



Îmbătrânirea demografică. O provocare pentru sistemul de sănătate

Maria POENARU
Institutul de Economie Națională

Abstract

Population aging has profound implications for many facets of human life, of economic and social development. One of them is health and health care. This article focuses on health status profile and health services consumption of the older people in Romania. The estimates show that health care needs and health services consumption of an older person are higher than those of any other person from younger age group. The study refers also about some implication of aging on health care system and health care policy.

De câteva decenii, evoluțiile în domeniul populației și îmbătrânirea demografică au generat numeroase îngrijorări referitoare la viitorul dezvoltării economice, al echilibrelor în plan social și ecologic. Comportamentul economic și nevoile oamenilor diferă substanțial în funcție de ciclul de viață în care se află. Fiecare grupă de vârstă se comportă diferit, cu implicații economice distincte. Cercetările atrag atenția asupra faptului că procesul de îmbătrânire afectează: echilibrul între generații, piața muncii, sistemele de protecție socială, în special pensiile și asistența socială, sistemul de îngrijire a sănătății și, prin extensie, cheltuielile publice și private.

Îmbătrânirea pune probleme majore sistemului de îngrijire a sănătății. Studiile pe această temă afirmă cu certitudine astăzi că, în medie, o persoană mai în

vârstă consumă mai multe servicii medicale decât o persoană din oricare altă grupă de vârstă, cu excepția poate a celor noi născuți; de asemenea faptul că abilitatea de a efectua activități zilnice se erodează, până când unele persoane devin dependente de alții. Toate acestea implică o reevaluare a sistemelor de sănătate și de asistență socială pentru a face față acestei provocări. Prezentul studiu este centrat pe problemele privind sănătatea persoanelor cu vârste mai înaintate din România. El cuprinde evaluări referitoare la: volumul și tipul nevoilor de sănătate și de îngrijire, particularitățile stării de sănătate, accesul la sistemul de îngrijire și consumul de servicii medicale și medicamente, principalele implicații asupra modificării sistemului de sănătate, politici specifice legate de sănătatea și îngrijirea persoanelor mai în vârstă.

1. Îmbătrânirea modifică nevoile și cererea de sănătate și de îngrijire

Nevoile de îngrijire a sănătății au crescut și s-au modificat din punct de vedere structural, ca urmare a numeroși factori, între cei mai importanți numărându-se creșterea duratei medii a vieții și procesului de îmbătrânire demografică¹.

Speranța de viață la naștere a crescut în general în ultimii 20 de ani ai secolului trecut. În țările UE –15, de exemplu, speranța de viață la naștere a crescut în medie cu 5 ani, situându-se în prezent în jurul vârstei de 75 de ani pentru bărbați și de 81 ani pentru femei. În România, aceasta este în prezent de aproximativ 68

ani pentru bărbați și de 75 ani pentru femei, fiind mai scăzută în medie cu 7 ani în cazul bărbaților și cu 6 ani în cazul femeilor comparativ cu media calculată pentru țările din spațiul UE-15 (Tabelul 1). Diferențe semnificative există și în ceea ce privește indicatorul care exprimă speranța de viață la vârsta de 60 sau de 65 ani, factor important de configurare a nevoilor de sănătate. În România, speranța de viață calculată la vârsta de 65 ani este mai scăzută cu o durată cuprinsă între 3 ani pentru bărbați și 5 ani pentru femei.

În ipoteza – credem realistă – că, în viitor, și în România se va înregistra o creștere a duratei medii a vieții ca urmare a scăderii mortalității, a îmbunătățirii climatului și condițiilor de existență în

Tabelul 1: Speranța de viață la naștere și la 65 de ani în Uniunea Europeană și în România

	Anul	UE -15		România	
		Masculin	Feminin	Masculin	Feminin
Speranța de viață la naștere	1960	67,4	72,9	64,2*	67,7*
	1980	70,5	77,2	66,6	71,9
	1990	72,8	79,4	66,6	73,1
	2000	75,3	81,4	67,7	74,8
	2003	...	...	67,4	...
Speranța de viață la 65 de ani	1960	12,7	15,1	...	...
	1980	13,4	17,1	...	...
	1985	14,6	18,4	...	...
	2000	15,6**	19,4**	13,0	15,5

Notă: * 1961; **1997

Sursa: Eurostat, 2002 – pentru țările UE-15; INS, *Anuarul statistic al României*, 2004, p. 76 și EC, 2003, p. 21-22 – pentru România.

¹ Volumul și structura nevoilor de sănătate se modifică și ca urmare a acțiunii altor factori decât cei de natură demografică. Apariția unor noi tipuri de morbiditate, specifice perioadei moderne, sau determinate de stilul de viață contemporan, de mediul de viață și de muncă reprezintă una dintre direcțiile cele mai importante de

configurare a nevoilor de sănătate. SIDA, cancerul, bolile cardiovasculare, tuberculoza, bolile sistemului nervos etc. sunt doar câteva exemple de boli care se răspândesc tot mai mult în rândul populației din grupele de vârstă mai tinere, fapt care preocupă în mod deosebit lumea medicală și societatea în ansamblul său.

general și a activității sistemului sanitar, în mod inevitabil va crește volumul nevoilor de îngrijire a sănătății, în special al nevoilor persoanelor mai în vârstă.

Așa cum rezultă din proiecțiile ONU, EUROSTAT și naționale referitoare la evoluția populației României, în viitor se va accentua procesul de îmbătrânire demografică. Conform proiecției ONU revizuită în 2004 (variante medie), în România populația de peste 65 ani va deține o pondere de 15,5% în anul 2015 (cu 2,0 pp mai mare față de 2000), de 17,1% în 2020, de 18,6% în 2025 și de 28,7% în 2050. Aceeași proiecție relevă și creșterea ponderii populației în vârstă de 80 ani și peste, de la 1,8% în anul 2000 la 3,5% în 2015, la 3,7% în 2025 și la aproape 7,2% în anul 2050 (UN, World Population Prospects).

Având în vedere că în România speranța de viață este substanțial mai scăzută comparativ cu cea calculată pentru populația din cele mai multe țări europene, un interes major în contextul subiectului abordat în acest studiu prezintă și populația aflată în apropierea limitei de 65 ani², respectiv populația din grupa de vârstă de 55-65 ani, dat fiind faptul că așa cum a arătat experiența multe probleme

de sănătate apar înaintea acestei limite.

Foarte important de subliniat este faptul că în cazul României creșterea ponderii populației vârstnice în populația totală se configurează în contextul scăderii numărului populației totale în următoarele decenii și, poate cel mai important din perspectiva evoluției nevoilor de sănătate, este creșterea numărului populației peste o anumită limită de vârstă. Astfel, potrivit proiecției menționate, comparativ cu anul 2000, populația de 65 ani și peste din România va fi mai numeroasă cu aproximativ 250 mii persoane în 2015, cu 500 mii în 2020, cu 700 mii în anul 2025 și cu 1,8 milioane în 2050.

O problemă aparte pentru sănătatea și îngrijirea – într-un sens mai larg – a persoanelor vârstnice rezultă din faptul că sunt frecvente situațiile în care persoane de vârste înaintate rămân și locuiesc singure³. Potrivit evaluărilor noastre, pe baza datelor din Recensământul populației și locuințelor din martie 2002, ponderea celor în vârstă de 65 ani și peste din gospodăriile alcătuite dintr-o singură persoană în totalul populației în vârstă de peste 65 ani (ambele sexe) era de 23,6%, mai mare în cazul femeilor (31,6%) comparativ cu cea a bărbaților (12,5%). Pe medii de rezidență, ponderea persoanelor de peste 65 ani (ambele sexe) din gospodăriile alcătuite dintr-o singură persoană era mai mare în mediul urban (25,3%) comparativ cu mediul rural (22,6%), păstrându-se diferențierile pe sexe menționate mai sus. În toate cazurile, ponderea per-

² Încadrarea unei persoane în categoria populației vârstnice se face pe baza unui criteriu convențional. Potrivit unor organisme specializate, cum este OMS, persoane vârstnice sunt considerate cele în vârstă de 60 de ani și peste. Având în vedere că în ultimele decenii a crescut speranța de viață și că durata vieții de muncă s-a prelungit, situându-se în prezent în marea majoritate a țărilor dezvoltate în jurul vârstei de 65 de ani, în tot mai multe studii vârsta luată în considerare pentru delimitarea populației vârstnice de populația mai tânără este cea de 65 de ani.

³ Acest proces se va accentua în viitor având în vedere, pe de o parte, tendința – deja consolidată – a separării generațiilor și constituirii de gospodării formate din nuclee familiale separate și, pe de altă parte, situația inevitabilă când unul dintre membrii familiilor vârstnice rămâne singur.

soanelor singure crește odată cu încadrarea într-o grupă de vârstă mai mare. Astfel, dacă în grupa de vârstă 65-69 ani (ambele sexe) ponderea persoanelor singure în totalul persoanelor din grupa respectivă era de 16,5%, în grupa de vârstă 70-74 ani această pondere era de 22,8%, iar în grupa 75 ani și peste, de 31,4%. Aceste ponderi sunt substanțial mai mari în cazul femeilor, ajungând în cazul grupei de vârstă 75 ani și peste la aproximativ 40% din totalul femeilor din aceeași grupă de vârstă.

Îmbătrânirea populației modifică substanțial nevoile și respectiv cererea pentru servicii și prestații medicale și creează un nou tip de cerere din partea vârstnicilor. Experiența a arătat că nevoile și, în consecință, cererea de servicii de sănătate, de produse farmaceutice și materiale sanitare variază în raport cu vârsta: relativ mari la naștere și la vârste foarte fragede, se diminuează puternic în perioada copilăriei, adolescenței și tinereții, după care cresc lent începând de la vârsta de 45-50 ani și foarte rapid după 65 ani.

Caseta 1: Îmbătrânirea demografică. O provocare pentru sistemul sanitar

Revoluția demografică este în desfășurare în întreaga lume. În prezent există mai mult de 600 de milioane de oameni în vârstă de 60 de ani și peste. Acest număr se va dubla până în 2025 și va ajunge în 2050 la două miliarde, marea majoritate a acestora fiind în țările în curs de dezvoltare. O asemenea îmbătrânire accelerată a populației mondiale va duce la creșterea presiunilor economice și sociale în toate țările.

În timp ce în țările dezvoltate, consecințele îmbătrânirii populației vizând domeniul sănătății și al securității veniturilor sunt deja în centrul discuțiilor oamenilor politici și de decizie, viteza și impactul îmbătrânirii populației în regiunile mai puțin dezvoltate urmează să fie pe deplin evaluat.

Îmbătrânirea populației este determinată de doi factori: o scădere a ponderii copiilor, care exprimă declinul ratelor de fertilitate și o creștere a ponderii adulților în vârstă de 60 ani și peste ca urmare a scăderii generale a ratelor de mortalitate. Această tranziție demografică va aduce cu sine un important număr de provocări pentru cei care decid în domeniul sănătății și al politicii sociale. Pe măsură ce populațiile îmbătrânesc, povara bolilor netransmisibile crește. Datele din țările dezvoltate arată totuși că prevalența bolilor cronice și nivelurile dizabilității persoanelor mai în vârstă poate fi redus ca urmare a promovării corespunzătoare a sănătății și a unor strategii de prevenire a bolilor netransmisibile. Este o mare preocupare legată de faptul că prevalența factorilor de risc pentru bolile cronice este în creștere în țările în curs de dezvoltare. Absența oportunităților sistemelor de sănătate din țările în curs de dezvoltare de a se ocupa sau de a ține sub control bolile netransmisibile legate de îmbătrânire va duce la creșterea incidenței, prevalenței și complicațiilor acestor boli și la absorbția de resurse destinate altor priorități ale domeniului, cum ar fi sănătatea copiilor sau sănătatea mentală.

Îmbunătățirea sistemelor de sănătate și creșterea responsabilității lor față de îmbătrânirea populației are un sens economic. Pe măsură ce ratele de dependență a persoanelor vârstnice cresc în mod virtual în toate țările lumii, contribuțiile de natură economică și rolul productiv al persoanelor mai în vârstă vor avea o importanță mai mare. Susținerea oamenilor pentru a rămâne sănătoși și a asigura o bună calitate a vieții în ultimii lor ani de viață este una dintre cele mai mari provocări pentru sectorul sănătății, atât în țările dezvoltate cât și în cele în curs de dezvoltare.

Sursa: WHO, *The World Health Report*, 2003, p. 18.

2. Caracteristici ale sănătății persoanelor vârstnice

Evaluările prezentate în acest studiu au ca grup țintă persoanele cu vârste peste limita de 60 ani și uneori situate în proximitatea acestei vârste. Principalele surse de informații sunt:

- a) statistica sanitară (date administrative);
- b) rezultatele unor anchete speciale efectuate pe această temă. Între acestea se numără ancheta "Starea de sănătate a populației din România" (SAN – 2000)⁴. De asemenea, rezultatele unor anchete care conțin module privind sănătatea așa cum este "Ancheta asupra condițiilor de viață" (ACOVİ)⁵. Pentru a caracteriza starea de sănătate

⁴ *Starea de sănătate a populației din România* (SAN – 2000) este o anchetă efectuată de Institutul Național de Statistică (INS) în perioada 24 iulie – 6 august 2000. Această anchetă oferă informații comparabile la nivel internațional, fiind standardizată din punctul de vedere al concepției metodologice și organizatorice, al conceptelor, definițiilor și clasificărilor utilizate, ca și al planului de sondaj. Ancheta corespunde normelor și recomandărilor OMS și EUROSTAT. Întrebările din chestionare au avut perioade de referință diferite, de la ultimele două săptămâni înaintea interviului până la ultimele 12 luni.

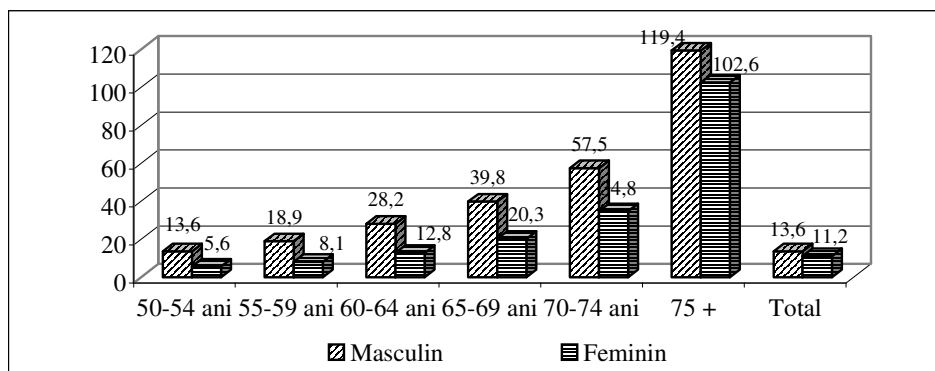
⁵ Ancheta privind condițiile de viață ale populației din România (ACOVİ) este efectuată anual de INS. Ea oferă informații referitoare la aspecte diverse ale condițiilor de viață, între acestea numărându-se și cele privind starea de sănătate a populației. Perioada de referință în cazul întrebărilor privind starea de sănătate a populației a fost ultimele șase luni.

a persoanelor vârstnice – atât cât este posibil pe baza informațiilor disponibile în prezent – am apelat la două categorii de indicatori: cei referitori la mortalitate și cei referitori la morbiditate.

2.1 Mortalitate în creștere

Analiza datelor privind *mortalitatea generală* a populației pe grupe de vârstă arată invariabil că în România aceasta crește substanțial pentru ambele sexe, începând cu vârsta de 50 ani, fiind mai accentuată după 65 ani.

Se constată, de asemenea, că în cadrul acelorași grupe de vârstă ratele de mortalitate se diferențiază pe sexe, fiind mult mai înalte în cazul bărbaților. În întreaga perioadă a ultimilor 12 ani, rata mortalității generale pentru bărbații din grupa de vârstă 65 – 69 ani a fost de două ori mai înaltă decât rata mortalității pentru femeile din aceeași grupă de vârstă. De remarcat este faptul că această caracteristică este valabilă și în cazul grupelor de vârstă mai tinere, cum sunt cele cuprinse între 50 și 54 ani. Această configurație a mortalității pe grupe de vârstă și sexe reprezintă un important punct de reper pentru sistemul de servicii medicale necesare, precum și pentru evoluția în perspectivă a cheltuielilor de sănătate, în special a celor publice. Legat de acest ultim aspect, menționăm faptul că o cercetare efectuată în cazul Franței a relevat că, de exemplu, "efectul de îmbătrânire" asupra creșterii cheltuielilor de sănătate între anii 1990 și 1997 a fost aproximativ egal cu cel al creșterii numărului populației (Bac și Cornilleau, 2001).



Notă: * decedați la 1000 persoane.

Sursa: INS, *Anuarul statistic al României*, 2004, p. 66-67.

Figura 1: Rata mortalității* populației în vârstă de 50 de ani și peste, în anul 2003

2.2 Morbilitate mai mare și complexă

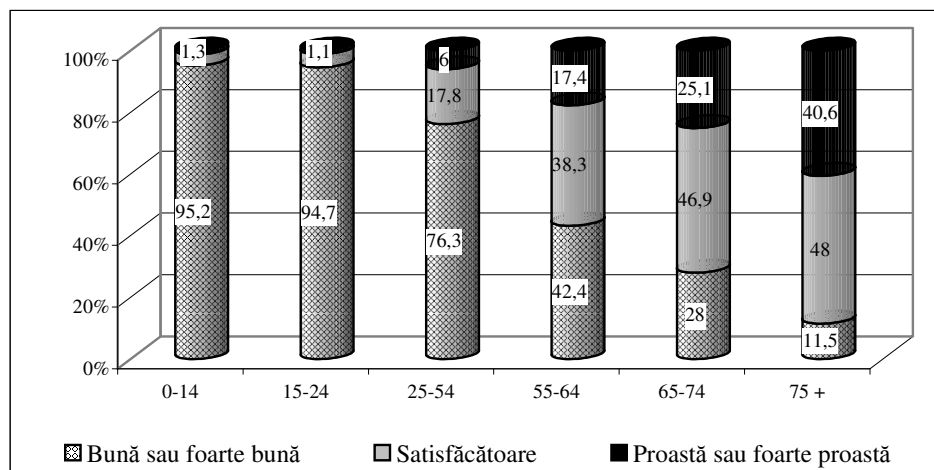
Morbiditatea poate fi descrisă cu ajutorul mai multor categorii de indicatori, între care cei referitori la incidența sau la prevalența unor boli sunt deosebit de expresivi. Din păcate, astfel de indicatori din surse administrative sunt indicatori medii, și doar ocazional sunt determinați pentru anumite grupe de vârstă (de exemplu, incidența tuberculozei la copii, incidența sau prevalența HIV/SIDA pentru populația din grupe de vârstă mai tinere).

O categorie importantă de indicatori referitori la starea de sănătate și la morbiditatea populației, determinați și după caracteristici demografice (grupe de vârstă și sexe) este oferită de anchete speciale, standardizate, ale căror rezultate sunt tot mai mult folosite în comparațiile internaționale. O astfel de anchetă a fost efectuată și în România în anul 2000, respectiv, Ancheta, prin interviu, asupra sănătății (SAN-2000) ale cărei rezultate le folosim în evaluarea stării de sănătate, a

morbidității persoanelor vârstnice și a utilizării de către acestea a serviciilor din sistemul sanitar. Unele informații referitoare la aceste aspecte oferă și Ancheta privind condițiile de viață ale populației (ACOV).

Starea de sănătate declarată se diferențiază în mod clar în funcție de vârstă. Proporția populației vârstnice ce declară o stare de sănătate proastă sau foarte proastă este crescătoare pe măsura înaintării în vârstă, atingând 40% la grupa de vârstă de 75 ani și peste. Această structură este ușor diferită pe sexe și medii de rezidență, în sensul că proporția femeilor de peste 65 ani care au declarat o stare de sănătate proastă sau foarte proastă este mai mare decât cea a bărbaților, după cum populația de peste 65 ani din mediul urban declară o stare de sănătate proastă sau foarte proastă, într-o proporție mai mare comparativ cu cea din aceleași categorii de vârstă din mediul rural.

Morbiditatea persoanelor vârstnice este caracterizată de o multitudine de



Sursa: INS, SAN-2000, p. 79.

Figura 2: Structura populației după starea de sănătate declarată în 2000, pe grupe de vârstă (%)

situații patologice⁶. Rezultatele anchetelor privind condițiile de viață ale populației (ACOVİ) care conțin întrebări despre starea de sănătate a populației arată că o dată cu înaintarea în vârstă crește ponderea persoanelor care suferă de boli cronice, ajungând în cazul persoanelor din grupa de vârstă 65-74 ani la 55% și în

cazul grupei de 75 ani și peste la 70%.

În cazul persoanelor cu vârste de 65 ani și peste se observă o creștere cu 3-4 p.p. a ponderii celor care suferă de boli cronice.

Și numărul de *boli cronice* de care suferă o persoană crește pe măsură ce populația înaintează în vârstă. Rezultatele anchetei SAN-2000 arată că aproximativ 60% din populația cu vârste cuprinse între 65 și 74 ani suferă de una sau mai multe boli cronice, această pondere crescând la peste 70% în cazul persoanelor cu vârste de 75 ani și peste. Pe medii de rezidență, populația vârstnică din mediul urban suferă în proporție mai mare de un cumul de boli cronice decât populația din mediul rural⁷.

⁶ O persoană poate fi afectată într-o măsură mai mare sau mai mică de o boală sau infirmitate care duce la dependență. O boală poate fi de scurtă durată (boală acută) sau de lungă durată – cel puțin trei luni –, necesitând un tratament continuu sau periodic (boală cronică). Între bolile cronice majore care afectează cel mai frecvent persoanele vârstnice sunt: bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul, bolile aparatului osteo-muscular etc. Alte boli cronice mai puțin serioase care afectează viața zilnică sunt: tulburările de auz și de vedere. Persoanele vârstnice, în special cele de peste 75 sau 80 ani, suferă de probleme cu adevărat serioase de invaliditate sau dependență.

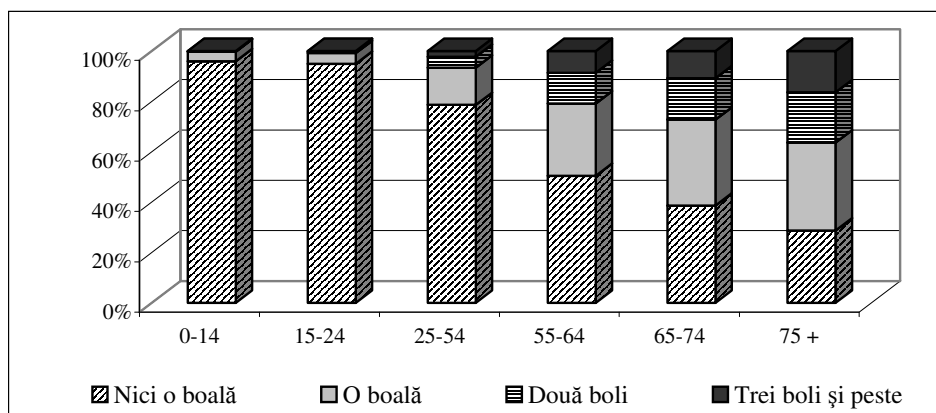
⁷ Este posibil ca această apreciere să fie determinată într-o anumită măsură de faptul că persoanele cu vârste mai înaintate din mediul rural apelează mai rar la servicii medicale, fie din cauza infrastructurii slab

Tabelul 2: Ponderea persoanelor care suferă de boli cronice în total persoane*

Anul	Total	din care, după grupa de vârstă					
		sub 15 ani	15-24 ani	25-49 ani	50-64 ani	65-74 ani	75 ani și peste
2001	19,1	2,9	4,3	11,6	37,1	51,3	66,2
2002	20,0	3,4	4,9	12,2	38,1	52,8	68,1
2003	19,6	2,5	3,4	11,2	35,8	55,8	70,0
2004	20,0	2,2	4,6	11,1	37,7	54,0	67,0

Notă: * în luna iunie a fiecărui an

Sursa: INS, ACOVI-2003, p. 156; 2004, p. 160.



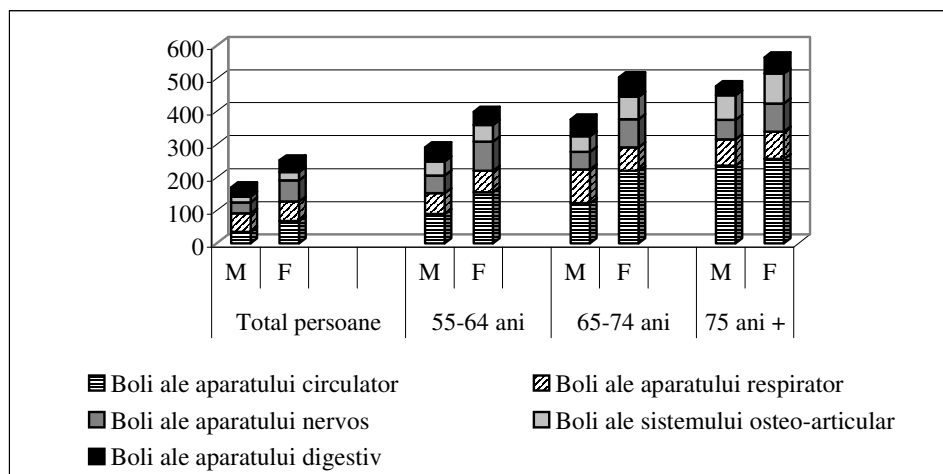
Sursa: INS, SAN-2000, p. 99.

Figura 3: Structura populației după numărul de boli cronice de care suferă, pe grupe de vârstă (%)

Bolile a căror incidență crește o dată cu vârsta și afectează cel mai mult persoanele vârstnice, atât în cazul bărbaților cât și în cel al femeilor sunt, conform anchetei SAN-2000, cele ale aparatului circulator, ale sistemului osteo-articular, ale aparatului respirator, ale sistemului nervos și ale aparatului digestiv.

dezvoltate, fie ca urmare a resurselor financiare mai scăzute ale populației din rural.

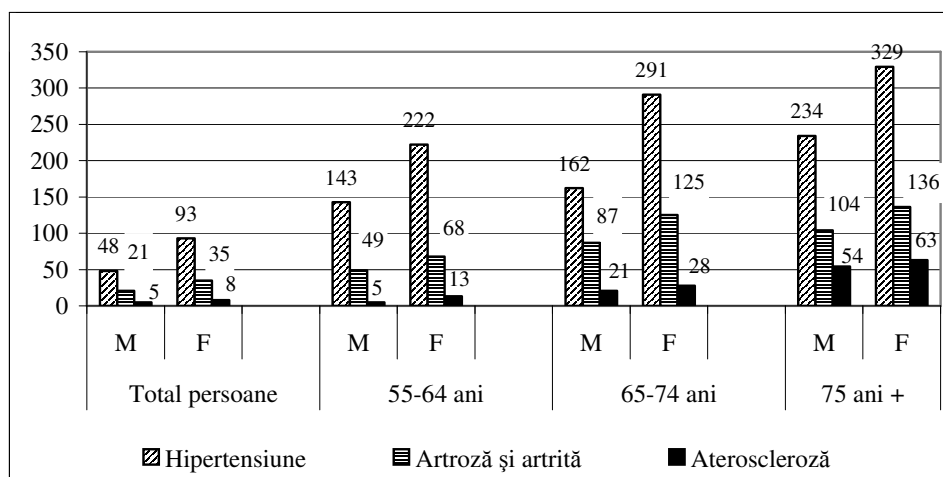
Din lista celor aproximativ 30 boli cronice care afectează în special populația vârstnică, cele mai frecvente sunt: hipertensiunea și alte boli cronice ale inimii, artroza și artrita, lombosciatica, cataracta și glaucomul, ateroscleroza etc. O prevalență semnificativă au, de asemenea, unele boli ale aparatului respirator (astmul bronșic, bronșita cronică, emfizemul, insuficiența respiratorie), ulcerul gastric și duodenal, unele boli ale aparatului nervos



Notă: * Reprezintă numărul celor care au declarat că în ultimele două săptămâni precedente zilei interviului au avut probleme de sănătate (la 1000 persoane).

Sursa: INS, SAN-2000, p. 104-105.

Figura 4: Incidența unor boli care afectează persoanele vârstnice*, pe sexe, în 2000



Notă: M = masculin; F = feminin.

Sursa: INS, SAN-2000 p. 84-86.

Figura 5: Prevalența unor boli cronice specifice persoanelor vârstnice, pe sexe, în 2000

(Parkinson, Alzheimer etc.). Creșterea puternică o dată cu înaintarea în vârstă a prevalenței unora dintre bolile cronice este redată de Figura 5.

Unii specialiști apreciază că, într-o oarecare măsură, vârstnicii tind să subestimeze seriozitatea suferințelor lor și privesc disconfortul ca pe ceva “normal”. Rezultatele din ancheta SAN-2000 pot fi considerate ca realiste, având în vedere faptul că peste 94% din cazuri au fost diagnosticate de un medic, excepție făcând doar lombosciatica diagnosticată în proporție de 90,7% din cazuri și migrenele în proporție de 81,7% (SAN-2000, p. 26).

Persoanele în vârstă, în special cele de peste 75 ani, sunt cele care suferă de probleme cu adevărat serioase de invaliditate și dependență. Astfel, conform rezultatelor anchetei SAN-2000, 5,4% din persoanele în vârstă de 65-74 ani și 10,7% din cei de peste 75 ani sunt per-

soane cu infirmități. Acestea au limitată activitatea zilnică într-o proporție covârșitoare, 70% apreciind că activitatea lor zilnică este limitată în mod serios. Menționăm, de asemenea, că peste 60% din totalul persoanelor de peste 65 ani și peste 70% din cei de peste 75 ani suferă de o boală cronică, care limitează activitatea zilnică într-o măsură semnificativă.

Mai mult, ponderea celor pentru care limitarea activității zilnice este de o durată mai lungă este semnificativ mai mare în cazul persoanelor din grupele de vârstă înaintate. Astfel, din totalul celor care au declarat că în ultimele două săptămâni precedente interviului au întrerupt sau au renunțat o perioadă mai mare (8-14 zile) la activități obișnuite din cauza unei boli sau a unei leziuni, cei din grupa de vârstă de 65-74 ani reprezintă mai mult de jumătate, iar cei 75 ani și peste, mai mult de 60% (SAN-2000, p.112).

Tabelul 3: Ponderea persoanelor care suferă de boli cronice și de infirmitate având limitată activitatea zilnică, 2000

Grupe de vârstă	Total*	din care, cu limitarea activității zilnice		(%)
		într-o oarecare măsură	în mod serios	
Boli cronice				
Total	24,2	16,5	25,0	
55-64 ani	49,6	13,5	22,2	
65-74 ani	61,1	7,8	30,4	
75 ani +	71,2	4,7	49,1	
Infirmități				
Total	2,7	34,0	57,0	
55-64 ani	4,0	43,2	55,0	
65-74 ani	5,4	25,8	70,3	
75 ani +	10,7	25,7	71,3	

Notă: în total persoane.

Sursa: Calculat după INS, SAN-2000, p. 102-103.

Limitarea activității zilnice și mai ales dependența persoanelor vârstnice din cauza unei boli cronice sau infirmități este una dintre problemele cele mai serioase care presupun atât îngrijire medicală de durată, cât și îngrijire într-un sens mai

larg. Această stare de lucruri poate fi reflectată de datele referitoare la ponderea persoanelor din grupele de vârstă înaintate care realizează unele activități pe care le presupune traiul zilnic, *numai* cu ajutor.

Tabelul 4: Ponderea persoanelor din grupele de vârstă înaintate care realizează unele activități zilnice, *numai* cu ajutor

(%)

Tipul activității zilnice	Total*	din care, pe grupe de vârstă		
		55-64 ani	65-74 ani	75 ani +
Urcă și se dau singuri jos din pat	1,2	1,3	2,2	7,7
Se așează și se ridică singuri de pe scaun	1,0	1,2	1,9	6,6
Se îmbracă și se dezbracă	0,9	1,2	1,7	6,1
Se spală pe mâini și pe față	0,7	0,9	1,2	4,5
Se pot hrăni (inclusiv să taie alimente)	0,6	0,9	1,4	4,2
Pot merge și utiliza toaleta	0,8	1,0	1,5	5,4

Notă: în total persoane din grupele de vârstă înaintată.

Sursa: INS, SAN-2000 p. 131.

Întreruperi ale activităților zilnice apar nu numai ca urmare a unor boli cronice sau invalidități. Conform ACOVI, în 2003 5% din totalul persoanelor intervievate au întrerupt activitatea zilnică în ul-

timizele șase luni premergătoare interviului datorită bolilor, această pondere fiind de aproape 12% în cazul persoanelor de 65-74 ani și de 17% în cazul celor de 75 ani și peste.

Tabelul 5: Ponderea persoanelor care au întrerupt activitatea zilnică* din cauza unor boli

(%)

Anul	Total**	din care, după grupa de vârstă					
		sub 15 ani	15-24 ani	25-49 ani	50-64 ani	65-74 ani	75 ani și peste
2001	4,9	2,1	1,9	3,5	7,1	11,0	17,6
2002	4,8	2,2	1,5	3,2	7,9	10,5	16,1
2003	5,1	3,2	1,1	3,4	7,6	11,6	17,2
2004	4,9	2,7	1,9	3,4	7,4	9,7	14,0

Notă: * în ultimele șase luni premergătoare interviului; ** în total persoane.

Sursa: INS, ACOVI-2003, p. 171; 2004, p. 175.

Alături de suferință, limitarea activității zilnice și mai ales dependența persoanelor vârstnice din cauza unei boli cronice sau infirmități – costisitoare deopotrivă pentru sistemul sanitar și pentru familie – este o preocupare specială de mai multă vreme în unele dintre țările Europei marcate de un pronunțat proces de îmbătrânire, proces care se va accentua în perioada următoare și în România.

3. Îngrijirea sănătății persoanelor vârstnice

3.1 Accesul la sistemul de îngrijire a sănătății

Accesul populației la serviciile de sănătate este definit de Legea asigurărilor sociale de sănătate⁸. Din textul legii

⁸ Legea nr. 145 din 24 iulie 1997, publicată în M.Of. nr. 178 din 31 iulie 1997. Conform legii, sunt îndreptățite să beneficieze de servicii de sănătate: a) persoanele asigurate (cetățeni români cu domiciliul în țară și cetățeni străini cu rezidența în România), care *plătesc o contribuție lunară* pentru asigurările sociale de sănătate. Între persoanele asigurate cu plata contribuției de asigurări de sănătate sunt, în principal, cele care au statut de salariat; b) persoanele care beneficiază de asigurare de sănătate *fără plata contribuției*: copii și tinerii până la vârsta de 26 de ani dacă sunt elevi, studenți și dacă nu realizează venituri din muncă; pensionarii (exonerați de plata contribuției de la 1 ianuarie 2003); persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau se află în grija familiei; soțul, soția, părinții și bunicii, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate; persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 (persoane persecutate din motive politice,

rezultă că teoretic *întreaga populație are acoperire cu servicii de sănătate, cu condiția să aibă calitatea de asigurat cu sau fără plata contribuției*. Persoanele vârstnice au acces la serviciile oferite de sistemul sanitar fără plata contribuției, în virtutea faptului că acestea au calitatea de pensionari (pentru limită de vârstă, invaliditate sau urmași); sunt beneficiari ai prevederilor unor legi speciale (Decretul-lege nr. 118/1990; Legea nr. 44/1994) sau se află în întreținerea unei persoane asigurate (dacă nu au venituri proprii).

Persoanele vârstnice acoperite în cadrul asigurării de sănătate au dreptul să primească următoarele categorii de prestații: servicii medicale, medicamente și materiale sanitare.

– *Serviciile medicale* de care beneficiază cel mai frecvent persoanele vârstnice sunt:

- (i) cele de asistență medicală ambulatorie, respectiv, asistență primară și asistență de specialitate (care se referă la: diagnostic, tratament medical, asistență medicală, reabilitare, medicamente și materiale sanitare). Asistența primară ambulatorie se acordă cu condiția ca persoanele asigurate să fie înscrise la un medic de familie, la alegere. Asistența medicală de specialitate ambulatorie se acordă celor au obținut anterior o recomandare de la medicul de familie.
- (ii) Asistența medicală de specialitate în spitale acreditate se acordă persoanelor asigurate pentru care tratamentul

deportate în străinătate și constituite în prizonieri), prin Legea nr. 44/1994 (referitoare la veteranii de război, invalizii și văduvele de război) și Legea nr.42/1990, art.2 (referitoare la drepturile urmașilor eroilor martiri din decembrie 1989, ale celor care au dobândit calitatea de revoluționar).

ambulatoriu se dovedește inefficient. Aceasta înseamnă spitalizare totală sau parțială cu consultații și investigații medicale și / sau tratament chirurgical, îngrijiri acordate de personalul mediu sanitar, medicamente, materiale sanitare, cazare și masă.

- *Medicamente*. Persoanele vârstnice reprezintă o pondere importantă a consumatorilor de medicamente prescrise de medici, care pot fi cumpărate din farmacii cu o compensare totală sau parțială a prețului de vânzare. Anual, instituțiile abilitate din sistemul sanitar elaborează o listă (pozitivă) cu medicamentele care se compensează.
- *Materiale sanitare* și dispozitive ortopedice se acordă asiguraților care au nevoie pentru corectarea vederii și a auzului, pentru protezarea membrului etc. pe baza prescrierii medicale.

Acordarea prestațiilor în sistemul asigurărilor de sănătate se face cu respectarea anumitor condiții precizate în Contractele – cadru⁹, acest act fiind cel care stabilește anual prestațiile de care beneficiază persoanele acoperite de sistemul de asigurări de sănătate.

Conform legislației, rezultă că accesul persoanelor vârstnice la prestațiile furnizate de sistemul de sănătate este asigurat la fel ca în cazul tuturor cetățenilor. În

⁹ Anual, între furnizori de servicii de sănătate (primară, în spitale, îngrijire la domiciliu, servicii de urgență etc.) și Casele de asigurări de sănătate sunt stabilite condițiile de acordare a serviciilor și modalitățile de plată, pe baza unui act normativ numit Contract – cadru. Fiecare tip de Contract – cadru urmează să fie însoțit de Norme metodologice de aplicare prin care sunt precizate în detaliu relațiile între părțile contractante.

practică, accesul la serviciile oferite de sistemul sanitar din România persoanelor vârstnice – segmentul de populație care generează cea mai mare parte a nevoilor de îngrijire – este “modelat” de două categorii de factori. O primă categorie se referă la cei care țin de organizarea și funcționarea sistemului de sănătate: gradul de dezvoltare și de răspândire în teritoriu a infrastructurii sanitare, de asigurare cu cadre medicale, alocarea resurselor financiare necesare și, nu în ultimul rând, utilizarea eficientă a acestora. Cea de a doua categorie de factori se referă la cei exteriori mediului sanitar, între care cei mai importanți sunt: nivelul veniturilor individuale ale persoanelor vârstnice – substanțial mai mici comparativ cu cele ale persoanelor active; condițiile generale de viață, care influențează dimensiunile și structura nevoilor de îngrijire; educația și stilul de viață etc.

3.2 Consumul de servicii medicale și medicamente

3.2.1 Consumul de servicii medicale

Înscrierea și vizita la medicul de familie constituie condiția de bază pentru prevenirea și depistarea precoce a diferitelor boli. Datele din ancheta SAN - 2000 arată că la nivel național numai 36,7% din populația de ambele sexe a vizitat, în ultimele 12 luni înaintea interviului, medicul de familie, cu o frecvență medie de 4,0 vizite pe an.

Populația din grupele superioare de vârstă¹⁰ vizitează medicul de familie în

¹⁰ Deși statistic populația vârstnică (vârsta a III-a) este considerată cea de 60 de ani și peste sau 65 de ani și peste (acesta fiind și

Tabelul 6: Ponderea persoanelor care au vizitat medicul de familie în totalul persoanelor din grupele de vârstă mai înaintate și numărul mediu de vizite*

(%)

Grupa de vârstă		Total	din care:			
			bărbați	femei	mediu urban	mediu rural
Total	Au vizitat medicul de familie,%	36,7	31,4	41,9	40,1	32,7
	Număr mediu de vizite	4,0	3,8	4,2	4,3	3,6
55-64 ani	Au vizitat medicul de familie,%	51,5	44,4	57,7	60,8	43,4
	Număr mediu de vizite	4,8	4,7	4,9	5,7	3,7
65-74 ani	Au vizitat medicul de familie,%	60,0	55,0	63,7	71,6	52,1
	Număr mediu de vizite	5,3	5,1	5,4	6,1	4,6
75 ani +	Au vizitat medicul de familie,%	62,2	62,7	68,4	79,6	57,8
	Număr mediu de vizite	6,1	6,3	5,9	7,2	5,1

Notă: * efectuate în ultimele 12 luni.

Sursa: INS, SAN-2000, p.139.

proporții mai mari și crescătoare odată cu înaintarea în vârstă (circa 50% din persoanele cuprinse în grupa 55-64 ani, circa 60% din grupa 65-74 ani și peste 66% din cei de 75 ani și peste). Aceste proporții sunt substanțial mai mari în cazul femeilor decât în cel al bărbaților și în mediul urban comparativ cu cel rural.

Un lucru similar se constată și în ceea ce privește frecvența vizitelor la medicul de familie, aceasta crescând odată cu înaintarea în vârstă, fiind de 4,8 vizite pe an în cazul persoanelor (ambele sexe) din grupa 55-64 ani, de 5,3 pentru cei din grupa 65-74 ani și de 6,1 pentru cei de 75 ani și peste. Din nou, frecvența vizitelor la medicul de familie este ușor

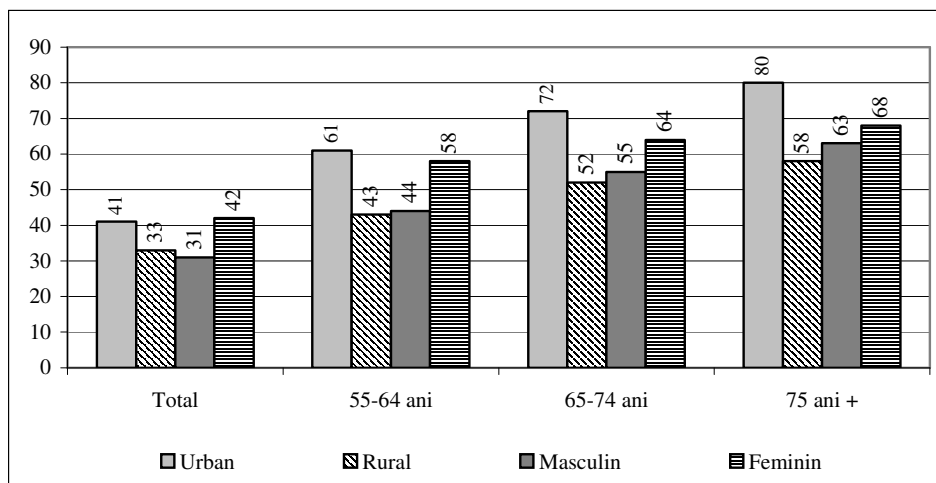
mai mare în cazul femeilor comparativ cu cel al bărbaților, dar mult mai diferențiată între mediul urban și cel rural, evident în favoarea celor din mediul urban.

Principală observație care se poate face în legătură cu situația prezentată mai sus se referă la faptul că diferențele menționate derivă în bună măsură din distribuția inegală între mediul urban și cel rural a infrastructurii medicale primare și a resurselor umane și financiare din acest domeniu, precum și din comportamentul diferențiat în funcție de sex și de alți factori (educația, de exemplu) în ceea ce privește accesul și consumul de astfel de servicii.

Menționăm de asemenea faptul că, potrivit anchetei, în jur de 60% din vizitele efectuate medicului de familie de către persoanele vârstnice au avut ca motiv boala sau probleme de sănătate, iar în jur de 20% repetarea unei rețete medicale.

Consumul crescător de servicii medicale odată cu înaintarea în vârstă este relevant și de datele din ancheta SAN-

limita vârstei de pensionare în marea majoritate a țărilor dezvoltate), în acest studiu avem în vedere și populația “ceva mai tânără”, respectiv, grupa 55-65 ani, dat fiind faptul că în cazul României, mulți indicatori referitori la mortalitate și morbiditate arată o stare de sănătate precară și pentru populația din această grupă.



Notă: * în ultimele 12 luni.

Sursa: INS, SAN-2000, p.139.

Figura 6: Ponderea persoanelor vârstnice care au vizitat medicul de familie* în total persoane din grupa de vârstă respectivă (%)

2000 referitoare la vizitele efectuate la un medic specialist. Astfel în cadrul grupelor de vârstă de peste 55 ani, ponderea celor care au efectuat vizite la un medic specialist a fost cuprinsă între 26,6% (pentru grupa 55-64 ani) și 28,6% (pentru grupa 75 ani și peste), ponderea medie pentru întreaga populație chestionată fiind de 18,7%. Valorile acestui indicator sunt, ca și în cazul vizitelor la medicii de familie, mai mari pentru femei comparativ cu cele pentru bărbați. Diferențe substanțial mai mari din acest punct de vedere, se observă între urban și rural. De exemplu, în cadrul grupei de vârstă 65-74 ani, o pondere de 37% din persoanele cu domiciliul în mediul urban au declarat că au făcut vizite la un medic specialist, comparativ cu 22% din persoanele din aceeași grupă de vârstă din mediul rural. Pentru populația de 75 ani și peste aceste ponderi au fost de 42% și respectiv 20%.

Într-o anumită măsură, aceste diferențe sunt “justificate” de faptul că medicii specialiști sunt concentrați într-o proporție covârșitoare în mediul urban, unde distanța dintre pacient și medic este mai mică, iar posibilitățile de acces (în special cele de natură financiară) sunt mai mari comparativ cu cele ale populației din mediul rural.

Conform anchetei, motivul vizitei la un medic specialist al populației de peste 55 ani este, în proporție de peste 70%, boala sau o problemă de sănătate (SAN-2000, p. 158).

O categorie importantă de servicii medicale, în același timp deosebit de costisitoare, sunt *serviciile medicale spitalicești*. Datele rezultate din ancheta SAN-2000 arată că peste 6% din populația cuprinsă în anchetă a beneficiat în ultimele 12 luni de servicii medicale spitalicești. Pentru populația vârstnică această

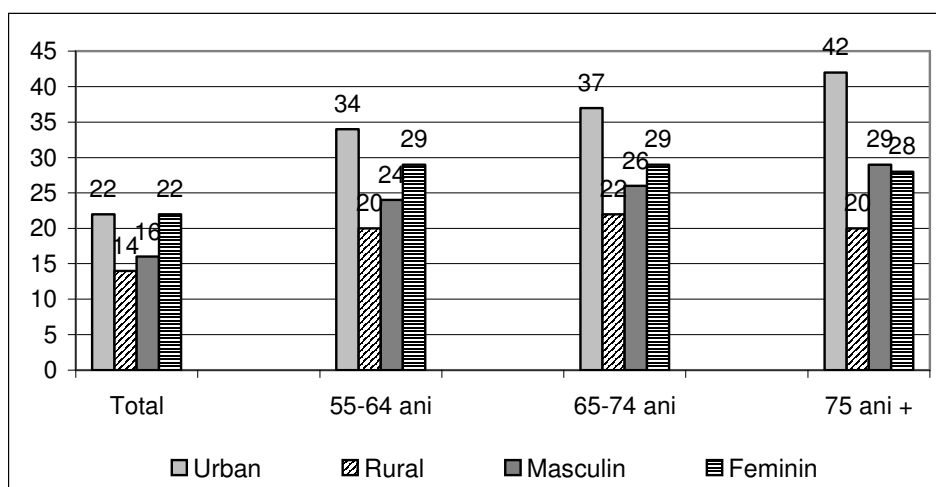
Tabelul 7: Ponderea persoanelor care au vizitat un medic specialist în total persoane din grupa de vârstă respectivă și numărul mediu de vizite*

(%)

Grupa de vârstă		Total	bin care:			
			bărbați	femei	mediu urban	mediu rural
Total	Au vizitat un medic specialist,%	18,7	15,6	21,7	22,3	14,4
	Număr mediu de vizite	2,4	2,4	2,5	2,6	2,2
55-64 ani	Au vizitat un medic specialist,%	26,6	24,1	28,8	33,8	20,1
	Număr mediu de vizite	2,7	2,9	2,6	3,0	2,3
65-74 ani	Au vizitat un medic specialist,%	27,9	26,5	29,0	37,3	21,7
	Număr mediu de vizite	2,6	2,5	2,7	2,8	2,4
75 ani +	Au vizitat un medic specialist,%	28,6	29,3	28,1	41,9	20,2
	Număr mediu de vizite	2,6	2,7	2,6	3,0	2,2

Notă: * efectuate în ultimele 12 luni.

Sursa: INS, SAN-2000, p.147.



Notă: * în ultimele 12 luni.

Sursa: INS, SAN-2000, p.147.

Figura 7: Ponderea persoanelor vârstnice care au vizitat un medic specialist* în total persoane din grupa de vârstă respectivă (%)

pondere a fost de 9,0% pentru populația din grupa 55-64 ani, de 10,8% pentru populația din grupa de 65-74 ani și de 8,1% pentru cea din grupa peste 75 ani, așadar crescătoare odată cu înaintarea în

vârstă dar până la limita de 75 ani. Ca și în cazul altor tipuri de servicii medicale, valorile acestui indicator sunt mai mari în cazul femeilor comparativ cu cel al bărbaților și pentru populația din urban com-

parativ cu cea din rural.

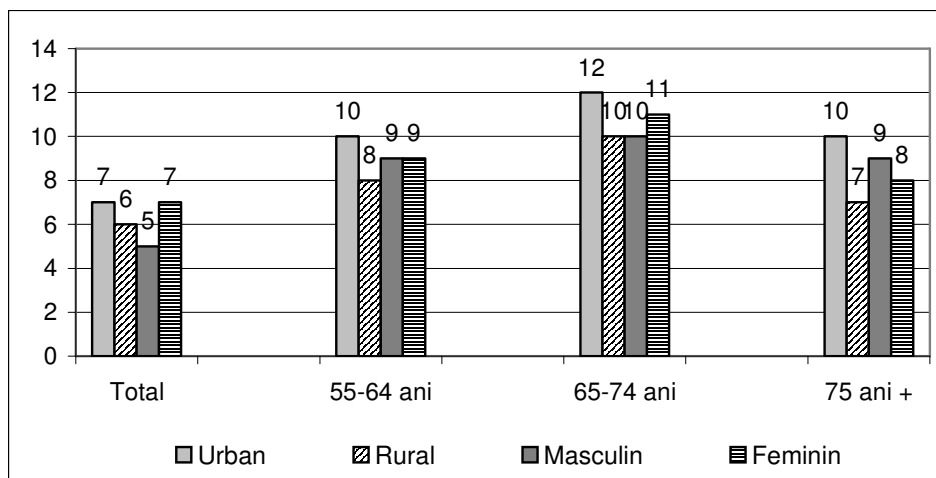
Numărul mediu de zile de spitalizare a înregistrat însă valori relativ apropiate pentru persoanele din grupele de vârstă de 55-65 ani și 65-74 ani, fiind ceva mai mare pentru cei din grupa 75 ani și peste.

Această din urmă situație ar putea fi explicată fie prin gravitatea bolii și nevoia unui tratament mai îndelungat, fie prin existența unui număr mai mare de cazuri care necesită cumulativ tratament medical și îngrijire socială.

Tabelul 8: Ponderea persoanelor spitalizate cel puțin o zi în ultimele 12 luni în total persoane din grupa de vârstă respectivă și numărul mediu de zile de spitalizare, pe sexe și medii

Grupa de vârstă		Total	din care:			
			bărbați	femei	mediu urban	mediu rural
Total	Persoane spitalizate, %	6,3	5,2	7,3	6,6	5,9
	Număr mediu de zile de spitalizare	17,5	18,9	16,6	18,1	16,8
55-64 ani	Persoane spitalizate, %	9,0	9,0	8,9	9,9	8,1
	Număr mediu de zile de spitalizare	21,3	19,6	22,7	19,9	22,7
65-74 ani	Persoane spitalizate, %	10,8	10,3	11,1	12,0	9,9
	Număr mediu de zile de spitalizare	18,4	19,3	17,7	21,0	16,2
75 ani +	Persoane spitalizate, %	8,1	9,0	7,6	10,0	6,9
	Număr mediu de zile de spitalizare	23,5	23,7	23,3	24,9	22,2

Sursa: INS, SAN-2000, p.173, 177.



Notă: * cel puțin o zi în ultimele 12 luni.

Sursa: INS, SAN-2000, p.173, 177.

Figura 8: Ponderea persoanelor spitalizate* în total persoane din grupa de vârstă respectivă (%)

Datele referitoare la motivul, de natură medicală, al spitalizării arată că peste 30% din persoanele spitalizate cu vârste mai mari de 55 ani au suferit de boli ale aparatului circulator, iar în jur de 10% de boli ale aparatului digestiv și, respectiv, respirator.

Un calcul estimativ al ponderii consumului de servicii medicale (vizite la medicul de familie, vizite la un medic specialist, zile de spitalizare) al persoanelor din grupele de vârstă mai înaintată în consumul total al fiecărui tip de servi-

ciu medical, arată – conform rezultatelor anchetei SAN-2000 – că populația din aceste grupe de vârstă consumă o pondere semnificativ mai mare din totalul consumului de servicii medicale în comparație cu ponderea pe care aceasta o deține în totalul populației (Tabelul 9).

Din corelarea acestor informații, se poate afirma că, în medie, fiecare persoană cu o vârstă mai mare de 55 ani consumă un volum de servicii medicale de 2,2 ori mai mare decât o persoană aflată sub această limită de vârstă.

Tabelul 9: Ponderea consumului de servicii medicale al persoanelor cu vârste de 55 ani și peste în totalul consumului, pe tipuri de servicii, 2000

Grupa de vârstă	Ponderea* în totalul consumului de servicii medicale, pe tipuri:			Ponderea populației pe grupe de vârstă în populația totală
	vizite la medicii de familie	vizite la medicii specialiști	zile de spitalizare	
55-64 ani	17,3	16,6	18,0	10,2
65-74 ani	19,2	14,5	16,2	8,9
75 ani +	13,1	7,5	7,8	4,4
Memo				
65 ani +	32,3	22,0	24,0	13,3
55 ani +	49,6*	38,6*	40,0*	23,5

Notă: *Calculat după formula: $\sum Pi*ci*ni/Nv*100$

Unde: Pi = populația din grupa de vârstă i ; ci = ponderea populației din grupa de vârstă i care a consumat un serviciu medical în totalul populației din grupa de vârstă respectivă; ni = numărul mediu de servicii medicale consumate în ultimele 12 luni de către cei care au consumat un tip de serviciu medical; Nv = numărul total de servicii medicale consumat de întreaga populație, pe fiecare tip de serviciu.

Sursa: Datele referitoare la serviciile medicale consumate (pe tipuri cele trei tipuri de servicii) în ultimele 12 luni, pentru total și pe grupe de vârstă și numărul mediu de servicii au ca sursă INS, SAN-2000, p. 139, 147, 173, 177. Datele privind populația României pe grupe de vârstă în 2000 au ca sursă INS, Anuarul statistic al României 2001, p. 52-53.

3.2.2 Consumul de medicamente

Medicamentele constituie un capitol important al consumului legat de sănătatea persoanelor vârstnice. Consumul de

medicamente crește, în medie, pe măsură ce o persoană înaintează în vârstă, indiferent de sex sau de mediul de rezidență. Conform anchetei SAN-2000, dacă din totalul persoanelor chestionate mai mult

de un sfert au utilizat medicamente în ultimele două săptămâni înaintea interviului, în cazul celor din grupele de vârstă mai înaintată, această pondere crește de la

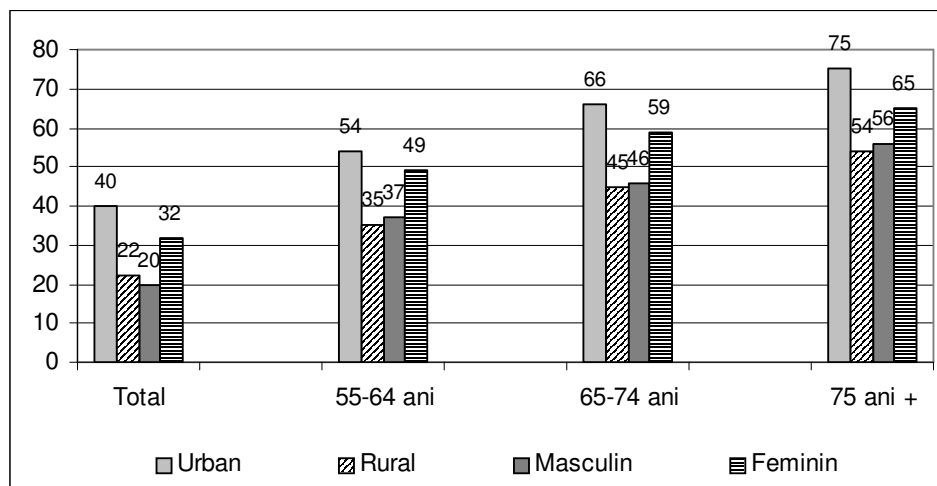
44% pentru persoanele de 55-64 ani, la 53,6% pentru cele de 65-74 ani și la 61,8% pentru cele de 75 ani și peste.

Tabelul 10: Ponderea persoanelor vârstnice care au utilizat medicamente* în totalul persoanelor din grupa de vârstă respectivă

Grupa de vârstă	Total	Sexe		Mediu urban	Mediu rural
		Masculin	Feminin		
Total	26,4	20,5	32,1	39,7	22,5
55-64 ani	44,0	37,2	48,9	54,2	34,9
65-74 ani	53,6	46,4	59,3	66,1	45,2
75 ani și peste	61,8	56,1	65,3	74,6	53,7

Notă: * în ultimele două săptămâni înaintea interviului.

Sursa: INS, SAN-2000, p.188.



Sursa: INS, SAN-2000, p.188.

Figura 9: Ponderea persoanelor care au utilizat medicamente în ultimele două săptămâni înaintea interviului în totalul persoanelor din grupa de vârstă respectivă (%)

Ca și în cazul consumului de servicii medicale, ponderea persoanelor vârstnice care au consumat medicamente în totalul

celor din grupa de vârstă respectivă este mai mare pentru persoanele de sex feminin comparativ cu cea calculată pentru

persoanele de sex masculin și substanțial mai mare în cazul celor din mediul urban comparativ cu mediul rural. Se cuvine să menționăm, de asemenea, că problemele medicale pentru care populația cu vârste mai mari de 65 ani a utilizat medicamente au fost, în ordine descrescătoare și ușor diferențiate pe grupe de vârstă, următoarele: tensiune arterială și alte boli de inimă; dureri (de natură diversă); gripă, tuse, răceală; fortificarea organismului; probleme de digestie; diabet; astm etc.

Cunoscând dificultățile de natură financiară ale populației vârstnice din România, generate de nivelul scăzut al pensiilor și având în vedere faptul că accesul la medicamente compensate parțial sau total este limitat și foarte greu, probabil că în condiții normale, consumul de medicamente al persoanelor vârstnice ar fi mult mai mare. Inegalitatea accesului la medicamente între diferitele categorii ale populației vârstnice, în special accesul foarte scăzut al populației rurale care – așa cum s-a arătat – este afectată în mai mare măsură de boli, rămâne o problemă deschisă.

Consumul crescător de servicii medicale și de medicamente o dată cu înaintarea în vârstă este confirmat de o analiză efectuată pentru perioada 1996-1999 (MSF, 2000). Datele referitoare, de exemplu, la consumul de servicii medicale ambulatorii în sectorul privat în medie pe o persoană arată că acesta s-a dublat în perioada supusă analizei; de asemenea, că, volumul consumului specific pe grupe de vârstă în perioada celor patru ani au aspectul de “j” sau “U”, reflectând un consum mare la cei doi poli ai grupelor de vârstă. De asemenea, faptul că mărimea consumului de servicii medicale în ambulatoriu în 1999 (exprimat prin număr de prestații la 100 persoane) în cazul gru-

pei de 60 ani și peste era de două ori mai mare în mediul urban comparativ cu mediul rural (MSF, 2000, p.60).

3.2.3 Câteva concluzii și probleme deschise

Datele statistice disponibile și studiile referitoare la sănătatea persoanelor vârstnice arată că aceasta se deteriorează tot mai mult o dată cu înaintarea în vârstă, bolile, în special cele cronice, detașându-se ca un numitor comun.

În ultimele decenii speranța de viață (la naștere și la vârste mai înaintate – 60 sau 65 ani) a crescut mult în majoritatea țărilor din Europa de vest, reflectând scăderea ratelor de mortalitate pentru toate grupele de vârstă. În cazul persoanelor mai în vârstă, scăderea mortalității generale a fost evidentă după 1970, fiind legată de scăderea ratelor de mortalitate, în principal, din cauza bolilor cardiovasculare. O astfel de tendință a fost nesemnificativă pentru România, dar se speră ca în viitor acest lucru să devină o realitate, atât ca urmare a îmbunătățirii condițiilor de viață în general cât și a creșterii eficienței activității sistemului sanitar.

Ce semnificație poate avea speranța de viață ca expresie a stării de sănătate? Prolungirea speranței de viață și îmbunătățirea sănătății sunt strâns legate între ele. Experiența a arătat că se pot întâmpla două lucruri. Unul se referă la posibilitatea ca, prin ținerea sub observație a bolilor și nu prin tratarea lor, rezultatul să se concretizeze într-un nivel înalt al morbidității cronice în rândul populației de vârste mai înaintate, ceea ce înseamnă scoaterea lor din viața activă și nevoi mai mari de îngrijire a sănătății. Celălalt poate fi exprimat de prelungirea speranței de

viață în condițiile îmbunătățirii sănătății, inclusiv a speranței de viață a populației de vârste mai înaintate.

Pentru evidențierea uneia sau a alteia dintre aceste situații OMS a propus și a încercat să estimeze indicatori meniți să exprime un nivel mediu al sănătății populației și să dea posibilitatea unor evaluări indirecte a stării de sănătate a persoanelor vârstnice. Între aceștia, o informație semnificativă legată de sănătatea persoanelor vârstnice are indicatorul “speranța de viață ajustată”.

Speranța de viață ajustată (SVA) [*Health-adjusted life expectancy, HALE*] exprimă speranța de viață (la naștere sau la o anumită vârstă) ajustată cu perioada trăită într-o stare proastă de sănătate. Aceasta poate fi înțeleasă ca echivalentul numărului de ani pe care un nou născut sau o persoană aflată la o anumită vârstă (la 60 de ani) se așteaptă să îi trăiască într-o stare bună de sănătate, luând în considerare ratele actuale de mortalitate și morbiditate.

Estimările OMS privind SVA – la naștere și la 60 de ani – anul 2002 (Anexa 1) relevă un aspect extrem de interesant și anume, faptul că în multe din țările europene în care speranța de viață la naștere este substanțial mai mare decât în România, numărul de ani de viață estimați a fi trăiți într-o stare bună de sănătate de un cetățean din aceste țări este, de asemenea, semnificativ mai mare. Un exemplu: dacă un suedez cu o speranță de viață la naștere de aproximativ 80 de ani se estimează că va trăi 73 ani într-o stare bună de sănătate, un român cu o speranță de viață la naștere de 71 de ani va trăi într-o stare bună de sănătate, 63 ani. Acest exemplu și altele subliniază rolul important al sistemului sanitar și al condițiilor de viață în prelungirea duratei

vieții într-o stare bună de sănătate.

Există și alte întrebări cărora nu li s-au dat încă răspunsuri edificatoare, întrebări legate de prelungirea speranței de viață, procesul de îmbătrânire și îngrijirea sănătății în general, a persoanelor vârstnice în special – subiecte mult dezbătute încă din ultima parte a secolului trecut (ILO, 1989). Între acestea s-ar putea menționa câteva.

- Declinul sănătății o dată cu vârsta reflectă un inevitabil proces de îmbătrânire sau este un rezultat al apariției și interacțiunii unor boli care ar putea fi tratate sau prevenite? Dacă este cazul ultimei situații, atunci, diagnosticul timpuriu al patologiilor la toate vârstele și prevenția ar putea elimina efectul bolii și să conducă la îmbunătățirea sănătății persoanelor vârstnice.
- Îngrijirea medicală a contribuit semnificativ la prelungirea speranței de viață sau îmbunătățirile înregistrate în creșterea duratei vieții, inclusiv la vârste mai înaintate, reflectă mai degrabă efectul stilului de viață și al condițiilor economice mai bune? Studiile care au abordat acest subiect subliniază faptul că rezultatul, care variază de la o zonă sau țară la alta, este o consecință a acțiunii tuturor acestor vectori.
- Poate fi previzionat faptul că speranța de viață va continua să crească în anii următori sau aceasta se va plafona? (Acesta este cazul în special al țărilor dezvoltate, unde speranța de viață la naștere a ajuns la aproape 80 de ani – în medie pentru ambele sexe). În acest context, vor exista îmbunătățiri ale sănătății, cu deosebire a persoanelor cu vârste foarte înaintate?

Astfel de probleme sunt cruciale pentru evaluarea nevoilor de sănătate în con-

dițiile îmbătrânirii populației și în stabilirea de politici care să facă posibilă satisfacerea acestor nevoi, fie prin îmbunătățirea accesului persoanelor mai în vârstă la îngrijire medicală (preventivă și curativă), fie prin acordarea unei atenții prioritare în ceea ce privește organizarea de facilități în instituții care se vor ocupa de sănătatea și îngrijirea acestora în general, fie prin promovarea unor modalități specifice de îngrijire la domiciliu – cu sprijinul familiei sau al comunității și, nu în ultimul rând, prin promovarea unui stil de viață sănătos pe tot parcursul vieții.

4. Îngrijirea medico – socială

Îngrijirea persoanelor vârstnice este un concept mai larg. El nu se limitează doar la îngrijire medicală ci se referă și la îngrijire sau ajutor acordat celor care se află în situație de dependență. Distincția între cele două categorii de servicii – de sănătate și de ajutor – acordate persoanelor vârstnice nu este simplă, dar ea este importantă din punctul de vedere al dimensiunii resurselor pe care le absorb, în special datorită creșterii numărului de persoane care au nevoie de îngrijire în sens larg.

Creșterea nevoilor de acest tip de îngrijire este determinată nu numai de procesul de îmbătrânire demografică, ci și de o pronunțată tendință de separare a familiilor multigeneraționale, de restrângere a dimensiunii familiilor și de creștere a participării femeilor pe piața muncii. Un alt motiv important este degravarea spitalelor de cazurile de pacienți internați considerați cazuri sociale, mai degrabă decât medicale¹¹ și înlocuirea în-

grijirii în spital prin îngrijire la domiciliu ca o încercare de a controla și reduce cheltuielile de îngrijire a sănătății în expansiune în toate țările europene.

În încercarea de a determina volumul și natura celor mai potrivite mijloace de acoperire a nevoilor de îngrijire medicală și de îngrijire într-un sens mai larg a persoanelor mai în vârstă, din experiența țărilor europene confruntate cu un proces de îmbătrânire accentuată, s-au desprins două modalități mai importante de îngrijire a persoanelor vârstnice: îngrijirea la domiciliu și îngrijirea de tip rezidențial (așa numitele unități medico-sociale).

4.1 Îngrijirea la domiciliu

Potrivit Institutului de îngrijire medicală primară din Olanda (*Netherlands Institute of Primary Health Care*), îngrijirea la domiciliu se referă la îngrijirea acordată la domiciliu de către organizații profesionale de îngrijire medicală și de către servicii specializate în ajutor în gospodărie (Eurostat, 2002, p.310). Toate țările UE-15 au organizat astfel de servicii, existând evident diferențe importante între țări în ceea ce privește serviciile oferite, condițiile de acces, modalitățile de evaluare a nevoilor (în special a celor de îngrijire medicală), modul de finanțare

mass media din România în perioada de reformă a sistemului sanitar, în special în legătură cu reforma spitalelor. S-au făcut afirmații potrivit cărora o parte din cazurile de spitalizare – situată în jurul a 20-30% din internările din spitale –, în special în perioada de iarnă, reprezintă cazuri sociale. Chiar dacă nu există o evaluare riguroasă a fenomenului, el există și preocupă sistemul sanitar din perspectiva eficientizării acestuia.

¹¹ Acest fenomen a fost adesea invocat în

și măsura în care beneficiarii participă sau nu, prin co-plată, la finanțarea acestor servicii (Anexa 2.).

În țări ca Belgia, Danemarca, Irlanda, Olanda, Finlanda, Suedia și Regatul Unit îngrijirea medicală la domiciliu și serviciile de ajutor în gospodărie sunt destul de bine dezvoltate în comparație cu Grecia, Spania Italia, Austria. Conform lucrării menționate, există de asemenea mari diferențe între țări în ceea ce privește co-ordonarea între cele două categorii de servicii (de îngrijire medicală și de ajutor în gospodărie).

Așa cum am arătat, o problemă majoră se referă la distincția între serviciile de sănătate și cele sociale, această distincție având implicații asupra organizării și mai ales asupra finanțării. În legătură cu acest ultim aspect, experiența multor țări evidențiază că, în timp ce serviciile de sănătate sunt, în cea mai mare parte a lor, finanțate din impozitarea generală sau din asigurări sociale, serviciile de ajutor în gospodărie sunt în mod obișnuit administrate și finanțate de autoritățile locale sau de organizații voluntare. Există de asemenea diferențe mari între țări în ceea ce privește finanțarea îngrijirii medicale la domiciliu.

În *România*, legislația referitoare la îngrijirea sănătății¹² conține prevederi legate de îngrijirea medicală la domiciliu, precum și dreptul la ajutor în menaj. Astfel, în ceea ce privește tratamentul medical, în art. 28 din Legea 145/1997 se prevede că “asigurații au dreptul să primească asistență medicală la domiciliu și îngrijire din partea unui cadru mediu sanitar, dacă este necesar și indicat de

medic”, iar art. 29 (1) stipulează: “casele de asigurări de sănătate preiau cheltuielile de transport, dacă acestea sunt necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat”. Referitor la dreptul la ajutor în menaj, legea menționată prevede în art. 30 că: “asigurații au dreptul la ajutor de menaj pe perioada bolii sau invalidității, în cazul în care nu pot să se îngrijească sau nu au susținători legali care să îi ajute; durata în ore, pe zi, se stabilește individual de către casa de asigurări de sănătate”.

Din cele de mai sus rezultă că sistemul asigurărilor de sănătate este investit cu responsabilități, atât în ceea ce privește îngrijirea medicală la domiciliu, cât și unele servicii de natură socială (ajutor de menaj). Conform informațiilor de care dispunem pe baza experienței înregistrate și cunoscute, sistemul de sănătate furnizează servicii medicale la domiciliu pentru toate categoriile de bolnavi, în special servicii medicale primare. Măsura în care persoanele vârstnice beneficiază de asemenea servicii este relevantă de ancheta SAN-2000, care conține unele informații referitoare la ponderea persoanelor care au primit ultima consultație la domiciliu în totalul persoanelor care au apelat la medicul de familie în ultimele 12 luni.

Este evident faptul că persoanele de peste 75 ani, indiferent de sex sau mediu de rezidență, sunt cele care au beneficiat, în proporția cea mai mare, de asemenea servicii (în jur de 20% din totalul persoanelor în vârstă de 75 ani și peste care au consultat un medic de familie). Trebuie precizat că potrivit anchetei SAN-2000, două treimi din totalul persoanelor din grupa de vârstă 75 ani și peste au răspuns că au apelat la medicul de familie în ultimele 12 luni. Așadar, o pondere de

¹² Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145 din 24 iulie 1997, publicată în M. Of. nr. 178 din 31 iulie 1997.

Tabelul 11: Ponderea persoanelor vârstnice care au primit ultima vizită a medicului de familie la domiciliu în totalul persoanelor din grupele de vârstă respective care au apelat la medicul de familie în ultimele 12 luni

Grupa de vârstă	Total	din care		Mediu urban	Mediu rural
		bărbați	femei		
Total	5,1	5,2	5,0	4,8	5,5
55-64 ani	3,7	5,6	2,4	4,7	2,3
65-74 ani	8,0	7,1	8,6	7,8	8,1
75 ani și peste	19,9	16,0	22,0	19,2	20,5

Sursa: INS, SAN-2000, p.145.

aproximativ 13% din totalul persoanelor cuprinse în grupa de vârstă de 75 ani și peste au primit îngrijire primară la domiciliu.

Nu dispunem de nici un fel de informații referitoare la efectuarea, prin instituțiile sistemului de asigurări sociale de sănătate, a unor servicii de menaj în gospodărie pentru persoanele prevăzute că ar avea acest drept, conform legii, între care în mod sigur persoanele vârstnice ar constitui cel mai important segment al beneficiarilor potențiali. Serviciile de această natură sunt prestate, conform unor informații sporadice, de unele organizații neguvernamentale.

4.2 Îngrijirea în instituții de tip rezidențial

În țările vest europene dezvoltate îngrijirea persoanelor vârstnice în instituții de tip rezidențial, formă de îngrijire adoptată în special în cazul celor cu boli cronice grave și cu dizabilități, a pierdut teren în favoarea formei de îngrijire la domiciliu. În România acest tip de îngrijire se realizează în așa numitele unități de asistență medico-socială aflate în respon-

sabilitatea Ministerului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei. Conform unui raport al acestui minister (*Analiza stării sociale a populației*) în prezent funcționează un număr de 54 de unități de asistență medico-socială (față de 104 cât era prevăzut), având un număr de 7045 beneficiari în 2004, o cifră nesemnificativă în raport cu nevoile.

De altfel, din punct de vedere legislativ, există o lege (Legea nr. 17/2000) care conține prevederi referitoare la protecția persoanelor vârstnice, inclusiv dezvoltarea și diversificarea unor forme de asistență socială cum ar fi: servicii comunitare oferite la domiciliu (acordate de consiliile locale sau de organizații neguvernamentale pe baza unor contracte încheiate cu primăriile), instituții sociale tip cămin, centre de zi, case de îngrijire temporară etc.

Din cele arătate rezultă că în România, dacă din punct de vedere legislativ există o serie de prevederi exprese referitoare la îngrijirea la domiciliu sau în sistem instituționalizat a persoanelor vârstnice, în practică nu pare a fi suficient de bine conturată o structură organizatorică, cu responsabilități clare, a instituțiilor implicate în activități de îngrijire medicală și socială a persoanelor vârstnice. Această

problemă rămâne una de mare prioritate pentru perioada următoare, fie și numai dacă avem în vedere starea actuală de sănătate a persoanelor vârstnice deosebit de precară și, derivat din aceasta, nevoile mari de îngrijire ale acestei categorii de populație.

4.3 Asigurări sociale de îngrijire de lungă durată

Problemele multiple de natură economică, financiară, și organizatorică pe care le ridică îngrijirea medicală și sprijinul social de care au nevoie persoanele vârstnice au dus la conștientizarea responsabilizării indivizilor și a instituțiilor statului cu privire la îngrijirea medicală și socială a persoanelor vârstnice aflate în această situație. Una dintre direcțiile urmate de unele țări europene a fost aceea de creare a unei scheme separate de asigurare socială prin care să fie acoperite nevoile de îngrijire a persoanelor de vârstă înaintată.

Dintre țările europene, Germania, Austria și Luxemburg au instituit o schemă separată de asigurări sociale pentru îngrijirea persoanelor dependente, aflate la o vârstă înaintată. Cazul *Germaniei* este semnificativ dacă se are în vedere dimensiunea țării, problemele ridicate de procesul de îmbătrânire a populației și influența acestuia asupra cheltuielilor de sănătate. La 1 ianuarie 1995, în cadrul sistemului public de asigurări sociale, a fost creată o schemă distinctă de asigurare pentru îngrijire de lungă durată (*Pflegeversicherung*) cu scopul de a acoperi riscul nevoii de îngrijire la o vârstă înaintată. De la această dată, în cadrul fiecărui fond statutar public (Casă) de asigurare de sănătate, a fost creat un

fond distinct (separat) din care se finanțează cheltuielile cu această destinație. Toate persoanele care sunt membre ale unui fond de asigurare de sănătate sunt acoperite împotriva acestui risc. Din acest fond se finanțează o serie de prestații în natură cu caracter social (îngrijire la domiciliu sau alocație de îngrijire, îngrijire pe termen scurt într-o instituție rezidențială etc.) și sunt acoperite costurile cu tratamentul medical. Finanțarea acestei scheme este împărțită în mod egal între asigurat și angajator. O asigurare similară se cere a fi făcută și în cazul celor afiliați la companii private de asigurări sociale.

5. Implicații ale procesului de îmbătrânire asupra sistemului de sănătate

Îmbătrânirea demografică, acolo unde acest fenomen s-a produs deja sau urmează să se producă în viitor, este percepută ca un fenomen îngrijorător prin consecințele economice și sociale pe care le generează. Una dintre aceste consecințe vizează domeniul sănătății.

Așa cum s-a arătat, persoanele mai în vârstă au nevoi de sănătate mai mari și consumă, în medie per capita, mai multe servicii medicale în comparație cu persoanele din celelalte grupe de vârstă – o realitate confirmată de analizele consacrate acestui subiect în multe țări, precum și de datele referitoare la România. S-a constatat, de asemenea, că abilitatea de a efectua activități zilnice se erodează treptat pe parcursul vieții, încât la un anumit moment persoanele vârstnice devin dependente, având nevoie să fie ajutate în propria lor locuință, într-o unitate rezidențială sau de îngrijire de lungă

durată, într-un spital sau unitate medico-socială. Gradul de dependență și uneori și nevoia de îngrijire medicală ajunge la un maxim în perioada înaintea decesului.

Consecințele sunt multiple, afectând direct sau indirect locurile de muncă (mai multe în sistemul sanitar și social), finanțele publice, gospodăriile/famiile, instituțiile publice și private, sectorul guvernamental etc. În acest context, sectorul sanitar și social va fi confruntat cu noi provocări.

a) Creșterea și modificarea structurii cererii de servicii medicale.

Din cele prezentate în paragraful 3.2, persoanele din grupele de vârstă mai înaintată consumă în medie mai multe servicii medicale și medicamente comparativ cu o persoană situată în grupe de vârstă mai tinere. Conform estimărilor noastre persoanele de 55 ani și peste (care reprezentau – ca pondere – mai puțin de un sfert din populația totală) consuma în anul 2000 între 40% și 50% din totalul serviciilor de sănătate, iar cele de 65 ani și peste între 20% și 30%. Rezultă că fiecare persoană în vârstă de peste 55 ani consumă în medie de 2,2 ori mai multe servicii medicale în comparație cu o persoană sub această limită de vârstă. O situație similară se întâlnește și în cazul consumului de medicamente în ambulatoriu. Toate acestea se convertesc în cheltuieli cu sănătatea care se efectuează prin sistemul de îngrijire a sănătății și / sau din bugetul familiei (Casetă 2).

Această constatare atrage atenția în mod deosebit asupra impactului pe care îmbătrânirea demografică îl are asupra cererii de servicii medicale. Este vorba, în primul rând, de creșterea în volum a cererii de servicii medicale și de medicamente și, în al doilea rând, de structura acestei

cereri având în vedere configurația morbidității persoanelor mai în vârstă.

Așa cum arată proiecțiile demografice, se așteaptă ca în următoarea perioadă ponderea persoanelor vârstnice să crească. România se încadrează în această tendință. Faptele au arătat că acest proces este însoțit de creșterea cazurilor de boli cronice asociate îmbătrânirii, cum sunt bolile cardiovasculare, bolile sistemului nervos sau ale sistemului osteomuscular. În plus, cercetările atrag atenția asupra creșterii incidenței unor boli, inclusiv pentru persoanele mai în vârstă, generate de un consum în exces, așa cum este cazul bolilor determinate de abuzul consumului de alcool și țigări sau asociate cu obezitatea. Pentru a contracara asemenea tendințe se impun eforturi de natură medicală și comportamentală orientate spre reducerea morbidității specifice diferitelor categorii de vârstă.

b) Creșterea cheltuielilor publice cu sănătatea

O creștere a volumului cererii de servicii medicale și modificarea structurii acesteia determinate, între alți factori, și de îmbătrânirea demografică se transferă automat asupra cheltuielilor cu sănătatea, în primul rând asupra celor publice¹³. Ex-

¹³ Cheltuielile de sănătate efectuate în sectorul public sunt dependente de mulți factori. Numărul populației și procesul de îmbătrânire este foarte important, dar nu este singurul. Între factorii considerați a avea o influență deosebită se numără progresul în noile tehnici de investigație și tratament medical devenite tot mai costisitoare. O influență de asemenea importantă asupra cheltuielilor este răspândirea, în ultima perioadă, a unor patologii în rândul populației mai tinere (HIV/SIDA, cancerul, tuberculoza), boli care necesită un tratament costisitor și pe perioade lungi. Nu în ul-

periența ultimilor 50 de ani arată că cheltuielile de sănătate au crescut continuu. În prezent majoritatea țărilor europene alocă pentru sănătate în jur a 8% echivalent PIB. În România ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate reprezintă aproximativ 3% din PIB și aceasta în condițiile în care starea sănătății populației poate fi caracterizată în prezent ca fiind deosebit de precară.

Într-un studiu referitor la țările OCDE (Hurst, 2000, p.756) se arată că populația de 65 ani și peste consumă, în multe din aceste țări, între o treime și aproximativ jumătate din totalul cheltuielilor cu sănătatea. În România funcționează, așa cum s-a arătat, un sistem public de asigurări sociale de sănătate (fiind permise și asigurări în sistemul privat). În acest context, volumul și evoluția cheltuielilor publice de sănătate prezintă un mare interes din punctul de vedere al sustenabilității financiare și respectiv al efectelor asupra echilibrului bugetar¹⁴. Astfel, nu este

indiferent din acest punct de vedere dacă se înregistrează sau se estimează o evoluție a ponderii cheltuielilor publice cu sănătatea în produsul intern brut echivalentă cu 3% sau 6% sau 10%, ponderi es-

ropene – (EPC-WGA) a elaborat proiecții pe termen mediu și lung referitoare la cheltuielile de sănătate (și cu pensiile), utilizând două scenarii: scenariul de bază și scenariul Lisabona. Evoluția cheltuielilor de sănătate este exprimată ca o funcție de trei factori. Primul măsoară variația cheltuielilor în funcție de evoluția populației pe sexe și grupe de vârstă. Cel de al doilea exprimă efectul modificărilor structurii consumului medical specific pe grupe de vârstă, sexe și tipuri de servicii medicale. Cel de al treilea măsoară variația cheltuielilor de îngrijire a sănătății în ipoteza unei structuri demografice și a unui consum specific de servicii de sănătate constante. Mai precis, acest ultim factor exprimă evoluția consumului per capita, adică a consumului unui individ generic, indiferent de clasa de sănătate în care acesta este plasat. (Rezultatele referitoare la cheltuielile de sănătate și pensii au fost publicate de Comitetul de Politică Economică în noiembrie 2001).

Preocupări similare sunt și la nivelul altor țări. Italia – puternic marcată de îmbătrânire demografică – este un exemplu. Ministerul Economiei și Finanțelor (Inspectoratul general pentru cheltuieli sociale) a elaborat și actualizat în 2003 o astfel de proiecție a cheltuielilor cu sistemele de pensii și de îngrijire a sănătății ca instrument de fundamentare a programului economic și financiar pentru perioada 2004-2007 și cu scopul de a evalua sustenabilitatea pe termen lung a cheltuielilor sociale (Ministry of Economy and Finance, *Mid-long term trends for the pension and health care systems – The forecasts of the Department of General Accounts* updated to 2003).

mul rând, amintim dotarea sistemului sanitar cu resurse (umane și materiale) și prețul acestora. Aceștia factori fac parte din categoria celor care conduc la creșterea cheltuielilor. Există și factori care conduc la scăderea cheltuielilor, în general cei care țin de utilizarea eficientă a resurselor. Cert este că tendința cheltuielilor publice cu sănătatea în ultima jumătate de secol în țările dezvoltate a fost una de creștere.

¹⁴ Există o preocupare deosebită în statele europene pentru proiecții ale cheltuielilor de sănătate (respectiv, a cheltuielilor cu pensiile), proiecții care au în vedere și implicații de natură economică și financiară generate de procesul îmbătrânirii demografice. Astfel, Grupul de lucru privind îmbătrânirea (*Working Group on Aging*) al Comitetului de Politică Economică (*Economic Policy Committee*) al Comisiei Eu-

timate evident în ipoteza luării în considerare a dinamicii populației, implicit a procesului de îmbătrânire, precum și a unor evoluții proiectate ale produsului intern brut și a altor parametri macroeconomici.

c) Creșterea cheltuielilor private

Procesul de îmbătrânire are implicații și asupra modificării structurii bugetului de consum al familiilor, în special al celor

vârstnice. De exemplu, dacă populația are un acces restrâns la medicamente al căror preț este compensat total sau parțial, dat fiind faptul că nevoile de sănătate sunt prioritare, se înțelege că cheltuielile pentru cumpărarea de medicamente vor fi mai mari și vor afecta bugetul familiilor în componența cărora se află persoane vârstnice. Același lucru se poate întâmpla și în cazul în care se extinde îngrijirea la domiciliu.

Caseta 2: Interacțiunea dintre costurile îngrijirii sănătății și alte costuri legate de vârsta înaintată

Costurile de îngrijire a sănătății unui individ cresc odată cu vârsta deoarece sănătatea fizică și mentală se deteriorează pe măsură ce oamenii îmbătrânesc. Tipul de îngrijire medicală a persoanelor vârstnice presupune adesea utilizarea unor tehnologii mai costisitoare, spitalizare și îngrijire pe o durată mai lungă în comparație cu cel necesar pentru îngrijirea medicală a unei persoane mai tinere.

Ponderea populației de peste 60 de ani explică mai mult din variația între țări în ceea ce privește ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB decât venitul per capita.

Din motive similare, disponibilitatea și costul serviciilor de sănătate au un impact important asupra veniturilor necesare persoanelor vârstnice. Mărimea venitului necesar menținerii standardului de viață dinaintea pensionării și, în consecință, programele dorite referitoare la mărimea pensiilor sunt mult mai scăzute atunci când este disponibil un sistem de îngrijire a sănătății subvenționat decât atunci când oamenii trebuie să plătească ei înșiși pentru îngrijire medicală.

Calitatea serviciilor de îngrijire medicală dintr-o țară determină, de asemenea, numărul persoanelor care ajung la bătrânețe. Îmbunătățirile de ordin medical sunt responsabile de creșterea longevității în multe țări. Un sistem eficient de clinici în mediul rural a contribuit la creșterea speranței de viață în China peste ceea ce s-a înregistrat în alte țări cu un nivel apropiat al venitului. Aceste succese medicale au condus la creșterea costurilor totale cu pensiile. Prin îmbunătățirea sănătății și creșterea productivității persoanelor tinere sporește capacitatea economiei de a plăti aceste costuri.

Sursa: WB, *Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Oxford University Press, 1994, p. 46.

Un caz mai deosebit din acest punct de vedere îl prezintă persoanele (foarte) vârstnice singure. Acestea au nevoi mari nu numai de îngrijire medicală, dar și de ajutor pentru traiul zilnic dacă ele sunt

dependente, ceea ce presupune cheltuieli mai mari efectuate în acest scop. În condițiile în care numărul persoanelor din această categorie va crește, și cheltuielile aferente vor fi mai mari.

6. Politici specifice

Din cele arătate în paragrafele anterioare a rezultat că îmbătrânirea populației din perspectiva îngrijirii sănătății ridică două mari categorii de probleme. O categorie se referă la reconfigurarea sistemului de sănătate și de asistență socială astfel încât serviciile oferite în aceste domenii să răspundă în mai mare măsură în viitor cererii generate de procesul de îmbătrânire. Cea de a doua categorie se referă la îngrijorările legate de creșterea cheltuielilor legate de îngrijire medicală în sistemul serviciilor publice, precum și a cheltuielilor private/personale din bugetul familiilor.

Pentru a da un răspuns adecvat acestor categorii de probleme, în multe țări, precum și în cadrul unor organizații internaționale ca Organizația Mondială a Sănătății, Organizația Internațională a Muncii, Consiliul European, Banca Mondială, Fondul Monetar Internațional etc. au fost create grupuri de lucru care să elaboreze rapoarte asupra diferitelor aspecte legate de îmbătrânirea demografică și să deschidă calea pentru elaborarea unor politici specifice.

O politică orientată spre satisfacerea nevoilor de sănătate ale persoanelor mai vârstnice care, așa cum s-a arătat, au nevoi mai mari și speciale de îngrijire trebuie, după părerea noastră, să fie încadrată într-o politică de sănătate care vizează întreaga populație. O astfel de viziune se impune dintr-un motiv simplu, acela că persoanele aflate astăzi în grupele de vârstă mai tinere, peste un număr de ani vor deveni vârstnicii viitorului, cu problemele lor de sănătate și de îngrijire. În acest context, în conturarea unei politici care să aibă ca obiectiv principal sănătatea și îngrijirea persoanelor

vârstnice trebuie avut în vedere, pe lângă cererea în creștere legată de îngrijire medicală și de asistență socială, și tipologia bolilor acestor categorii de persoane, faptul că înaintarea în vârstă este însoțită de dificultăți tot mai mari în efectuarea de activități simple ale traiului zilnic iar, uneori, izolarea de familie și societate impune soluții specifice în ceea ce privește îngrijirea la domiciliu, în ambulatoriu sau în instituții rezidențiale cu această destinație.

Principala orientare în politicile referitoare la îngrijirea sănătății persoanelor vârstnice este aceea de a permite acestora de a rămâne cât mai mult posibil în propria locuință și, numai în condiții speciale, serviciile de sănătate și sociale să le fie furnizate în instituții rezidențiale. Această abordare este considerată a fi o modalitate care, pe de o parte, respectă dorința celor vizați și, pe de altă parte, răspunde în mai mare măsură eforturilor de a ține cheltuielile de sănătate sub control, prin limitarea apelului la internare în spital, care este mai costisitoare.

În general, politicile care au ca obiectiv central îngrijirea persoanelor mai în vârstă vizează mai multe aspecte și se structurează pe următoarele paliere: prevenirea îmbolnăvirii și invalidității; programe de îngrijire a sănătății în ambulatoriu și de îngrijire la domiciliu; crearea și adaptarea instituțiilor rezidențiale astfel încât acestea să facă față cerințelor generate de procesul de îmbătrânire.

6.1 Prevenția

Pentru distincția între starea de sănătate, nevoile și cererea de servicii de îngrijire a sănătății persoanelor mai vârstnice de cele ale persoanelor mai tinere se

folosește o convenție de natură statistică referitoare la o anumită limită de vârstă. În realitate, nevoile de sănătate ale persoanelor aflate în grupe mai mari de vârstă sunt strâns legate de suferințe și de stilul de viață din perioadele mai timpurii ale ciclului de viață. În acest context, se pot distinge două direcții de acțiuni și măsuri preventive: în cadrul politicilor de sănătate și în afara sistemului de îngrijire a sănătății.

a) Politicile promovate în cadrul sistemului sanitar ar trebui orientate astfel încât în viitor să poată face față nevoilor crescânde de îngrijire medicală urmare a procesului de îmbătrânire. Astfel, politicile sanitare ar trebui să cuprindă măsuri preventive menite să contribuie la amânarea procesului de îmbătrânire, la îmbunătățirea calității vieții persoanelor din toate grupele de vârstă și, în consecință, să reducă aceste nevoi.

Ce înseamnă termenul “prevenție” în domeniul sănătății atunci când acesta este asociat îmbătrânirii? Conform specialiștilor, natura diagnosticului și a serviciilor de sănătate care ar putea fi considerate preventive, se modifică în timp ca urmare a creșterii cunoștințelor referitoare la îmbătrânirea biologică și la boli, ceea ce înseamnă că în timp se modifică și concepția cu privire la problemele de sănătate ale persoanelor cu vârste mai înaintate.

Într-o lucrare elaborată sub egida ILO publicată în 1989 (ILO, 1989, p.142) se arată că măsurile preventive diferă unele de altele în multe feluri în funcție de momentul din viața unei persoane în care acestea se aplică, de populația țintă la care acestea se referă, de mijloacele medicale sau de altă natură care sunt folosite în scop de prevenție și de interacțiunea acestor mijloace cu alte politici economice și sociale. Ținând seama de

ciclul de viață, de apariția și manifestarea diferitelor probleme de sănătate, măsurile preventive pot fi grupate în mai multe categorii.

- *Măsuri preventive care duc la depistarea unei boli într-un stadiu timpuriu*, tratarea și supravegherea – dacă este posibil – a oricărei boli care ar putea afecta o persoană. Măsurile preventive de acest tip ar trebui aplicate pe întreg ciclul de viață al unei persoane și ar trebui să privească atât persoanele mai în vârstă, cât și pe cele foarte tinere. Prin asemenea măsuri pot fi încurajate toate persoanele, indiferent de vârstă, în a adopta o atitudine preventivă.
 - *Măsuri preventive de ordin secundar*, în cazul în care apar probleme specifice persoanelor vârstnice atât timp cât acestea tind să subestimeze problemele de sănătate și le pun mai degrabă pe seama vârstei decât a bolii, amânând apelul la sistemul sanitar pentru tratament. Legat de acest aspect este important ca personalul sanitar să fie instruit astfel încât să recunoască bolile specifice persoanelor mai în vârstă. La fel și potențialii pacienți. În rândul acestei categorii de măsuri pot fi înscrise campaniile de informare și educare, ele putând contribui la îmbunătățirea situației.
 - *Măsuri preventive de ordin terțiar* sunt măsuri al căror scop este acela de a reduce consecințele bolii. Acestea au o semnificație aparte în cazul persoanelor vârstnice din cauza relației dintre boala pe care o tratează și schema de tratament care poate fi prescris pentru eventualele suferințe viitoare.
- b) Cea de a doua categorie de măsuri preventive o formează cele care pot fi luate în afara sistemului sanitar, și al căror scop este acela de îmbunătățire a condi-

țiilor de viață zilnice ale persoanelor mai în vârstă și care pot avea un efect benefic și asupra sănătății acestora. Acestea se referă la măsuri economice de îmbunătățire a nivelului de trai, proiecte urbane care creează condiții de creșterea mobilității, ajustări în locuințe care să le permită o viață zilnică independentă etc.

6.2 Ajustări ale sistemului sanitar

În prima parte a acestui studiu s-a arătat că persoanele vârstnice consumă, în general, mai multe servicii de sănătate decât cele din grupele de vârstă mai tinere. Având în vedere această realitate și creșterea presiunii cererii pentru astfel de servicii ca urmare a procesului de îmbătrânire, sistemul sanitar ar trebui ca în viitor să fie mai bine pregătit pentru îngrijiri medicale specifice. Astfel, pot fi identificate ajustări ale principalelor segmente din componența sistemului, cum ar fi îngrijirea medicală în ambulatoriu, respectiv în spitale.

Medicii de medicină generală sunt cei cu care bolnavii vârstnici vin primii în contact atunci când apar simptomele unei boli. Ei au un rol foarte important în diagnosticarea bolii, în prescrierea tratamentului medical. Creșterea numărului de pacienți vârstnici va pune probleme noi modului de abordare a consultațiilor medicale. Așa cum au arătat datele statistice, pacienții vârstnici solicită mai frecvent servicii și adesea consultația trebuie să fie efectuată la domiciliu. În general, o consultație acordată unei persoane vârstnice are o durată mai mare comparativ cu o consultație efectuată unei persoane tinere. În consecință, este nevoie de un număr mai mare de medici generaliști și cu o bună pregătire pentru a recunoaște

ușor tipul bolii de care suferă un pacient vârstnic, pacient care este uneori mai confuz sau pune suferința mai degrabă pe seama vârstei. Acest aspect este important pentru prescrierea unui tratament medical potrivit, în ambulatoriu, la domiciliu ori într-un spital.

Segmentul spitalelor poate fi, de asemenea, ajustat astfel încât să răspundă cât mai bine modificării nevoilor de tratament generate de procesul de îmbătrânire. Pe de o parte, spitalele ar trebui degrevate de internările care au în cea mai mare parte o componentă socială și, pe de altă parte, să dispună de un număr mai mare de specialiști, metode de investigație și tratament specific prevalenței mai mari a unor boli, cum sunt cele cronice de care suferă persoanele din această categorie.

6.3 Îngrijirea în afara sistemului sanitar. Asistența socială

Îngrijirea în unități medico-sociale constituie o posibilă direcție de politică de îngrijire a persoanelor vârstnice, în special a celor singure fără familie și venituri proprii. În prezent, acest tip de îngrijire care combină îngrijirea medicală cu cea socială este practic inexistent în România. Pe lângă avantajul pe care-l prezintă în ceea ce privește reducerea cheltuielilor spitalelor, dezvoltarea unui tip de serviciu medico-social de acest gen ar proteja persoanele foarte vârstnice cu mari probleme de sănătate și sociale. Evident, îmbrățișarea unei asemenea idei necesită o fundamentare solidă pe baza evaluării nevoilor și a opțiunilor persoanelor din această categorie.

Îngrijirea la domiciliu este direcția de politică de îngrijire medicală și socială a persoanelor vârstnice care s-a extins sub-

stanțial în ultima perioadă, în special în țările europene dezvoltate, a căror experiență în domeniu a fost redată în Anexa 2. Este o direcție care este prevăzută de legislația din România, dar care este aplicată în practică doar sporadic și cu accent pe îngrijirea medicală. Această direcție ar putea fi avută în vedere în mai mare măsură în viitor, scop în care este necesară o evaluare mai bună a nevoilor la nivel local și implicarea concomitentă a sistemului sanitar, a celui social, a adminis-

trației locale și a sectorului neguvernamental. Un rol foarte important în succesul unor astfel de măsuri îl are pregătirea profesională a unui număr mai mare de personal mediu sanitar, un suport financiar sigur (prin sistemul de asigurări sociale sau (co)finanțare din surse bugetare și/sau personale), o organizare flexibilă a instituțiilor implicate și o creștere a responsabilității și sensibilității acestora la acest gen de probleme, în primul rând a familiei.

Bibliografie și surse de date

- Bac, Catherine și Cornilleau, Gerard, *Une comparaison internationale*, 'Problèmes économiques', nr.2722, 2001.
- Calot G. și Sardon, J.P., *Vieillesse démographique et protection sociale: le cas de l'UE*, 'Problèmes économiques', nr. 2656-2657, 2000.
- EC, *Social Protection in the 13 Candidate Countries. A Comparative Analysis Eurostat 2004*, The Social Situation in the European Union, 2003.
- EC, *Facing the challenge. The Lisbon Strategy for Growth and Employment*, Report from the High Level Group chaired by Wim Kok, 2004, <http://europa.eu.int>.
- Eurostat, *Health statistics – Key data on health – Data 1970-2001*, New York, 2002.
- Gavrilov, L. A. și Heuveline, P., *Aging of Population*, 2003, http://longevity-science.org/Population_Aging.htm.
- Hurst, J., *Challenges for Health Systems in Member Countries of the Organizations for Economic Co-operation and Development*, 'Bulletin of the World Health Organization', nr.78, 2000.
- ILO, *From Pyramid to Pillar. Population Change and Social Security in Europe*, Geneva, 1989.
- INS, *Condițiile de viață ale populației din România*, edițiile 2001 – 2004.
- INS, *Coordonate ale nivelului de trai în România. Veniturile și consumul populației*, 2001-2003.
- Manu, C. și Poede G., *Îngrijirea socială a bătrânilor ca politică publică*, 'Revista de asistență socială', nr.3, 2003.
- Mardare, I.E., *Serviciile de îngrijire socială destinate persoanelor și grupurilor cu nevoi medico-sociale*, 'Revista de asistență socială', nr. 3, 2003.
- Mayhew, L., *Health and Elderly Care. Expenditure in an Aging World*, IIASA, Laxenburg, Austria, 2000, www.iiasa.ac.at
- MS/CSSDM, *Anuar de statistică sanitară*, 2000-2003, București, 2003.
- MSF/Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate, *Cheltuielile private pentru sănătate. România 1996-1999*, Editura MartLink, 2000.
- Panduru, F. și Porojan, D. (coord.), 'Starea de sănătate a populației din România', INS/Phare, București, 2001.
- Poenaru, M., *Resurse și performanțe ale sistemelor de sănătate. Analiză com-*

- parativă, 'Revista Română de Economie', nr. 1, 2002.
- Puwak, H., 'Încetinirea ireverseibilității. Eseu-cercetare despre vârsta a treia', București, Editura Expert, 1995.
- WB, *Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Oxford University Press, 1994.
- WHO, *World Health Report 2003*, 2004
- UN, Population Division, DESA, *World Population Aging 1950-2050*, www.un.org/esa/population/publications/worldagind19502050/pdf/62
- UN, *World Population Prospects: The 2004 Revision Database*, <http://esa.un.org/unpp>
- *** *Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research 2001*, <http://www.rand.org/publications/RB/RB5858/>

Anexa 1

Speranța de viață, la naștere și la 60 de ani, ajustată cu numărul anilor ce vor fi trăiți în stare de sănătate proastă în unele țări*

Țara	Speranța de viață la naștere (ani)		Speranța de viață ajustată				Ani de viață estimați a fi trăiți cu sănătate proastă	
			bărbați		femei			
	neajustată	ajustată	la naștere	la 60 de ani	la naștere	la 60 de ani	bărbați	femei
Austria	79,4	71,4	69,3	16,2	73,5	19,3	7,1	8,6
Belgia	78,4	71,1	58,9	15,7	73,3	19,1	6,3	8,2
Danemarca	77,2	69,8	68,6	15,2	71,1	17,2	6,3	8,4
Finlanda	78,2	71,1	68,7	15,7	73,5	18,9	6,1	8,0
Franța	79,8	72,0	69,3	16,5	74,7	20,3	6,6	8,8
Germania	78,7	71,8	69,6	15,9	74,0	19,0	5,9	7,6
Grecia	78,4	71,0	69,1	16,0	72,9	18,1	6,7	8,1
Irlanda	77,1	69,8	68,1	14,8	71,5	17,5	6,3	8,2
Italia	79,7	72,7	70,7	16,4	74,7	19,4	6,0	7,8
Luxemburg	78,8	71,5	69,3	16,0	73,7	19,2	6,4	8,0
Olanda	78,6	71,2	69,7	15,5	72,6	18,4	6,3	8,5
Portugalia	77,1	69,2	66,7	14,9	71,7	17,7	6,9	8,8
Spania	79,6	72,6	69,9	16,4	75,3	19,9	6,2	7,7
Suedia	80,4	73,3	71,9	17,1	74,8	19,6	6,2	7,9
Regatul Unit	78,2	70,6	69,1	15,7	72,1	18,1	6,7	8,4
România	71,4	63,1	61,0	12,3	65,2	14,6	7,0	9,7
Bulgaria	72,2	64,6	62,5	12,4	66,8	14,9	6,2	8,5
Cehia	75,8	68,4	65,9	13,5	70,9	16,8	6,6	8,1
Estonia	71,1	61,1	59,2	11,9	69,0	16,5	6,0	8,1
Letonia	70,3	62,8	58,0	11,3	67,5	15,7	6,6	8,3
Lituania	71,9	63,3	58,9	12,0	67,7	16,2	7,2	9,9
Polonia	74,7	65,8	63,1	12,8	68,5	16,1	7,5	10,2
Slovacia	74,0	66,2	63,0	12,3	69,4	16,1	6,7	8,9
Slovenia	76,7	69,5	66,6	14,3	72,3	18,1	6,1	8,2
Ungaria	72,6	64,9	61,5	12,2	68,2	15,9	6,9	8,6
Turcia	70,0	62,0	61,2	12,8	62,8	14,2	6,7	9,3
China	71,1	64,1	63,1	13,1	65,2	14,7	6,5	7,6
Japonia	81,9	75,0	72,3	17,5	77,7	21,7	6,1	7,5
SUA	77,3	69,3	67,2	15,3	71,3	17,9	7,4	8,5

Notă: * Estimări OMS pentru 2002.

Sursa: WHO, World Health Report 2004, p. 114-119 și 133-125.