

Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru na tému „Dôsledky starnutia obyvateľstva na zdravotné a sociálne systémy“ (prieskumné stanovisko)

(2011/C 44/02)

Spravodajkyňa: **Renate HEINISCH**

Pani Margot WALLSTRÖMOVÁ, podpredsedníčka Európskej komisie, požiadala listom z 18. septembra 2009 podľa článku 262 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva Európsky hospodársky a sociálny výbor, aby vypracoval prieskumné stanovisko na tému:

„Dôsledky starnutia obyvateľstva na zdravotné a sociálne systémy.“

Odborná sekcia pre zamestnanosť, sociálne veci a občianstvo poverená vypracovaním stanoviska výboru v danej veci prijala svoje stanovisko 16. júna 2010.

Európsky hospodársky a sociálny výbor na svojom 464. plenárnom zasadnutí zo 14. a 15. júla 2010 (schôdza z 15. júla 2010) prijal 89 hlasmi za, pričom nikto nehlasoval proti a 5 členovia sa hlasovania zdržali, toto stanovisko:

1. Odporúčania

1.1 Na vyrovnanie sa s „dôsledkami starnutia obyvateľstva na zdravotné a sociálne systémy“ sú podľa názoru Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru potrebné tieto opatrenia:

1.1.1 Na vnútroštátnej úrovni:

- Podpora regionálnych a miestnych sietí všetkých zainteresovaných strán na splnenie cieľa „zdravie a staroba“.
 - Závazok týkajúci sa poistenia starostlivosti v starobe (napr. opatrovnícke poistenie) prostredníctvom vnútroštátnej legislatívy.
 - Otvorenie vnútroštátnych zdravotníckych a sociálnych systémov pre modelové systémy s následným hodnotením s cieľom umožniť systémovú dynamiku.
 - Zvýšenie pružnosti systému na príplatky a pripoistenie.
 - Vypracovanie a realizácia vnútroštátnych stratégií a politík v oblasti celoživotného vzdelávania na vnútroštátnej, regionálnej a komunálnej úrovni.
 - Zabezpečenie zlučiteľnosti rodiny, povolania a starostlivosti.
 - Posilnenie dobrovoľníckej práce.
 - Uznanie hodnoty ošetrovateľov a ich potrieb.
- 1.1.2 Na európskej úrovni:
- Podpora regionálnych a miestnych sietí všetkých zainteresovaných strán na splnenie cieľa „zdravie a staroba“.
 - Závazok týkajúci sa poistenia starostlivosti v starobe (napr. opatrovnícke poistenie) prostredníctvom vnútroštátnej legislatívy.
 - Otvorenie vnútroštátnych zdravotníckych a sociálnych systémov pre modelové systémy s následným hodnotením s cieľom umožniť systémovú dynamiku.
 - Zvýšenie pružnosti systému na príplatky a pripoistenie.
 - Vypracovanie a realizácia vnútroštátnych stratégií a politík v oblasti celoživotného vzdelávania na vnútroštátnej, regionálnej a komunálnej úrovni.
 - Zabezpečenie zlučiteľnosti rodiny, povolania a starostlivosti.
 - Posilnenie dobrovoľníckej práce.
 - Uznanie hodnoty ošetrovateľov a ich potrieb.
- 1.1.2 Na európskej úrovni:
- Vypracovanie akčného plánu pre zdravé a dôstojné starnutie v nadväznosti na závery Rady EPSCO z 30. 11. 2009.
 - Stanovenie témy „Aktívne, zdravé a dôstojné starnutie“ ako priority v rámci stratégie Európa 2020.
 - Nevyhnutnosť harmonizácie terminológie, definícií, hodnotiacich nástrojov, príručiek, kritérií, postupov atď. Tento problém sa prvý raz objavil pred 20 rokmi, odvtedy však nebol zaznamenaný významnejší pokrok.

- Vyzdvihnutie ťažiskovej témy aktívneho, zdravého a dôstojného starnutia v rámci európskeho roku 2010 (Európsky rok boja proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu), 2011 (Európsky rok dobrovoľníckej práce) a 2012 (Európsky rok aktívneho a zdravého starnutia a solidarity medzi generáciami), ako aj počas príslušných predsedníctiev Rady.
- Zahnutie demografických zmien do spoločného plánovania výskumných programov Európskej komisie (*Joint Programming*).
- Vytvorenie Európskej charty práv osôb odkázaných na pomoc a opateru.
- Zriadenie osobitnej medzirezortnej pracovnej skupiny Komisie k téme „Staroba a zdravie“ (vrátane „zdravotnej starostlivosti, opatrovania, dôchodkov a finančnej udržateľnosti“).
- Vytvorenie „okrúhleho stola“ Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru, „kategórie“ alebo „stálej študijnej skupiny“ na tému „Aktívne, zdravé a dôstojné starnutie v dialógu generácií“ s cieľom vypracovať nadrezortnú stratégiu pre tieto oblasti.
- Zaradenie gerontológie a demografického výskumu medzi priority 8. rámcového programu pre výskum.
- Vytvorenie projektu „Starší ľudia a sprostredkovanie poznatkov“ v rámci akcie „Veda a spoločnosť“.
- Zmapovanie a porovnanie cieľov členských štátov v oblasti zdravotníctva a ich záväznosť.
- Podpora členských štátov pri realizácii vyššie uvedených opatrení na základe prostriedkov zo štrukturálnych a kohéznych fondov a otvorenej metódy koordinácie.
- Podpora výmeny osvedčených postupov týkajúcich sa riešení individualizovaných informačných a komunikačných technológií (IKT), napríklad v súvislosti s programom INTERREG, financovaná zo štrukturálnych fondov.
- Podpora posúdenia zdravotníckej technológie (*Health Technology Assessments* - HTA) viacerými štátmi z hľadiska hodnotenia nových riešení IKT, ktoré sú zamerané na potreby starších ľudí v oblasti starostlivosti.
- Ustavičné zvyšovanie povedomia o celoživotnom vzdelávaní a výmene a koordinácii európskych programov vzdelávania

a ďalšieho vzdelávania s dôrazom na „starobu a zdravie“: od celoživotného vzdelávania k vzdelávaniu o tom, ako žiť dlho.

- Vytvorenie nového obrazu staroby, a to aj v médiách.
- Vytvorenie európskych smerníc pre zlučiteľnosť rodiny, povolania a opatrovania.

2. Všeobecné pripomienky

2.1 Úvod

2.1.1 Obyvateľstvo Európskej únie starne v dôsledku zvyšovania strednej dĺžky života. Podľa prognózy EUROSTAT sa podiel osôb vo veku nad 65 rokov na celkovej populácii zvýši zo 17,1 % v roku 2008 na 30 % v roku 2060. Priemerný pomer medzi osobami v produktívnom veku (15 – 64 rokov) a osobami vo veku 65 a viac rokov sa zo súčasných 4: 1 do roku 2050 zmení na 2: 1.

2.1.2 Veľká časť zamestnaných osôb v rokoch 2026 až 2030 odíde z trhu práce, čím sa pri nižšej pôrodnosti zvýši počet nepracujúceho obyvateľstva oproti pracujúcemu obyvateľstvu.

2.1.3 V aktuálnom oznámení Komisie ⁽¹⁾ sa konštatuje, že vlády majú na realizáciu opatrení na riešenie problémov v súvislosti s demografickým starnutím k dispozícii iba krátky časový interval, kým väčšina príslušníkov silných populačných ročníkov neodíde do dôchodku. Európska komisia v tejto súvislosti požiadala Európsky hospodársky a sociálny výbor 18. septembra 2009 o vypracovanie prieskumného stanoviska s cieľom zistiť, akým spôsobom by bolo možné podporiť snahy členských štátov o riešenie tohto problému na základe iniciatív Spoločenstva v oblasti zdravia. Toto stanovisko sa opiera o viaceré stanoviská Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru. ⁽²⁾

2.1.4 Predsedníctva Českej republiky (1. polrok 2009), Švédska (2. polrok 2009) a Španielska (1. polrok 2010) zaradili do svojej agendy zdravé, dôstojné a aktívne starnutie ako jednu z ťažiskových tém.

2.1.5 Spoločnosť a zodpovední činitelia v oblasti zdravotníctva musia vytvoriť nový obraz staroby, ktorý zodpovedá demografickým zmenám a zohľadňuje dôstojnosť starších ľudí.

2.1.6 Nie staroba sama osebe, ale nezdravé starnutie je príčinou vysokých nákladov. Stanovisko preto obsahuje najmä návrhy týkajúce sa zdravého starnutia.

⁽¹⁾ KOM(2009) 180 v konečnom znení.

⁽²⁾ Pozri zoznam stanovísk Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru na: http://www.eesc.europa.eu/sections/soc/index_en.asp.

2.2 Ďalší rozvoj a obnova systémov zdravotníctva, sociálnych systémov a zdravotníckych služieb

2.2.1 Demografický vývoj si vyžaduje ďalšie rozvíjanie zdravotníckych a sociálnych systémov, služieb v oblasti zdravotníctva a ďalších nadväzujúcich služieb z hľadiska organizácie a kapacít s cieľom i) uspokojovať potreby starších ľudí, ii) zabezpečiť, aby všetky osoby odkázané na opateru dostávali služby, ktoré sú potrebné na zachovanie ich samostatnosti a dôstojnosti, iii) umožniť všetkým skupinám obyvateľstva bez ohľadu na vek, pohlavie, finančnú situáciu a miesto bydliska rovnaký prístup k špičkovým zdravotníckym službám (zahŕňajúcich podporu zdravia, prevenciu, liečbu, rehabilitáciu a paliatívnu starostlivosť).

2.2.2 Pritom je potrebné brať do úvahy nielen požiadavky starších osôb na zdravotné a sociálne systémy, ale aj včasnú a preventívnu osobnú zodpovednosť ľudí za ich starnutie, a tým aj za požiadavky spoločnosti voči starším ľuďom.

2.2.3 EÚ by mala zmapovať ciele členských štátov v oblasti zdravotníctva⁽³⁾ a ich záväznosť, aby prostredníctvom politiky Spoločenstva podporila zdravotnú starostlivosť a dlhodobú starostlivosť o starších ľudí. Takisto je potrebné zmapovať, do akej miery sú prevencia a podpora zdravia súčasťou zdravotníckych systémov.

3. Konkrétne pripomienky

3.1 Oblasť, ktorým treba venovať osobitnú pozornosť

3.1.1 Prevencia

3.1.1.1 Človek priebežne starne už od svojho narodenia. Preto je dôležité, aby celý život – v rámci možností – prebiehal v dobrých podmienkach. Dôležitý je dobrý začiatok a dobrý koniec života. Zdravé starnutie sa začína dlho pred odchodom do dôchodku a je okrem iného ovplyvňované životnými a zdravotnými podmienkami, ako aj existenciou zdrojov. V prípade uvedenia si tejto skutočnosti je požiadavka zodpovedného starnutia celkom logická⁽⁴⁾. Zodpovedné starnutie vyžaduje celoživotné vzdelávanie. V záujme toho treba vytvoriť nové stratégie a politiky celoživotného vzdelávania pre oblasť zdravotnej výchovy na národnej, regionálnej a miestnej úrovni, ktoré budú zahŕňať všetky spôsoby učenia (formálne, iné ako formálne a neformálne). Týka sa to všetkých stupňov vzdelávania od predškolskej výchovy až po ďalšie vzdelávanie. Zodpovedné udržanie zdravia prostredníctvom aktívneho zapájania sa do preventívnych opatrení (výživa, šport, zdravý spôsob života, vyhýbanie sa rizikovým faktorom atď.), podpora zdravia a zdravotná výchova pomáhajú starším ľuďom zostať čo

najdlhšie doma a v sociálnom prostredí, na ktoré sú zvyknutí. Popritom treba systematicky zabezpečovať ďalšie spracovávanie a hodnotenie úlohy technológií v tomto kontexte.

3.1.1.2 Treba posilniť prevenciu v rámci zdravotníckych systémov. To môže ľuďom umožniť dlhšie aktívne zotrvávanie na trhu práce a pomôcť im adaptovať sa naň. Vysoká úroveň ochrany pri práci a zlepšenie ergonómie pracovísk môžu výraznou mierou prispieť k tomu, že sa predĺži obdobie aktívneho pracovného života v zdraví, čo môže pomôcť vyriešiť problémy spojené s demografickými zmenami.

3.1.1.3 Vekom sa meniace a schopnostiam a potrebám prispôbené činnosti (napr. vzdanie sa výkonných činností v prospech prípravných, ako aj poradenských a sprievodných, usmerňovacích/plánovacích aktivít atď.) môžu prispieť k predĺženiu celoživotnej pracovnej kariéry. To znamená tiež dlhšiu integráciu starších ľudí do sociálnych a sociálno-ekonomických systémov a zachovanie potrebných výkonnostných stimulov. Týmto spôsobom je možné zvýšený počet rokov života prežitých v zdraví previesť na zvýšený počet naplnených a produktívnych rokov. To, samozrejme, znamená, že musia byť k dispozícii zodpovedajúce kvalifikačné a sprievodné opatrenia na iniciovanie a ďalšiu realizáciu načrtnutých procesov (celoživotné vzdelávanie, profesionálna kvalifikácia vrátane získania certifikátov na schopnosti získané počas produktívneho obdobia atď.). Firms musia ponúkať podporu zdravia a prevenciu chorôb a nehôd v zmysle vytvárania zdravých pracovných podmienok.

3.1.1.4 Sociálna integrácia do spoločnosti a spoločenskovo-kultúrneho prostredia po odchode z profesionálneho života je nesmierne dôležitá. Prevencia sociálnej izolácie znamená prevenciu depresii. Práve starší ľudia majú možnosť využiť svoje sociálne schopnosti a skúsenosti napr. formou dobrovoľníckej práce. Vedenie k dobrovoľníckej práci by sa však malo začať už v mladosti.

3.1.2 Zdravotné služby

3.1.2.1 Čoraz väčší dôraz sa kladie na poskytovanie zdravotných služieb orientovaných na pacienta a zabezpečenie zapojenia pacientov do rozvoja a spoluvytvárania zdravotných služieb.

3.1.2.2 Počet chronických ochorení (cukrovka, reuma, srdcové choroby) a degeneratívnych ochorení nervovej sústavy (demencia, Alzheimerova choroba), ochorení pohybového aparátu a očí, ako aj nádorových ochorení s pribúdajúcim vekom stúpa. To kladie zvýšené nároky na zdravotnícke profesie, diagnostiku, liečbu a zdravotnú starostlivosť.

3.1.2.3 Je potrebné vytvoriť zdravotné služby v oblasti integrovanej a osobnej starostlivosti, kde bude pacient v centre pozornosti.

⁽³⁾ Pozri: Európske stredisko pre monitorovanie politik a systémov v oblasti zdravia <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/activities/research-studies-and-projects>.

⁽⁴⁾ „A tak nás nauč rátať naše dni, aby sme našli múdrosť srdca“ (Žalm 90,12).

3.1.2.4 Treba podporiť kvalitnejšie a špecifickejšie vzdelávanie v oblasti zdravotníckych profesií: vykonávatelia zdravotníckych profesií (lekári, lekárnici, ošetrovatelia), ako aj výskumní pracovníci sa musia podrobnejšie oboznámiť s osobitnosťami geriatrickej medicíny a je potrebné zvýšiť úroveň ich vzdelávania a ďalšieho vzdelávania. Vykonávatelia zdravotníckych profesií by okrem toho mali absolvovať osobitné školenie o význame opatrení v oblasti podpory zdravia a prevencie vo vysokom veku (napr. predchádzanie pádom, zdravá výživa atď.)

3.1.2.5 Vývoj a prispôsobenie foriem liečby vyššiemu veku: multimorbidita, zmena procesov látkovej premeny v starobe a viacnásobná liečba vyžadujú podrobnú znalosť interferencií medzi orgánmi a systémami v tele starších ľudí. To vyžaduje špeciálne riadenie medikácie, ako aj výber a prispôsobenie medikácie a dávkovania látkovej premeny starších osôb. Osobná starostlivosť vo verejných lekárnach spojená s interakčnými skúškami a kvalitné IKT vo verejných lekárnach, poskytovanie informácií o liekoch a ich interakciách môžu pomôcť pri minimalizácii nežiaducich vedľajších účinkov liekov a optimalizácii úspechu liečby.

3.1.2.6 Podpora priameho a stáleho kontaktu medzi staršími ľuďmi a zdravotníckymi pracovníkmi a opatrovateľmi: tento aspekt je tým dôležitejší, čím väčší sú starší ľudia odkázaní na starostlivosť, aby sa zabezpečil úspech liečby a predišlo sa izolácii a depresiám.

3.1.3 Opatrovateľské služby

3.1.3.1 Kvalitu opatrovateľských služieb treba zabezpečiť na základe stanovenia noriem, zaistenia možnosti kontroly a hodnotenia. Treba vytvoriť Európsku chartu práv osôb odkázaných na pomoc a starostlivosť, ktorá by mala okrem iného obsahovať ochranu proti násiliu pri starostlivosti. Príspevkom k ochrane môžu byť aj nové technológie (napr. AAL), ktoré umožňujú viesť samostatný život. Potenciálne nové technológie však treba primerane zhodnotiť a treba zabrániť tomu, aby spôsobili nové nerovnosti v oblasti zdravotnej starostlivosti a opatrovateľstva na vnútroštátnej úrovni.

3.1.3.2 Starší ľudia by mali mať nárok na „rehabilitáciu pred starostlivosťou“. Inštitucionalizovaná starostlivosť nesmie byť jednosmerná: treba zabezpečiť aj spôsoby, ako sa dostať z opateru opätovne domov. Súčasná zdravotnícka a opatrovateľská zariadenia tieto kritériá zatiaľ splňajú iba v malej miere.

3.1.3.3 Vytvorenie zdravotníckych a opatrovateľských zariadení a alternatívnych možností bývania zodpovedajúce potreby starších: treba vytvoriť plynulý a zvrtný prechod medzi zdravím/chorobou/starostlivosťou/spoločenským životom, ktorý v prípade potreby umožní kvalitnú medicínsku starostlivosť a opateru a umožní zotrvať starším ľuďom čo najdlhšie v „normálnom“ prostredí, t. j. v prostredí, v ktorom žijú rôzne generácie. Vyžaduje to dobrú koordináciu zdravotnej starostlivosti a opatrovateľstva. Popri zariadeniach poskytujúcich dlhodobú starostlivosť je potrebné naplánovať viac stacionár-

ných a ambulantných hospicov a zariadení paliatívnej medicíny a pestovať „kultúru hospicov“.

3.1.3.4 V záujme toho treba vytvoriť celoplošnú, decentralizovanú infraštruktúru neďaleko bydliska s cieľom zabezpečiť zásobovanie doma („deinštitucionalizácia“). Treba podporovať neinštitucionalizovanú infraštruktúru starostlivosti spojenú s integráciou všetkých potrebných služieb (ambulantná starostlivosť, starostlivosť spojená s návštevami, drobné služby). To sa musí odzrkadliť v organizácii na regionálnej úrovni a zlepšení štrukturálneho financovania s cieľom zabezpečiť primerané zariadenia a štruktúry nielen v mestách, ale celoplošne, aj na vidieku.

3.1.3.5 Spoločnosť sa hodnotí podľa toho, ako zaobchádza so staršími ľuďmi. Dobrovoľnícka práca nadobudla v kontakte so staršími ľuďmi a pri starostlivosti o nich osobitný význam. V budúcnosti musí každý občan v rámci svojich možností prevziať zodpovednosť za chorých, telesne postihnutých a starých – za svoju aktivitu však musí dostať aj odmenu.

3.1.4 Výskum vo vyššie uvedených oblastiach

Demografické zmeny majú byť zahrnuté do spoločného plánovania výskumných programov Európskej komisie (*Joint Programming*). V nadväznosti na projekty 7. rámcového programu *WhyWeAge* a *FuturAge* by mali v 8. rámcovom programe dostať prioritu gerontológia (výskum staroby a starnutia) a demografický výskum. Okrem toho by bolo vhodné zaradiť do akcie „Veda a spoločnosť“ Generálneho riaditeľstva pre výskum tematickú oblasť „Starší ľudia a sprostredkovanie poznatkov“. Na to sú potrebné nasledujúce oblasti výskumu:

3.1.4.1 Výskum v oblasti prevencie

- Aké možnosti prevencie z hľadiska zachovania zdravia majú perspektívu do budúcnosti?
- Aké dlhodobé účinky majú určité spôsoby života na zdravotný stav vo všeobecnosti a na jednotlivé ochorenia?
- Ako vplývajú rozdielne spôsoby života podmienené pohlavím, kultúrou a migráciou na zdravé starnutie?
- Aké sú možnosti predchádzať pádom a zlomeninám?
- Ktoré preventívne opatrenia slúžia na zachovanie fyzických, senzorických, kognitívnych a sociálnych schopností?
- Akým spôsobom sa dá motivovať k zodpovednému prístupu k vlastnému zdraviu a procesu vlastného starnutia? (Podpora zdravých spôsobov správania, podnety na využívanie opatrení a ponúk na zachovanie zdravia pre starších ľudí).
- Akým spôsobom sa dá sprostredkovať motivácia k zmene správania z hľadiska lepšieho prispôsobenia sa sociálnemu prostrediu?

3.1.4.2 Výskum chorôb a liečby

- v oblasti epidemiológie a etiológie vekom podmienených ochorení s cieľom zlepšiť možnosti prevencie;
- v oblasti biologického procesu starnutia od kolísky až po hrob;
- v oblasti multimorbidity, chronických chorôb, rakoviny, srdcových chorôb, reumatizmu a ochorení pohybového aparátu, zhoršenia zraku (napr. šedý zákal), neurodegeneratívnych ochorení ako Alzheimerova choroba atď. Treba pritom zohľadniť aj zlepšovanie diagnostických možností, čo umožní včasné stanovenie diagnózy a tým aj urýchli začatie liečby;
- v oblasti možností starostlivosti o starších ľudí, pokiaľ ide o vekom podmienené ochorenia: biochemické procesy ovplyvňujúce vstrebávanie, látkovú premenu, účinnosť liekov, ako aj medikáciu a dávkovanie je potrebné lepšie pochopiť a zohľadniť pri liečbe. V mnohých prípadoch chýbajú predpoklady na liečbu, keďže klinické pokusy a testovanie liekov sa väčšinou vykonávajú len na mladších dospelých.

3.1.4.3 Výskum v oblasti opatrovania

- Aké sú možnosti vývoja nových technológií, ktoré budú zodpovedať potrebám starších ľudí?
- Aké je optimálne prostredie na opatrovanie a spôsoby poskytovania opateru?
- Akým spôsobom sa dá dosiahnuť zlepšenie spôsobilosti a pracovných podmienok opatrovateľov, a to aj v kombinácii s novými technológiami?
- Akým spôsobom prispievajú technické riešenia (napr. robotika) k odbremeniu opatrovateľov, k zlepšeniu pracovných podmienok profesionálnych opatrovateľov, ktoré neobmedzujú integritu a dôstojnosť osôb odkázaných na opateru?
- Akým spôsobom sa dajú prispôsobiť ponuky v oblasti opatrovania potrebám a požiadavkám starších ľudí odkázaných na opateru?
- Ktoré nové koncepcie môžu prispieť k rozvoju a podpore domácej starostlivosti? Sem patrí aj ekonomická podpora a spoločenské uznanie opatrovateľov a rodinných príslušníkov (napr. možnosť dohody medzi zamestnávateľom a zamestnancom o dočasnom znížení pracovného úväzku z dôvodu poskytovania opateru, zápočet do dôchodkového poistenia, príspevok na opatrovateľskú službu atď.)
- Aké sú nové spôsoby zabezpečovania opatrovania, zmierňovania bolesti a pasívnej asistencie pri umieraní s cieľom zabezpečiť dôstojné ukončenie života?

3.1.4.4 Výskum v oblasti systému zdravotníctva

- Výskum v oblasti verejného zdravotníctva by sa mal sústrediť na zdravotné systémy a dlhodobú starostlivosť, ako aj na integráciu služieb a vypracovanie plánu pre výskum staroby. Treba zhodnotiť, či sú zdravotné a sociálne systémy členských štátov pripravené na výzvy spojené s demografickými zmenami. Aké postavenie má napr. prevencia? Aký je podiel prevencie na výdavkoch na zdravotníctvo? Aký je počet ľudí, o ktorých sa starajú doma, a tých, o ktorých sa starajú inštitúcie?
- Koľko finančných prostriedkov sa ušetrí vďaka dobrovoľníckej práci a aký objem neplatené práce zabezpečujú najmä ženy v domácnosti?
- Výskum v oblasti „Health outcome“ a hodnotenie zdravotníckych technológií (HTA) je potrebný najmä z hľadiska využitia nových technológií a eHealth pri liečbe a starostlivosti o starších ľudí ešte predtým, než sa tieto technológie zavedú. Plnia tieto technológie pri overovaní v praxi to, čo sľubujú? Majú najzraniteľnejšie skupiny úžitok z týchto technológií?
- V spolupráci s členskými štátmi je potrebné uskutočniť klinický a sociálno-ekonomický výskum efektívnosti a účinnosti investícií do zlepšenia zdravotnej starostlivosti a starostlivosti o starších ľudí.
- Aké sú možnosti zlepšenia v oblasti styčných plôch medzi zdravotnou starostlivosťou a sociálnym zabezpečením?

3.1.5 Vývoj nových technológií

3.1.5.1 Zátáž spôsobené demografickými zmenami sú vyvážené širokými možnosťami. Týka sa to najmä nových výrobkov a služieb pre starnúcu spoločnosť. „Ekonomický faktor staroba“ sa dá zmeniť na hnací motor ekonomiky spojený s vyšším rastom a vyššou zamestnanosťou v oblasti zdravotníckych služieb, nových technológií, liekov, medicínskych produktov, medicínskych technológií, cestovného ruchu a „wellness“. Podľa odhadov Komisie môžu mať demografické zmeny značný vplyv na výdavky na zdravotnú starostlivosť: verejné výdavky na zdravotníctvo v EÚ stúpnu podľa prognóz do roku 2060 o 1,5 percentuálneho bodu HDP. Je potrebné vyvinúť a uviesť na trh nové produkty. Tvorba hodnôt je ovplyvnená objemom trhu, cenou a stupňom pridanej hodnoty.

3.1.5.2 Kým pre „primárny zdravotnícky trh“ sú možné úspory nákladov prioritou, a tým rozhodujú o tom, či Bývanie s podporou okolia (*Ambient Assisted Living* – AAL) bude zaradené do zoznamu výkonov hrađených zdravotnou alebo nemo-censkou poisťovňou, „sekundárny zdravotnícky trh“ môže v tomto smere konať oveľa slobodnejšie a flexibilnejšie. V tomto prípade je nevyhnutné vyvinúť zatažiteľné a financovateľné modely obchodovania založené na predaji, prenájme alebo lízingu. Zároveň treba zabezpečiť, aby na „sekundárnom zdravotníckom trhu“ nevznikli nerovnosti.

3.1.5.3 Treba podporiť tvorbu a výmenu sociálnych a ekonomických poznatkov o dôsledkoch zavedenia technológií ošetrovania, napr. v nadväznosti na prebiehajúce projekty spustené v rámci programu konkurencieschopnosti a inovácie. Zároveň treba podporiť výmenu osvedčených postupov v oblasti IKT týkajúcich sa riešení pre vyššiu kvalitu života v starobe, napr. v kontexte programu INTERREG a s využitím štrukturálnych fondov. Tento výskum by mal byť zameraný na hodnotenie názorov používateľov technológií, najmä s ohľadom na ich optimálnosť pre používateľov a výhody.

3.1.5.4 Technologický pokrok a novo vyvinuté metódy včasnej diagnostiky a liečby sú síce na jednej strane hlavným faktorom rastu výdavkov, na druhej strane však rozumne uplatňovaný technický pokrok môže z dlhodobého hľadiska viesť aj k zníženiu výdavkov. Významnejšiu rolu by malo zohrať hodnotenie postupov v oblasti zdravotníctva (*Hodnotenie zdravotníckej technológie – Health Technology Assessment – HTA*) s cieľom zistiť rozsah a prevzatie nákladov na zdravotnícke výkony a výkony v oblasti opatrovateľstva. Efektívne zavedenie a efektívne riadenie nových technológií sú preto rozhodujúce pre ďalší vývoj výdavkov. Nové technológie však nemôžu a nesmú nahradiť priamy kontakt medzi staršími ľuďmi a zdravotníckym personálom a ošetrovateľmi a musia byť cenovo dostupné.

3.1.6 Finančná udržateľnosť

3.1.6.1 V takmer každom členskom štáte sa opatrovateľské služby a príspevky na opatrovanie starších ľudí uhrádzajú zo systémov sociálneho zabezpečenia, čo predpokladá trvalo udržateľné a zabezpečené financovanie jednotlivých systémov.

3.1.6.2 Odkázanosť na pomoc stále znamená riziko chudoby, najmä pre dôchodcov s nízkymi dôchodkami alebo nízkymi príjmami. Mnohí ľudia v Európe si nemôžu dovoliť primeranú starostlivosť v starobe. Preto je potrebné vo všetkých krajinách EÚ, v súlade s organizáciou ich systémov sociálneho zabezpečenia (systémy sociálneho poistenia alebo systémy financované z daní), zaistiť zabezpečenie prostriedkov na opatrovanie a existujúce formy zabezpečenia prispôsobiť výzvam demografických zmien v najbližších desaťročiach s cieľom zabezpečiť, aby mal každý občan podľa pravidiel práva Spoločenstva a právnych predpisov a zvyklostí práva jednotlivých členských štátov a podľa individuálnych potrieb prístup k opatrovateľským službám. Zabezpečenie prostriedkov na opatrovanie by okrem stacionárnych služieb malo zahŕňať aj náklady na ambulantné služby.

3.1.6.3 Presun časti dlhodobej starostlivosti na súkromné zdravotné poistenie by sa mal uskutočniť premysleným spôsobom po dohode so zainteresovanými stranami, aby sa predišlo tomu, že tento trend ešte viac skomplikuje prístup k týmto službám. Členské štáty by mali i do budúcnosti zabezpečiť, aby starší ľudia mali univerzálny prístup k prvej starostlivosti a prevencii. Tento ambiciózny cieľ si vyžaduje mobilizáciu všetkých dostupných finančných nástrojov, a to tak zákonných systémov sociálnej ochrany, ako aj doplnkových mechanizmov.

3.1.6.4 Nové štruktúry refundácie nákladov by mali umožniť získanie príspevku na opatrovateľskú službu za opatrovanie osôb vyžadujúcich opateru aj pre vzdialených príbuzných. Aj v takýchto prípadoch však treba zaistiť kvalitu opateru! Okrem toho by mala byť podľa vzoru materskej dovolenky zavedená dovolenka aj pre opatrujúce osoby. Z politického hľadiska treba neodkladne, po dohode so sociálnymi partnermi v rámci sociálneho dialógu (ako napr. v prípade rodičovskej dovolenky), vytvoriť možnosti zosúladenia rodiny, povolania a opatrovania.

3.1.6.5 Finančný tlak na systémy sociálneho poistenia možno zmierniť celým radom vnútroštátnych opatrení, napr. rozšíreným používaním generík, znížením dane z pridanej hodnoty na lieky a rokovaniami o tvorbe cien s farmaceutickým priemyslom.

3.2 Miestne siete – „Najmenšia jednotka je najefektívnejšia a najbližšie k občanom“

3.2.1 Starší ľudia môžu v závislosti od svojho zdravotného stavu znamenať pre spoločnosť veľký prínos. Pre osobné alebo profesijné dôvody počet viacgeneračných domácností v súčasnosti ustavične klesá. Súkromné alebo komunálne inštitúcie s miestnymi sieťovými štruktúrami majú možnosť vyplniť túto medzeru, pretože štruktúry starostlivosti o ľudí na regionálnej a komunálnej úrovni treba prispôsobiť tak, aby boli zdrojom významnej podpory a pomoci.

3.2.2 Napríklad lokálne siete sú platformami pre komunálne inštitúcie, sociálnych partnerov, mimovládne organizácie a zodpovedné osoby v oblasti zdravotníctva, ktoré slúžia na spoluprácu a zosúladenie služieb. Tieto iniciatívy poskytujú vhodné možnosti na podporu zo štrukturálnych a kohéznych fondov. Úlohou Európy je vyzdvihnúť modely „osvedčených postupov“ („good practice“), ako napr. iniciatívy týkajúce sa možností podpory „aktívnej účasti občanov“ a svojpomocí v oblasti „opatrovania a ošetrovania v domácom prostredí“.

3.2.3 Viacgeneračné domy patria takisto k novým formám medzigeneračnej výmeny mimo rodiny: aktivity škôlok, klubov mládeže a klubov seniorov sú spojené pod jednou strechou⁽⁵⁾.

3.2.4 Sem treba zahrnúť i ďalšie služby ako denná alebo nočná starostlivosť (najmä o pacientov trpiacich demenciou).

3.3 Európska zdravotná politika

3.3.1 Zdravotné systémy členských štátov musia reagovať na výzvy demografických zmien a treba ich v tomto smere posilniť. Pritom treba mať na zreteli, že organizácia a riadenie zdravotných systémov zostáva aj po Lisabonskej zmluve úlohou členských štátov a je v ich kompetencii, inštitúcie EÚ iba podporujú členské štáty pri plnení tejto úlohy. Systémy zdravotníctva členských štátov sú v dôsledku svojej organizácie (popri štátnych systémoch podľa Beveridgeovho modelu, Bismarckovho modelu alebo zmiešaných modelov existujú i súkromné poisťovne), vývoja, rozdielnej ekonomickej sily, požiadaviek a očakávaní, ktoré sa na ne kladú, veľmi rôznorodé. Napriek tomu je potrebné zabezpečiť prístup k zdravotníckym službám, ako to požaduje aj Európska charta základných práv.

⁽⁵⁾ <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>.

3.3.2 Otvorená metóda koordinácie (OMK) môže prispieť k efektívnejšej tvorbe a riadeniu zdravotnej politiky. Spolupráca by sa mala sústrediť na výmenu skúseností a predstavenie príkladov z praxe v oblasti troch hlavných tém: „Prístup“, „Kvalita“ a „Dlhodobé možnosti financovania“.

3.3.3 Primárna zodpovednosť za tvorbu sociálnej politiky zostáva podľa zásady subsidiarity na pleciach členských štátov. EÚ im však môže pomôcť podpornými opatreniami, ako sú rozšírenie alebo podpora spolupráce medzi členskými štátmi. V sociálnej oblasti sa otvorená metóda koordinácie javí ako užitočný nástroj na zlepšenie sociálnej ochrany podľa zásad prístupu, prispôsobenia a udržateľnosti.

3.3.4 Téma „Aktívne, zdravé a dôstojné starnutie“ sa musí prostredníctvom vytvorenia akčného plánu stať jednou z priorít stratégie „Európa 2020“. To si vyžaduje ešte intenzívnejšiu a sústavnejšiu spoluprácu medzi generálnymi riaditeľstvami Komisie. Preto by mala byť zriadená osobitná medzirezortná pracovná skupina pre starobu a zdravie s témami „Zdravotná starostlivosť, opatrovanie, dôchodky a finančná udržateľ-

nosť“. Je potrebné dosiahnuť posilnenie prevencie, podporu zdravia a zdravotnej výchovy a zakotviť tieto zásady konania vo všetkých oblastiach politiky, aby sa stali príkladom pre členské štáty.

3.3.5 Európsky hospodársky a sociálny výbor by mal zabezpečiť ďalšie rozvíjanie témy „Aktívne, zdravé a dôstojné starnutie“ v nepretržitom dialógu generácií za „okrúhlym stolom“ v rámci „kategórie“ alebo „stálej študijnej skupiny“ s cieľom vytvoriť medzirezortnú stratégiu v oblasti demografie.

3.3.6 Politika EÚ by mala podporovať členské štáty pri zavádzaní vnútroštátnych opatrení finančnými prostriedkami zo štrukturálnych fondov a Kohézneho fondu.

3.3.7 Okrem toho sa Európsky hospodársky a sociálny výbor prihovára za systematickú podporu celoživotného vzdelávania v oblasti „staroby a zdravia“ na európskej úrovni a za vytvorenie osobitných stratégií uplatňovania tejto zásady na vnútroštátnej, regionálnej a miestnej úrovni.

V Bruseli 15. júla 2010

Predseda
Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru
Mario SEPI
