., 2020) Astfel numărul de infectări la finalul lunii aprilie a fost de 591 de persoane (din care doar 2 copii), pentru ca în octombrie acesta să fie de peste cinci ori mai ridicat. În luna noiembrie s-au înregistrat 3879 de cazuri de infectări, pentru ca în decembrie să scadă la mai puțin de jumătate – 1769 de cazuri. Raportările MMPS și ale ANDPDCA indică o creștere a numărului deceselor de la 53 în aprilie 2020 la 870 în decembrie 2020 (aproximativ 6% din totalul deceselor datorate COVID-19 la nivel național). Marea majoritate a acestor decese au fost înregistrate la

persoanele vârstnice aflate în aceste centre rezidențiale. Din păcate nu există date foarte clare privind numărul de vârstnici infectați în aceste centre rezidențiale. (Tabel 6)

Tabel 6. Număr de infectări, persoane vindecate și decese în centrele pentru vârstnici sau centre pentru adulți sau copii cu dizabilități

Luna	Nr. Infectări centre rezidențiale	Nr. pers. vindecate	Nr. decese centre rezidențiale
Aprilie	591		53
Mai	503	736	144
Iunie	185	1295	176
Iulie	530	1609	202
August	963	2393	261
Septembrie	1017	3398	325
Octombrie	3116	4872	508
Noiembrie	3897	8960	748
Decembrie	1769	14046	870

Sursa: ANDPDCA, Situația răspândirii COVID-19 la nivelul serviciilor sociale pentru categorii vulnerabile la finalul lunii.

Soluții posibile

Izolarea socială și singurătatea, erau unele dintre problemele cele mai importante percepute de persoanele vârstnice din România și înainte de pandemia COVID-19 (FPMR, 2015). Acestea s-au acutizat în perioada pandemiei COVID-19 ca urmare a măsurilor de distanțare fizică impuse ducând la apariția unor probleme de sănătate fizică și mentală cum ar fi anxietatea, depresia etc. Limitarea relațiilor sociale, a deplasărilor fizice, accesul scăzut la servicii sociale face ca să fie necesară o reevaluare a acestora din urmă și o dezvoltare a lor pentru a putea fi furnizate și de la distanță. Aceste schimbări presupun o regândire a sistemului serviciilor sociale pentru vârstnici la nivel local, cu mutarea la distanță a unora dintre ele, dar și dezvoltarea celor la nivel comunitar care presupun îngrijiri la domiciliu.

În cazul României, este necesară creșterea numărului și capacității serviciilor de îngrijiri la domiciliu și a serviciilor comunitare integrate care să sprijine oferirea de servicii medicale și sociale de bază pentru persoanele vârstnice. Aceste servicii sunt necesare să existe în fiecare localitate, dar personalul implicat trebuie să fie dimensionat în funcție de nevoile existente la nivel local.

Furnizarea serviciilor pentru vârstnici de la distanță ar trebui continuată, dar prin pregătirea corespunzătoare a personalului din instituțiile publice. Serviciile oferite telefonic sau online au anumite caracteristici, iar personalul care le furnizează este necesar să fie obișnuit cum să reacționeze la acestea și cum să își adapteze mesajele transmise.

Concluzii

Accesul persoanelor vârstnice la servicii sociale și medico-sociale în România este deficitar în continuare în ciuda progreselor făcute în domeniu. Cauzele principale sunt legate de slaba dezvoltare la nivel național a domeniului serviciilor sociale în condițiile unei finanțări publice extrem de reduse, numărului redus al furnizorilor licențiați și a serviciilor acreditate pentru vârstnici comparativ cu nevoile existente, inegalităților în distribuția acestor servicii între mediul rural și urban. Mediul rural prezintă o dezvoltare mai slabă a serviciilor sociale și medico-sociale în condițiile în care doar 31% dintre comune au un furnizor acreditat de servicii sociale și 15% au servicii sociale licențiate, 32% au servicii publice de asistență socială și 39% au asistent medical comunitar.

Ultimii opt ani au marcat o dezvoltare a serviciilor sociale pentru vârstnici în România, în aprilie 2020 existând 575 de centre rezidențiale pentru vârstnici, 143 de centre de zi, 292 de servicii de îngrijire la domiciliu, 60 de centre rezidențiale de îngrijire și asistență medico-socială (MMPS, 2020). În perioada 2017-2020 s-a înregistrat o creștere cu 311 a numărului căminelor pentru persoane vârstnice, cu 49 a numărului unităților de îngrijiri la domiciliu și cu 79 al serviciilor de asistență comunitară. Cu toate acestea numărul lor este mic comparativ cu nevoile existente în rândul persoanelor vârstnice.

Pandemia COVID-19 a determinat apariția unor riscuri specifice pentru persoanele vârstnice: risc crescut de contaminare în centrele rezidențiale, risc pentru sănătate în cazul limitării furnizării serviciilor de îngrijiri la domiciliu, dar și risc sociale (sărăcie, abuzuri, izolarea socială, singurătate etc).

Unul dintre principalele riscuri cu care s-au confruntat vârstnici a vizat rata mare de contaminare în centrele rezidențiale. În țările europene aproximativ 50% din decesele în rândul persoanelor vârstnice au fost înregistrate în centrele rezidențiale dedicate acestora. Situația deceselor în cadrul centrelor rezidențiale pentru vârstnici și persoane cu dizabilități din sistemul public a crescut constant și în România. Din păcate nu există date din toate centrele rezidențiale pentru vârstnici. Cercetările în domeniu au arătat că în condițiile în care există un sistem de îngrijiri la domiciliu dezvoltat, numărul vârstnicilor care au contractat virusul COVID-19 și implicit al deceselor în rândul lor este semnificativ mai redus. În perioada stării de urgență, pentru a evita aglomerarea serviciilor medicale de urgență, serviciile de îngrijiri la domiciliu și cele în sistem rezidențial au continuat să fie oferite beneficiarilor. Dezvoltarea redusă a serviciilor de îngrijiri la domiciliu și acoperirea limitată cu asistenți medicali comunitari a făcut ca numărul persoanelor vârstnice beneficiare a acestor servicii să fie foarte mic în perioada pandemiei.

Pandemia COVID-19 a limitat foarte mult accesul la servicii sociale al persoanelor vârstnice în condițiile închiderii și apoi reducerii numărului de beneficiari ai activităților centrelor de zi, lipsei serviciilor sociale care pot fi oferite la distanță, abilităților reduse a vârstnicilor de a accesa servicii oferite la distanță. Izolarea socială și sentimentul de singurătate s-au acutizat în perioada pandemiei COVID-19 ca urmare a măsurilor de distanțare fizică impuse ducând la apariția unor probleme de sănătate fizică și mentală cum ar fi anxietatea, depresia etc

Referințe

- Banca Mondială. (2014). *Viață lungă, activă și în forță. Promovarea îmbătrânirii active în România*. București: Banca Mondială. Disponibil la: http://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/DGAS/IA-RO/Raport_Active_Aging_RO.pdf (accesat la 20 noiembrie 2020)
- Binkin Nancy , Federica Michieletto, Stefania Salmaso, Francesca Russo. (2020). Protecting our health care workers while protecting our communities during the COVID-19 pandemic: a comparison of approaches and early outcomes in two Italian regions, 2020. *medRxiv*, preprint. <https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20060707>
- Bond, John și Lynne Corner. (2011). *Quality of life and older people*. Berkshire: Open University Press.
- Bowling, Ann. (2005). *Ageing well. Quality of life in Old Age*. Berkshire: Open University Press.
- ECDC. (2020). *Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK*. Disponibil la: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf> (accesat la 17 decembrie 2020)
- Eurofound (2020), *Living, working and COVID-19 dataset*, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>
- Fundația Regală Margareta a României (FPMR). (2015). Situația vârstnicilor din România. Disponibil la: <https://www.fmr.ro/wp-content/uploads/2016/08/Cercetare-Sociologica-pentru-Fundatia-Principesa-Margareta-Prezentare-rezultate.pdf> (accesat 27.11.2020)
- Fundația Regală Margareta a României (FPMR). (2018). Comunicat de presă Telefonul Vârstnicului înregistrează un număr record de solicitări în perioada pandemiei. Disponibil la <https://www.fmr.ro/telefonul-varstnicului-inregistreaza-un-numar-record-de-solicitari-in-perioada-pandemiei/> (accesat 25. 04.2020).
- Fundația Regală Margareta a României (FPMR). (2018). Telefonul Vârstnicului. Topul nevoilor vârstnicilor din România 2018. București: FPMR. Disponibil la <https://www.fmr.ro/wp-content/uploads/2016/08/Topul-nevoilor-varstnicilor-2018.pdf> (accesat 25. 04.2020).
- Ghența, Mihaela, Matei, Aniela Mladen-Macovei, Luise, Bobârnat, Elen-Silvana. (2020). *Calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România*. București: Editura Universitară.
- Mollenkopf, Heidrun și Alan Walker. (eds.) (2007). Alan Walker, Heidrun Mollenkopf, Ann Bowling, Svein Olav Daayland, Thomas Hansen, Toni C. Antonucci, Kristine J. Ajrouch, Manuela Weidekamp-Maicher, Gerhard Naegele, Andreas Motel-Klingebiel, Hans-Werner Wahl, Frank Oswald, Christiane Claus, Fermina Rojo-Perez, Gloria Fernandez-Mayoralas, Vicente Rodriguez-Rodriguez, Jose-Manuel Rojo-Abuin, William B. Disch, Jean J. Scensul, Kim E. Radda, Julie T. Robison, Mohammad Taghi Sheykhi, Neena L. Chappell, Dorly J. H. Deeg, Marja Vaarama, Richard Pieper, Andrew Sixsmith. Autori. *Quality of Life in Old Age. International and Multi-Disciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer.
- Petrescu, Claudia (coord.), Alexandra Deliu, Flavius Mihalache, Adriana Neguț, Laura Tufă (autori) (2020). *Evaluare rapidă a situației copiilor și familiilor, cu accent pe grupurile vulnerabile, în*

contextul epidemiei de COVID-19 din România – runda 4. UNICEF România. Disponibil la:
http://bit.ly/UNICEF_Runda_4

Walker, Alan și Catherine Hagan Hennessy. (eds.) (2004). Alan Walker, Zahava Gabriel, Ann Bowling, James Nazroo, Madhavi Bajekal, David Blane, Ini Grewal, Leonie Kellaheer, Sheila M. Peace, caroline Holland, Thomas Scharf, Chris Phillipson, Allison E. Smith, Christina R. Victor, Sasha J. Scambler, John Bond, Kate Davidson, sara Arber, Joanne Cook, Tony Maltby, Lorna Warren, Jabeer butt, Jo Moriarty, Lynda Clarke, Ceridwen Roberts, Susan Tester, Gill Hubbard, Murna Downs, Charlotte MacDonald, Joan Murphy, Catherine Hagan Hennessy. Autori. *Growing older. Quality of life in old age*. Berkshire: Open University Press.