

**Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie skutków starzenia się społeczeństwa dla systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej (opinia rozpoznawcza)**

(2011/C 44/02)

Sprawozdawca: **Renate HEINISCH**

Pismem z dnia 18 września 2009 r. Margot WALLSTRÖM, wiceprzewodnicząca Komisji Europejskiej, działając na podstawie art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, zwróciła się do Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego o opracowanie opinii rozpoznawczej w sprawie

*skutków starzenia się społeczeństwa dla systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej.*

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię dnia 16 czerwca 2010 r.

Na 464. sesji plenarnej w dniach 14–15 lipca 2010 r. (posiedzenie z 15 lipca) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny przyjął 89 głosami – 5 osób wstrzymało się od głosu – następującą opinię:

## 1. Zalecenia

1.1 Zdaniem EKES-u, aby stawić czoła skutkom starzenia się społeczeństwa dla systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej, konieczne są następujące działania:

### 1.1.1 Na szczeblu krajowym:

- Ujęcie problematyki starzenia się w dobrym zdrowiu we wszystkich obszarach polityki.
- Wzmocnienie profilaktyki, promocji zdrowia i wychowania w zdrowiu we wszystkich grupach wiekowych.
- Poprawa jakości leczenia osób starszych i opieki nad nimi.
- Włączenie opieki paliatywnej do usług związanych z opieką.
- Opracowanie i rozwijanie form terapii dostosowanych do wieku, wraz z ujęciem osób starszych w badaniach klinicznych i badaniach nad schorzeniami współistniejącymi.
- Przygotowanie alternatywnych mieszkań oraz instytucji opieki i opieki zdrowotnej dostosowanych do potrzeb osób starszych.
- Ewaluacja w ramach oceny technologii medycznych (*health technology assessment, HTA*) teleopieki (*telecare*) i rozwiązań technologicznych, w tym koncepcji życia wspieranego przez otoczenie (*ambient assisted living, AAL*) i innych technologii medycznych (opiekuńcze otoczenie), które mają ułatwiać osobom starszym prowadzenie samodzielnego życia oraz poprawić wydajność i jakość opieki nad nimi.
- Zapewnienie powszechnie dostępnej, zdecentralizowanej i lokalnej infrastruktury, umożliwiającej bezpośredni kontakt osób starszych z pracownikami służby zdrowia i przedstawicielami zawodów związanych z opieką (deinstytucjonalizacja).

— Wspieranie regionalnych i lokalnych sieci podmiotów zainteresowanych realizacją celu starzenia się w dobrym zdrowiu.

— Wprowadzenie do krajowego ustawodawstwa obowiązkowego zabezpieczenia na potrzeby kosztów opieki w podeszłym wieku (np. ubezpieczenia pielęgnacyjnego).

— Umożliwienie przeprowadzania w ramach krajowych systemów zdrowotnych i społecznych eksperymentów z różnymi modelami wraz z późniejszą ewaluacją, co zapewniłoby dynamikę tychże systemów.

— Uelastycznienie systemów dopłat i dodatkowego ubezpieczenia.

— Opracowanie i realizacja krajowych strategii i polityk na rzecz uczenia się przez całe życie na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym.

— Działania na rzecz godzenia życia rodzinnego, pracy i opieki.

— Wzmocnienie wolontariatu.

— Uznanie wartości osób pielęgnujących i ich potrzeb.

### 1.1.2 Na szczeblu europejskim:

— Opracowanie planu działania na rzecz starzenia się w dobrym zdrowiu i godności, zgodnie z wnioskami Rady EPSCO z 30 listopada 2009 r.

— Uznanie problematyki „starzenie się w aktywności, dobrym zdrowiu i godności” za jeden z priorytetów strategii „Europa 2020”.

— Niezbędna harmonizacja terminologii, definicji, narzędzi służących ocenie, wytycznych, kryteriów, procedur itd. Problem ten pojawił się już 20 lat temu, a mimo to wciąż nie udało się osiągnąć większych postępów.

- Podkreślenie priorytetu starzenia się w aktywności, dobrym zdrowiu i godności w ramach europejskiego roku 2010 (Europejski Rok Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym), 2011 (Europejski Rok Wolontariatu) i 2012 (Europejski Rok Aktywności i Zdrowia Osób Starszych oraz Solidarności Między Pokoleniami) oraz podczas prezydencji przypadających na te lata.
- Włączenie problematyki przemian demograficznych do wspólnego planowania programu badań (*joint programming*) Komisji Europejskiej.
- Opracowanie europejskiej karty praw osób potrzebujących pomocy i opieki.
- Utworzenie w Komisji specjalnej grupy roboczej, złożonej z przedstawicieli różnych służb, zajmującej się problematyką starzenia się w dobrym zdrowiu – w tym także kwestiami opieki i opieki zdrowotnej, emerytur i finansowej stabilności.
- Utworzenie w EKES-ie okrągłego stołu, kategorii bądź stałej grupy roboczej, które zajmowałyby się zagadnieniem starzenia się w aktywności, dobrym zdrowiu i godności w ramach dialogu między pokoleniami i opracowały przebiegową strategię dla tych dziedzin.
- Ujęcie gerontologii i badań demograficznych jako priorytetowych dziedzin w 8. programie ramowym.
- Realizacja projektu „Przekazywanie wiedzy a osoby starsze” w ramach programu „Nauka w społeczeństwie”.
- Sporządzenie wykazu i dokonanie porównania celów państw członkowskich w zakresie zdrowia oraz stopnia, w jakim są one wiążące.
- Wspieranie państw członkowskich w realizacji powyższych celów środkami z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz otwartą metodą koordynacji.
- Propagowanie wymiany sprawdzonych praktyk dotyczących rozwiązań w zakresie technologii informacyjnych i komunikacyjnych (TIK), ściśle dostosowanych do użytkownika, np. w kontekście programu INTERREG, przy wsparciu ze środków funduszy strukturalnych.
- Wsparcie obejmującej wiele państw oceny technologii medycznych (*health technology assessment, HTA*) w celu ewaluacji nowych rozwiązań w zakresie TIK, służących opiece nad osobami w podeszłym wieku.
- Nieustająca popularyzacja uczenia się przez całe życie oraz wymiana i koordynacja europejskich programów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji ze szczególnym zaakcentowaniem

kwestii starzenia się w dobrym zdrowiu – od uczenia się przez całe życie do „uczenia się, by długo żyć” (*learning for a long life*).

- Stworzenie nowego wizerunku osób starszych – także w mediach.
- Opracowanie europejskich wytycznych na rzecz godzenia życia rodzinnego, pracy i opieki.

## 2. Uwagi ogólne

### 2.1 Wprowadzenie

2.1.1 Społeczeństwo Unii Europejskiej starzeje się w wyniku zwiększenia długości życia. Według prognoz Eurostatu, udział w społeczeństwie osób mających ponad 65 lat wzrośnie z 17,1 % w 2008 r. do 30 % w 2060 r. O ile dziś 4 osoby w wieku produkcyjnym (15–64 lat) przypadają na jedną osobę powyżej 65 roku życia, o tyle w 2050 r. stosunek ten będzie wynosił 2:1.

2.1.2 W latach 2026–2030 znaczna część osób aktywnych zawodowo opuści rynek pracy. W ten sposób, przy niższym wskaźniku urodzeń, wzrastać będzie liczba osób niepracujących w stosunku do liczby osób pracujących.

2.1.3 W ostatnim komunikacie Komisji <sup>(1)</sup> stwierdzono, że rządy dysponują bardzo krótkim okresem na wdrożenie działań, aby zaradzić problemom związanym ze starzeniem się społeczeństwa, zanim większość pokolenia wyżu przejdzie na emeryturę. W związku z tym 18 września 2009 r. Komisja Europejska zwróciła się do EKES-u z wnioskiem o opracowanie opinii rozpoznawczej. Chodzi o przeanalizowanie, w jaki sposób inicjatywy w dziedzinie zdrowia, podejmowane na szczeblu Wspólnoty, mogą wesprzeć wysiłki państw członkowskich nastawione na stawienie czoła wyzwaniom demograficznym. Niniejsza opinia opiera się na wielu wcześniejszych opiniach EKES-u <sup>(2)</sup>.

2.1.4 Kolejne prezydencje – czeska (1. półrocze 2009 r.), szwedzka (2. półrocze 2009 r.) i hiszpańska (1. półrocze 2010 r.) umieściły wśród swych priorytetów problematykę starzenia się w dobrym zdrowiu, w poczuciu godności i przy utrzymaniu aktywności.

2.1.5 Podmioty odpowiedzialne za sektor zdrowia i ogół społeczeństwa muszą wypracować nowy obraz podeszłego wieku, który odpowiadałby przemianom demograficznym i potrzebie godności ludzi starszych.

2.1.6 To nie samo starzenie się społeczeństwa, lecz niezdrowe starzenie się powoduje wyższe koszty. Dlatego w niniejszej opinii przedstawiono głównie działania na rzecz starzenia się w dobrym zdrowiu.

<sup>(1)</sup> COM(2009) 180 wersja ostateczna.

<sup>(2)</sup> Listę opinii EKES-u można znaleźć na stronie: [http://www.eesc.europa.eu/sections/soc/index\\_en.asp](http://www.eesc.europa.eu/sections/soc/index_en.asp).

## 2.2 Rozwijanie i unowocześnianie systemów zdrowotnych i społecznych oraz usług opieki zdrowotnej

2.2.1 Przemiany demograficzne oznaczają konieczność dalszego rozwijania organizacji i potencjału systemów zdrowotnych i społecznych oraz usług opieki zdrowotnej, jak również innych towarzyszących im usług. Chodzi o to, by:

- dostosować je do potrzeb osób starszych;
- wszystkim potrzebującym opieki zagwarantować świadczenia niezbędne do zachowania autonomii i godności;
- wszystkim grupom społecznym, niezależnie od wieku, płci, sytuacji finansowej i miejsca zamieszkania, zapewnić jednako dostępne wysokiej jakości świadczenia zdrowotne (także w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia, rehabilitacji i opieki paliatywnej).

2.2.2 Przy tym nie wystarczy tu skupić się na tym, jakie są oczekiwania osób starszych wobec systemów zdrowotnych i społecznych. Ważne jest, by zwrócić uwagę na odpowiedzialność każdej osoby za jej własną starość i zapobieganie ewentualnym chorobom – a zatem także na to, jakie są oczekiwania społeczeństwa wobec osób starzejących się.

2.2.3 Aby polityka Wspólnoty mogła wspierać świadczenie usług zdrowotnych i długotrwałej opieki nad osobami starszymi, UE powinna sporządzić wykaz i dokonać porównania celów państw członkowskich w zakresie zdrowia <sup>(3)</sup> oraz tego, na ile są one wiążące. Podobnie trzeba przeanalizować, w jakim stopniu profilaktyka i promocja zdrowia są już integralną częścią systemów zdrowotnych.

## 3. Uwagi szczególne

### 3.1 Dziedziny wymagające szczególnej uwagi

#### 3.1.1 Zapobieganie

3.1.1.1 Człowiek starzeje się od chwili urodzenia, dlatego tak ważne jest, by – w miarę możliwości – całe życie przebiegło w sprzyjających warunkach. Ważny jest i dobry start życia, i jego dobry finał. Starzenie się w dobrym zdrowiu zaczyna się długo przed przejściem na emeryturę i zależy m.in. od warunków życia i pracy oraz od dostępności określonych zasobów. Świadomość tego faktu sprawia, że postulat odpowiedzialności za własną starość staje się oczywistością <sup>(4)</sup>. Odpowiedzialne starzenie się wymaga uczenia się przez całe życie. W tym celu na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym trzeba opracować nowe strategie i polityki na rzecz uczenia się przez całe życie, które koncentrowałyby się na szerzeniu wiedzy o zdrowiu i obejmowały wszystkie rodzaje nauki (formalnej, pozaformalnej i nieformalnej) oraz wszystkie jej poziomy – od etapu przedszkolnego do zdobywania dodatkowych kwalifikacji. Odpowiedzialne dbanie o własne zdrowie poprzez aktywną profilaktykę – czyli odpowiednie odżywianie, sport, zdrowy tryb życia, unikanie czynników ryzyka itp. – oraz dzięki promocji zdrowia i szerzeniu wiedzy o zdrowiu pomoże osobom w podeszłym wieku jak najdłużej pozostać w domu

i funkcjonować w znanym otoczeniu społecznym. Poza tym nieustannie należy tu uwzględniać i na bieżąco oceniać rolę technologii.

3.1.1.2 W ramach systemów zdrowotnych należy w większym zakresie propagować profilaktykę. Dzięki niej ludzie mogą nie tylko dłużej być aktywnymi uczestnikami rynku pracy, ale też lepiej się do jego potrzeb dostosowywać. Wysoka jakość higieny pracy oraz poprawa ergonomii w miejscu pracy mogą znacząco przyczynić się do wydłużenia czasu aktywności zawodowej w dobrym zdrowiu, co wyszłoby także naprzeciw potrzebom wynikającym z przemian demograficznych.

3.1.1.3 Zmieniając zadania stosownie do wieku, umiejętności i potrzeb (np. przejście od prac związanych z wykonaniem do prac przygotowawczych, ale także do doradztwa i asystowania, szkolenia i planowania), można wydłużyć czas aktywności zawodowej. Poza tym wydłuża to również czas zintegrowania osób starszych w kontekście społecznym i socjoekonomicznym i zapewnia obecność korzystnych bodźców. W ten sposób dodatkowe lata przeżyte w zdrowiu mogą się przełożyć na dodatkowe lata przeżyte w poczuciu spełnienia i produktywności. Jednak rozpoczęcie i utrzymanie wspomnianych procesów wiąże się oczywiście z koniecznością zapewnienia odpowiednich działań w zakresie szkoleń i wsparcia (uczenie się przez całe życie, szkolenie zawodowe wraz z poświadczaniem umiejętności zdobywanych w czasie całego życia zawodowego itd.). Zakłady pracy powinny oferować programy z zakresu promocji zdrowia oraz BHP, aby tworzyć zdrowe warunki pracy.

3.1.1.4 Po zakończeniu aktywności zawodowej ogromnego znaczenia nabiera kwestia socjalnej integracji ze społeczeństwem i z socjokulturowym otoczeniem, ponieważ zapobieganie izolacji to także zapobieganie depresji. To właśnie starsi ludzie mogą – np. w ramach wolontariatu – wykorzystać swoje umiejętności społeczne i doświadczenie. Jednak krzewienie wolontariatu trzeba zaczynać już wśród młodzieży.

#### 3.1.2 Świadczenia zdrowotne

3.1.2.1 Coraz większą wagę przywiązuje się do świadczenia usług zdrowotnych skoncentrowanych na pacjencie oraz do tego, by pacjenci byli włączani w opracowywanie i kształtowanie tych świadczeń.

3.1.2.2 W starszym wieku częściej występują choroby chroniczne (cukrzyca, reumatyzm, choroby serca), choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego (demencja i choroba Alzheimera), aparatu ruchowego oraz układu wzrokowego, a także choroby nowotworowe. Dla personelu służby zdrowia, diagnostyki, leczenia i opieki fakt ten oznacza szczególne zadania.

3.1.2.3 Należy opracować świadczenia zdrowotne w zakresie całościowej i dostosowanej do potrzeb opieki, gdzie pacjent znajdowałby się w centrum uwagi.

<sup>(3)</sup> Zob. Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/activities/research-studies-and-projects>.

<sup>(4)</sup> „Naucz nas liczyć dni nasze, byśmy zdobyli mądrość serca” (Księga Psalmów, Ps 90, 12).

3.1.2.4 Niezbędne jest lepsze i bardziej ukierunkowane kształcenie w zawodach medycznych. Pracownicy służby zdrowia (lekarze, farmaceuci, personel pielęgniarski) oraz naukowcy muszą więcej wiedzieć o specyfice medycyny geriatrycznej i powinni być w tym zakresie lepiej kształceni i szkoleni. Poza tym pracownicy zawodów medycznych powinni przejść specjalistyczne szkolenie poświęcone promocji zdrowia i profilaktyce w podeszłym wieku (np. o zapobieganiu upadkom, zdrowym odżywianiu się itp.).

3.1.2.5 Opracowanie i dostosowanie sposobów leczenia według wieku pod kątem takich czynników, jak współistniejące schorzenia, zmiana schematu metabolizmu w starszym wieku i nierzadko równoległe prowadzone terapie, wymaga dokładnej znajomości współoddziaływania poszczególnych narządów i układów w ciele osób starszych. Do tego potrzebne jest szczególnie zarządzanie leczeniem farmakologicznym oraz dobór i dostosowanie leków i dawkowania do przemiany materii osób starszych. Aby zminimalizować niepożądane efekty uboczne i zoptymalizować skuteczność leczenia, pomoc może indywidualne podejście wraz ze sprawdzeniem interakcji w aptece oraz sprawne TIK w aptekach, udostępniające informacje o lekach i ich interakcjach.

3.1.2.6 Propagowanie bezpośredniego i stałego kontaktu osób starszych z pracownikami służby zdrowia i zawodów związanych z opieką: kontakt ten jest tym istotniejszy, im większej opieki potrzebuje dany pacjent w podeszłym wieku, aby zagwarantować powodzenie leczenia i nie dopuścić do odizolowania i depresji.

### 3.1.3 Świadczenia w zakresie opieki

3.1.3.1 Należy ustanowić standardy usług związanych z opieką, aby zagwarantować ich jakość, umożliwić ich kontrolę i ocenę. Powinno się opracować europejską kartę praw osób potrzebujących pomocy i opieki, w której zawarto by m.in. ochronę przed przemocą. Pomocne mogą się tu okazać nowe technologie (np. AAL – życie wspierane przez otoczenie), które umożliwiają samodzielne funkcjonowanie. Jednak potencjalne nowe technologie trzeba odpowiednio ocenić i nie mogą one w żadnym razie doprowadzić do ponownych różnic w leczeniu i opiece na szczeblu krajowym.

3.1.3.2 Osoby starsze powinny mieć prawo do „rehabilitacji przed opieką”. Zinstytucjonalizowana opieka w ośrodku nie może być jak bilet w jedną stronę – pacjenci muszą mieć możliwość powrotu do domu. Tymczasem dzisiejsze ośrodki leczenia i opieki zbyt rzadko spełniają ten wymóg.

3.1.3.3 Przygotowanie dostosowanych do potrzeb osób starszych instytucji opieki i opieki zdrowotnej oraz alternatywnych mieszkań. Konieczne jest zapewnienie płynnego i dwukierunkowego przejścia pomiędzy stanem zdrowia i choroby, opieką i życiem społecznym, które w razie potrzeby umożliwia dobrej jakości leczenie i opiekę, a jednocześnie pozwala ludziom starszym jak najdłużej funkcjonować w normalnym, czyli wielopokoleniowym, otoczeniu. Wymaga to sprawnej koordynacji usług w zakresie leczenia i opieki. Obok ośrodków opieki długoterminowej należy przewidzieć także więcej szpitalnych i pozaszpitalnych hospicjów oraz ośrodków leczenia paliatywnego, a także zadbać o kulturę leczenia hospicyjnego.

3.1.3.4 W tym celu należy stworzyć powszechnie dostępną, zdecentralizowaną i lokalną infrastrukturę oferującą świadczenia w domu (deinstytucjonalizacja). Należy krzewić niezinstytucjonalizowaną infrastrukturę opieki, połączoną z wszystkimi niezbędnymi usługami (opieką ambulatoryjną, wizytami domowymi, drobnymi pracami). Musi to znaleźć odzwierciedlenie w organizacji na szczeblu regionalnym i w lepszej strukturze finansowania. Jest to nieodzowne, by zapewnić powszechną dostępność odpowiednich ośrodków i infrastruktury nie tylko w miastach, ale i na wsi.

3.1.3.5 Miarą poziomu społeczeństwa jest to, jak obchodzi się ono ze starszymi. Dlatego działalność wolontariacka, polegająca na towarzyszeniu ludziom starszym i opiekowaniu się nimi, nabiera szczególnego znaczenia. W przyszłości każdy obywatel w miarę swoich możliwości powinien być odpowiedzialny za osoby chore, niepełnosprawne oraz osoby w podeszłym wieku, zaś takie zaangażowanie powinno być nagradzane.

### 3.1.4 Badania naukowe w wymienionych wyżej dziedzinach

Problematyka przemian demograficznych powinna zostać włączona do wspólnego planowania programu badań (*joint programming*) Komisji Europejskiej. W nawiązaniu do projektów „WhyWeAge” i „Futurage” 7. programu ramowego, w 8. programie ramowym główny priorytet należy nadać gerontologii (badaniom dotyczącym starości i starzenia się) oraz badaniom demograficznym. Warto także włączyć zagadnienie „Przekazywanie wiedzy a osoby starsze” w program „Nauka w społeczeństwie” Dyrekcji Generalnej ds. Badań. Ponadto w badaniach naukowych trzeba podjąć następujące zagadnienia:

#### 3.1.4.1 Badania w zakresie profilaktyki

- Jakie rodzaje profilaktyki są najbardziej obiecujące, jeśli chodzi o dbałość o zdrowie w miejscu pracy?
- W jaki sposób różne style życia mogą w dłuższej perspektywie wpływać na ogólny stan zdrowia i na występowanie określonych chorób?
- W jaki sposób różne style życia, uwarunkowane takimi czynnikami jak płeć, kultura czy migracja, mogą wpływać na starzenie się w dobrym zdrowiu?
- Jak można zapobiegać upadkom i złamaniom kości?
- Jakie działania w zakresie profilaktyki służą utrzymaniu sprawności fizycznej, sensorycznej, poznawczej i socjalnej?
- W jaki sposób skutecznie motywować do odpowiedzialnego podejścia do własnego zdrowia i starzenia się? (Krzewienie postaw sprzyjających zdrowiu, zachęcanie osób w podeszłym wieku do korzystania z inicjatyw na rzecz utrzymania zdrowia.)
- Jak zachęcać do takiej zmiany postawy, która pozwoli na lepsze dostosowanie do otoczenia społecznego?

### 3.1.4.2 Badania w zakresie chorób i terapii

- dotyczące epidemiologii i etiologii schorzeń związanych z wiekiem oraz lepszej profilaktyki;
- dotyczące biologii procesu starzenia od urodzenia aż do śmierci;
- dotyczące współwystępujących schorzeń, chorób przewlekłych, chorób nowotworowych, chorób serca, reumatyzmu i chorób aparatu ruchowego, pogorszenia wzroku (np. zaćmy), chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego (np. choroby Alzheimera) itd.; należy przy tym uwzględnić także udoskonalenie metod diagnostycznych, które umożliwią wcześniejsze rozpoznanie choroby i szybsze rozpoczęcie leczenia;
- dotyczące możliwych sposobów leczenia schorzeń typowych dla zaawansowanego wieku – potrzebna jest lepsza znajomość procesów biochemicznych, które wpływają na przyswajanie, przemianę materii, skuteczność stosowanych leków oraz ich stosowanie i dawkowanie; niejednokrotnie brakuje w tym względzie podstaw terapeutycznych, ponieważ badania kliniczne i testy leków w znacznej mierze przeprowadza się tylko na młodszych dorosłych.

### 3.1.4.3 Badania w zakresie opieki

- Jak opracowywać technologie, które będą odpowiadały potrzebom ludzi w podeszłym wieku?
- Jakie są optymalne formy i otoczenie świadczenia usług związanych z opieką?
- Jak można podnosić kwalifikacje i poprawić warunki pracy personelu opieki, także w połączeniu z nowymi technologiami?
- W jaki sposób rozwiązania techniczne (np. z zakresu robotyki) mogą odciążyć krewnych, sprawujących opiekę nad potrzebującym członkiem rodziny, oraz poprawić warunki pracy personelu opieki, bez naruszania integralności i godności osoby wymagającej opieki?
- Jak można dostosować ofertę w zakresie opieki do oczekiwań i wymagań osób w podeszłym wieku, które jej potrzebują?
- Jakie nowe koncepcje mogą przyczynić się do rozwoju i wsparcia świadczenia opieki w domu? Trzeba tu wspomnieć także o wsparciu ekonomicznym i o społecznym uznaniu osób opiekujących się potrzebującymi krewnymi (np. porozumienie między pracownikiem a pracodawcą dotyczące możliwości czasowego ograniczenia czasu pracy z powodu konieczności sprawowania opieki, uznanie okresu opieki w ubezpieczeniu emerytalnym, dodatki na opiekę itd.).
- Jakie są nowe możliwości opieki, leczenia bólu i towarzyszenia umierającym, by zapewnić godność na tym ostatnim etapie życia?

### 3.1.4.4 Badania nad systemem ochrony zdrowia

- Badania w publicznej ochronie zdrowia powinny koncentrować się na systemach ochrony zdrowia i na opiece długoterminowej oraz na zintegrowaniu usług, a dodatkowo pozwolić na opracowanie planu badań dotyczących procesu starzenia się. Konieczna jest ocena stanu przygotowania systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej w państwach członkowskich na wyzwania związane z przemianami demograficznymi. Przykładowo: Jaki priorytet ma profilaktyka? Jaki jest udział wydatków na profilaktykę w całości nakładów przeznaczanych na system ochrony zdrowia? Ile osób korzysta z opieki w domu bądź w ośrodku?
- Ile się oszczędza dzięki pracy i opiece wolontariuszy i ile niepłatnej pracy wykonują w domach przede wszystkim kobiety?
- Badania w zakresie efektów zdrowotnych (*health outcome*) i ocena technologii medycznych (HTA) są niezbędne zwłaszcza w kontekście wykorzystania nowych technologii i e-zdrowia (*e-Health*) w leczeniu osób starszych i w opiece nad nimi jeszcze przed wprowadzeniem tych technologii. Czy technologie te w praktyce spełniają pokładane w nich nadzieje? Czy przynoszą korzyści najsłabszym grupom społecznym?
- We współpracy z państwami członkowskimi należy przeprowadzić badania kliniczne i socjoekonomiczne na temat wydajności i skuteczności inwestycji w poprawę leczenia ludzi starszych i opieki nad nimi.
- Jak można udoskonalić punkty styeczności pomiędzy systemem ochrony zdrowia a systemem opieki społecznej?

### 3.1.5 Opracowywanie nowych technologii

3.1.5.1 Przemiany demograficzne – obok stawianych wyzwań – oferują także spore możliwości. Chodzi tu zwłaszcza o nowe produkty i usługi dla starzejącego się społeczeństwa. Czynniki ekonomiczne związane z podeszłym wiekiem może stać się siłą napędową dla dalszego wzrostu i zatrudnienia w dziedzinie usług zdrowotnych, nowych technologii, farmacji, produktów i technologii medycznych, ale także turystyki i pielęgnacji. Według szacunków Komisji przemiany demograficzne mogą potężnie oddziaływać na nakłady na ochronę zdrowia – prognozy wskazują, że w UE wydatki na zdrowie publiczne do 2060 r. wzrosną o półtora punktu procentowego PKB. Należy rozwijać i wprowadzać na rynek nowe produkty i usługi. Tworzenie wartości zależeć przy tym będzie od wielkości rynku, ceny i stopnia wartości dodanej.

3.1.5.2 O ile na „pierwszym rynku zdrowia” możliwe oszczędności kosztów są pierwszoplanowe i będą decydować o tym, czy technologie AAL zostaną ujęte w liście świadczeń kas chorych, o tyle „drugi rynek zdrowia” może w tym względzie funkcjonować znacznie swobodniej i elastyczniej. Konieczne będzie opracowanie stabilnych i przystępnych cenowo koncepcji biznesowych, które bazowałyby na sprzedaży, wypożyczaniu bądź leasingu. Jednocześnie należy zadbać o to, by „drugi rynek zdrowia” nie prowadził do nierówności.

3.1.5.3 Powinno się wspierać zdobywanie i wymianę wiedzy o społecznych i ekonomicznych skutkach wprowadzenia technologii związanych z opieką, np. w oparciu o realizowane właśnie projekty pilotażowe w ramach programu na rzecz konkurencyjności i innowacji. Równolegle trzeba też propagować wymianę sprawdzonych praktyk w zakresie rozwiązań TIK, służących podnoszeniu jakości życia w podeszłym wieku, np. w kontekście programu INTERREG i przy wykorzystaniu funduszy strukturalnych. Tego typu badania powinny uwzględnić zdanie użytkowników na temat łatwości obsługi i przydatności wspomnianych technologii.

3.1.5.4 Wprawdzie postęp technologiczny oraz innowacyjne metody wczesnej diagnostyki i terapii są głównym czynnikiem wzrostu wydatków, jednak rozsądnie wdrażane osiągnięcia techniczne w dłuższej perspektywie mogą jak najbardziej prowadzić do oszczędności. Aby móc określić zakres świadczeń w zakresie leczenia i opieki oraz poziom refundacji ich kosztów, trzeba w większym stopniu brać pod uwagę ocenę technologii medycznych (HTA). Zatem skuteczne wdrożenie nowych technologii i zarządzanie nimi zadecydują o tym, jak w przyszłości będą się kształtować wydatki. Niemniej nowe technologie muszą mieć przystępną cenę i nie mogą zastąpić bezpośredniego kontaktu pacjentów w podeszłym wieku z personelem służby zdrowia.

### 3.1.6 Stabilność finansowa

3.1.6.1 W prawie wszystkich państwach członkowskich usługi związane z opieką nad osobami starszymi i zasiłki na ten cel są finansowane z systemów opieki społecznej, co wymaga stabilności i pewnego finansowania poszczególnych systemów zabezpieczenia społecznego.

3.1.6.2 Osoby potrzebujące opieki, zwłaszcza emeryci otrzymujący niską rentę lub posiadający niskie dochody, ciągle jeszcze są zagrożone ubóstwem. Wielu starszych osób w Europie nie stać na odpowiednią opiekę. Dlatego też we wszystkich państwach UE, odpowiednio do sposobu organizacji ich systemów zabezpieczenia społecznego (systemy ubezpieczeń społecznych lub systemy finansowane z podatków), trzeba stworzyć zabezpieczenia na potrzeby kosztów opieki oraz dostosować obecne zabezpieczenia do wymogów wynikających z przemian demograficznych w nadchodzących dekadach, tak by zapewnić, że każdy obywatel ma dostęp do usług opieki, odpowiednio do prawa wspólnotowego oraz przepisów prawa i zwyczajów poszczególnych państw członkowskich, a także indywidualnych potrzeb. Takie ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno obejmować usługi nie tylko stacjonarne, ale także ambulatoryjne.

3.1.6.3 Przenoszenie części usług w zakresie opieki długoterminowej na prywatne ubezpieczenie zdrowotne powinno odbywać się w sposób rozważny i w porozumieniu z zainteresowanymi stronami, aby uniknąć sytuacji, w której trend ten będzie utrudniać dostęp do tych usług. Państwa członkowskie powinny także w przyszłości gwarantować osobom starszym powszechny dostęp do podstawowej opieki i profilaktyki. Ten ambitny cel wymaga mobilizacji wszystkich dostępnych instrumentów finansowania: ustawowych systemów opieki społecznej oraz mechanizmów uzupełniających.

3.1.6.4 Nowe struktury refundacji kosztów powinny umożliwiać także dalszym krewnym otrzymywanie dodatku pielęgnacyjnego na opiekę nad osobą starszą wymagającą opieki. Jednak również w takich przypadkach musi być zapewniona jakość opieki. Ponadto należy wprowadzić urlop pielęgnacyjny, analogiczny do urlopu macierzyńskiego. Politycy muszą w pierwszym rzędzie, w konsultacji z partnerami społecznymi w ramach dialogu społecznego (podobnie jak np. w przypadku urlopu rodzicielskiego), omówić możliwości łączenia życia rodzinnego, zawodowego i opieki.

3.1.6.5 Presję finansową na systemy zabezpieczenia społecznego można zmniejszyć dzięki szeregowi rozwiązań krajowych, np. dzięki szerszemu stosowaniu leków generycznych, zmniejszeniu podatku VAT od leków oraz negocjacjom z branżą farmaceutyczną dotyczącym ustalania cen.

3.2 Sieci lokalne – najmniejsza jednostka jest najskuteczniejsza i najbliższa obywatelom

3.2.1 Ludzie starsi mogą, zależnie od stanu zdrowia, dać społeczeństwu bardzo dużo. Ze względu na uwarunkowania osobiste i zawodowe wielopokoleniowe gospodarstwa domowe są w dzisiejszych rodzinach coraz rzadsze. Powstała luka mogą zapełnić prywatne i gminne podmioty posiadające lokalne struktury sieciowe, ponieważ struktury użyteczności publicznej muszą być dostosowane na szczeblu regionalnym i lokalnych, aby zapewniały dobry poziom wsparcia i pomocy.

3.2.2 Lokalne sieci to na przykład platformy podmiotów gminnych, partnerów społecznych, organizacji pozarządowych i podmiotów odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną, służące współpracy i koordynacji usług. Takie inicjatywy mogą z powodzeniem uzyskiwać wsparcie z funduszy strukturalnych i z Funduszu Spójności. Europa powinna wyróżniać wzory sprawdzonych rozwiązań, takie jak np. inicjatywy dotyczące możliwości wspierania obywatelskiego zaangażowania oraz samopomocy w dziedzinie opieki i pielęgnacji w domu.

3.2.3 Domy wielopokoleniowe to także nowa forma międzypokoleniowej wymiany poza ramami rodziny: pod jednym dachem mogą funkcjonować przedszkola, kluby młodzieżowe i kluby seniora<sup>(5)</sup>.

3.2.4 Trzeba do tego dodać dalsze usługi, takie jak opieka dzienna i nocna (przede wszystkim nad osobami z demencją).

3.3 Europejska polityka zdrowotna

### 3.3 Europejska polityka zdrowotna

3.3.1 Systemy ochrony zdrowia państw członkowskich muszą stawiać czoła wyzwaniom związanym z przemianami demograficznymi i trzeba je pod tym kątem wzmocnić. Należy przy tym mieć na uwadze, że także zgodnie z traktatem z Lizbony organizacja systemów ochrony zdrowia i zarządzanie nimi należą do zadań i kompetencji państw członkowskich, a instytucje UE jedynie wspierają państwa członkowskie w tym zakresie. Systemy ochrony zdrowia państw członkowskich są bardzo zróżnicowane pod względem organizacji (obok systemów państwowych według modelu Beveridge'a, Bismarcka lub modeli mieszanych występują także ubezpieczenia prywatne), rozwoju, różnej siły gospodarczej oraz wymogów i oczekiwań, które muszą spełniać. Trzeba jednak, czego żąda się także w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej, zagwarantować prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych.

<sup>(5)</sup> Zob. [www.mehrgenerationenhaeuser.de](http://www.mehrgenerationenhaeuser.de).

3.3.2 Otwarta metoda koordynacji może przyczynić się do efektywniejszego kształtowania polityki zdrowotnej i zarządzania nią. Współpraca powinna koncentrować się na wymianie doświadczeń i przedstawianiu praktycznych przykładów dotyczących trzech głównych tematów, jakimi są dostęp, jakość i długotrwała stabilność finansowa.

3.3.3 Zgodnie z zasadą pomocniczości także za kształtowanie polityki społecznej odpowiedzialne są w pierwszym rzędzie państwa członkowskie. UE może im jednak pomagać, podejmując działania wspierające, takie jak uzupełnianie czy wspomaganie współpracy między państwami członkowskimi. W dziedzinie społecznej otwarta metoda koordynacji okazuje się przydatnym instrumentem pozwalającym ulepszyć ochronę socjalną zgodnie z zasadami dostępu, dopasowania i trwałości.

3.3.4 Zagadnienie „starzenie się w aktywności, dobrym zdrowiu i godności” musi stać się priorytetem strategii „Europa 2020” dzięki opracowaniu planu działania. Wymaga to jeszcze intensywniejszej i nieprzerwanej współpracy między dyrekcjami generalnymi Komisji. Dlatego też powinna zostać utworzona międzydyrekcyjna grupa robocza ds. starzenia się i zdrowia, która zajmowałaby się zagadnieniami opieki i opieki zdro-

wotnej, emerytur oraz stabilności finansowej. Należy wzmocnić profilaktykę, promocję zdrowia i szerzenie wiedzy o zdrowiu oraz ujmować te zasady działania we wszystkich obszarach polityki – powinno to stać się wzorem dla państw członkowskich.

3.3.5 EKES powinien stale zajmować się zagadnieniem starzenia się w aktywności, dobrym zdrowiu i godności w ramach dialogu między pokoleniami, w formie okrągłego stołu, kategorii lub stałej grupy analitycznej, aby wypracować przekrojową strategię demograficzną.

3.3.6 Polityka UE powinna, za pośrednictwem świadczeń z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności, wspierać państwa członkowskie we wdrażaniu środków krajowych.

3.3.7 Ponadto EKES opowiada się także za stałym wspieraniem uczenia się przez całe życie w dziedzinie „starzenia się w dobrym zdrowiu” na szczeblu europejskim oraz za rozwijaniem własnych strategii realizacji tej idei na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym.

Bruksela, 15 lipca 2010 r.

Przewodniczący  
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego  
Mario SEPI

---