Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o posledicah staranja prebivalstva za zdravstvene in socialne sisteme (raziskovalno mnenje)

(2011/C 44/02)

Poročevalka: **ga. HEINISCH**

Podpredsednica Evropske komisije Margot WALLSTRÖM je Evropski ekonomsko-socialni odbor z dopisom z dne 18. septembra 2009 zaprosila, da v skladu s členom 262 Pogodbe o ustanovitvi Evropske skupnosti pripravi raziskovalno mnenje o naslednji temi:

Posledice starajočega se prebivalstva za zdravstvene in socialne sisteme.

Strokovna skupina za zaposlovanje, socialne zadeve in državljanstvo, zadolžena za pripravo dela Odbora na tem področju, je mnenje sprejela 16. junija 2010.

Evropski ekonomsko-socialni odbor je mnenje sprejel na 464. plenarnem zasedanju 14. in 15. julija 2010 (seja z dne 15. julija) z 89 glasovi za in 5 vzdržanimi glasovi.

1. **Priporočila**

1.1 EESO meni, da so za obvladovanje posledic staranja prebivalstva za zdravstvene in socialne sisteme potrebni naslednji ukrepi:

1.1.1 na nacionalni ravni:

— vključitev „zdravega staranja“ kot medsektorsko temo;

— spodbujanje preventive, krepitve zdravja in zdravstvene vzgoje v vseh starostnih skupinah;

— izboljšanje kakovosti zdravstvenih in negovalnih storitev za starostnike;

— vključitev paliativne nege v negovalne storitve;

— razvoj in prilagoditev oblik terapij glede na starost z vključitvijo starostnikov v klinične študije in študije o komorbidnosti;

— razvoj zdravstvenih in negovalnih ustanov, prilagojenih starostnikom, ter alternativnih oblik bivanja;

— vrednotenje in ocena oskrbe na daljavo (teleoskrbe) in tehnoloških rešitev, vključno s podporo iz okolja pri samostojnem življenju (*Ambient Assisted Living* – AAL) in drugih zdravstvenih tehnologij (negovalno okolje), ki skušajo podpirati samostojno življenje ter izboljšati učinkovitost in kakovost nege starostnikov, z uporabo ocene zdravstvene tehnologije (*Health Technology Assessment* – HTA);

— vzpostavitev obširne, decentralizirane in lokalne infrastrukture, ki omogoča neposreden stik starostnikov z zdravstvenim in negovalnim osebjem („deinstitucionalizacija“);

— podpora za regionalne in lokalne mreže zainteresiranih strani za izvajanje cilja „zdravje in starost“;

— nacionalna zakonodaja, ki določa obvezno kritje za oskrbo v starosti (npr. zavarovanje za oskrbo);

— odprtost nacionalnih zdravstvenih in socialnih sistemov za preizkušanje modelov s kasnejšo oceno, da se omogoči razvoj sistemov;

— večja prožnost sistemov za doplačila in dodatno zavarovanje;

— priprava in izvajanje nacionalnih strategij in politik za vseživljenjsko učenje na nacionalni, regionalni in lokalni ravni;

— zagotovitev usklajevanja družinskega in poklicnega življenja ter negovanja;

— spodbujanje prostovoljstva;

— priznavanje pomena negovalcev in njihovih potreb;

1.1.2 na evropski ravni:

— priprava akcijskega načrta za zdravo in dostojanstveno staranje na podlagi sklepov Sveta EPSCO z dne 30. novembra 2009;

— določitev teme „aktivnega, zdravega in dostojanstvenega staranja“ kot prednostne naloge v strategiji Evropa 2020;

— potrebna uskladitev terminologije, opredelitev, ocenjevalnih orodij, priročnikov, meril, postopkov itd. Minilo je že 20 let, odkar se je prvič pojavil ta problem, vendar do danes še ni bilo bistvenega napredka;

— poudarjanje aktivnega, zdravega in dostojanstvenega staranja kot osrednje teme evropskega leta boja proti revščini in socialni izključenosti (2010), evropskega leta prostovoljstva (2011) in evropskega leta aktivnega in zdravega staranja ter medgeneracijske solidarnosti (2012) in v času ustreznih predsedstev Svetu;

— vključitev demografskih sprememb v skupno načrtovanje programa raziskav Evropske komisije;

— priprava evropske listine o pravicah oseb, ki potrebujejo pomoč in nego;

— ustanovitev posebne medresorske delovne skupine pri Komisiji za starost in zdravje (vključno z zdravstvenim varstvom, nego, pokojninami in finančno vzdržnostjo);

— ustanovitev okrogle mize, interesne skupine ali stalne študijske skupine v okviru EESO za aktivno, zdravo in dostojanstveno staranje v medgeneracijskem dialogu, da bi tako pripravili interdisciplinarno strategijo na teh področjih;

— vključitev gerontologije in demografskih raziskav kot prednostno nalogo v 8. okvirni program za raziskave;

— priprava projekta na temo „starostniki in prenos znanja“ v okviru programa „znanost in družba“;

— priprava in primerjava seznama zdravstvenih ciljev držav članic in primerjava, v kolikšni meri so ti obvezujoči;

— podpora državam članicam pri izvajanju zgoraj navedenih ukrepov z izplačili iz Kohezijskega in strukturnih skladov ter odprto metodo koordinacije;

— podpora izmenjave najboljših praks v zvezi z rešitvami informacijske in komunikacijske tehnologije (IKT) po meri, npr. v okviru programa INTERREG, z uporabo sredstev iz strukturnih skladov;

— podpora za oceno zdravstvene tehnologije (*Health Technology Assessment* – HTA) v več državah, namenjeno vrednotenju novih rešitev IKT, ki se nanašajo na negovalne potrebe starostnikov;

— stalno ozaveščanje o vseživljenjskem učenju ter izmenjavi in usklajevanju evropskih programov izobraževanja in usposabljanja s poudarkom na starosti in zdravju: od vseživljenjskega učenja k učenju za dolgo življenje;

— ustvarjanje nove podobe starosti – tudi v medijih;

— priprava evropskih smernic za usklajevanje družinskega in poklicnega življenja ter negovanja.

2. **Splošne ugotovitve**

2.1 *Uvod*

2.1.1 Družba v Evropski uniji se stara zaradi daljše življenjske dobe. Po napovedih Eurostata se bo delež prebivalstva, starega 65 let in več, povečal s 17,1 % leta 2008 na 30 % leta 2060. Povprečno razmerje med delovno aktivnim prebivalstvom (v starosti 15–64 let) in osebami, starimi 65 let in več, se bo leta 2050 spremenilo z današnjih 4:1 na 2:1.

2.1.2 Velik del delovno aktivnega prebivalstva bo od leta 2026 do leta 2030 zapustil trg dela. S tem se bo ob nizki rodnosti povečalo število delovno neaktivnega prebivalstva v primerjavi z delovno aktivnim prebivalstvom.

2.1.3 Komisija v enem najnovejših sporočil [1] ugotavlja, da imajo vlade za izvedbo ukrepov za rešitev problemov v zvezi s staranjem prebivalstva na voljo le malo časa, preden se upokoji večina pripadnikov „baby boom“ generacije. V zvezi s tem je Evropska komisija 18. septembra 2009 zaprosila EESO za pripravo raziskovalnega mnenja o tem, kako bi lahko s pobudami Skupnosti na področju zdravja podprli države članice pri prizadevanjih za rešitev tega problema. To mnenje se opira na več mnenj EESO [2].

2.1.4 V programih češkega (prva polovica leta 2009), švedskega (druga polovica leta 2009) in španskega predsedstva Sveta (prva polovica leta 2010) je poudarjeno zdravo, dostojanstveno in aktivno staranje.

2.1.5 Družba in odgovorni na zdravstvenem področju morajo ustvariti novo podobo starosti, ki bo v skladu z demografskimi spremembami in bo ustrezno upoštevala dostojanstvo starostnikov.

2.1.6 Samo staranje prebivalstva ne povzroča višjih stroškov, temveč jih povzroča nezdravo staranje. Zato se v tem mnenju priporočajo zlasti ukrepi za zdravo staranje.

[1] COM(2009) 180 konč.

[2] Glej seznam mnenj EESO: http://www.eesc.europa.eu/sections/soc/index_en.asp.

2.2 *Nadaljnji razvoj in inovacije na področju zdravstvenih in socialnih sistemov ter zdravstvenih storitev*

2.2.1 Zaradi demografskih sprememb je treba razvijati organizacijo in zmogljivosti zdravstvenih in socialnih sistemov ter zdravstvenih in drugih povezanih storitev, da bi i) zadovoljili potrebe starostnikov, ii) vsem, ki potrebujejo oskrbo, zagotovili storitve, ki so potrebne za ohranjanje neodvisnosti in dostojanstva, ter iii) vsem skupinam prebivalstva, ne glede na starost, spol, finančni položaj in kraj bivanja, zagotovili enak dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev (vključno s spodbujanjem zdravja, preventivo, zdravljenjem, rehabilitacijo in paliativno nego).

2.2.2 Pri tem je treba upoštevati ne le pričakovanja starostnikov do zdravstvenih in socialnih sistemov, ampak tudi to, da ljudje pravočasno in preventivno na lastno odgovornost poskrbijo za svoje staranje, ter s tem tudi pričakovanja, ki jih ima družba do starajočih se ljudi.

2.2.3 Da bi EU s politiko Skupnosti podprla zdravstveno oskrbo in dolgotrajno nego vseh starostnikov, bi morala pripraviti in primerjati seznam zdravstvenih ciljev ([3]) držav članic ter primerjati, v kolikšni meri so ti obvezujoči. Prav tako je treba pregledati, v kolikšni meri sta preventiva in spodbujanje zdravja že del zdravstvenih sistemov.

3. **Posebne ugotovitve**

3.1 *Področja posebnega pomena*

3.1.1 Preventiva

3.1.1.1 Človek se stara vse od rojstva. Zato je pomembno, da vse življenje – kolikor je to mogoče – živi v dobrih pogojih. Pomembna sta dober začetek in dober konec življenja. Zdravo staranje se začne veliko pred odhodom v pokoj, nanj pa med drugim vplivajo življenjski in delovni pogoji ter razpoložljivost virov. Če upoštevamo to dejstvo, je potreba po odgovornem staranju povsem logična ([4]). Za odgovorno staranje je potrebno vseživljenjsko učenje. Zato je treba na področju zdravstvene vzgoje pripraviti nove strategije in politike za vseživljenjsko učenje na nacionalni, regionalni in lokalni ravni, ki morajo zajemati vse vrste učenja (formalno, neformalno in priložnostno). To obsega vse stopnje učenja, od male šole do nadaljnjega usposabljanja. Odgovorno ohranjanje zdravja z aktivno uporabo preventivnih ukrepov (prehrana, šport, zdrav način življenja, izogibanje dejavnikom tveganja itd.), krepitev zdravja in zdravstveno izobraževanje pomagajo starostnikom, da čim dlje ostanejo doma in v svojem domačem družbenem okolju. Poleg tega je treba v tem kontekstu neprestano obravnavati in ocenjevati vlogo tehnologij.

3.1.1.2 V zdravstvenih sistemih je treba močneje spodbujati preventivo, saj ljudem lahko ne le omogoča, da dalj časa ostanejo aktivni na trgu dela, ampak tudi spodbuja prilagodljivost trgu dela. S skrajšanjem delovnega tedna in hkratnim podaljšanjem delovne dobe se bo olajšalo usklajevanje družinskega in poklicnega življenja ter podaljšalo obdobje produktivnosti. Visoka kakovost varstva pri delu in izboljšanje ergonomije delovnih mest lahko pomembno prispevata k podaljšanju zdravega delovno aktivnega življenja, s čimer se lahko zoperstavimo demografskim izzivom.

3.1.1.3 Takšno podaljšanje delovne dobe je mogoče doseči z dejavnostmi, ki se s starostjo spreminjajo in so prilagojene sposobnostim in potrebam posameznika (npr. preusmeritev od dejavnosti izvajanja k pripravljalnim dejavnostim, pa tudi posvetovanju in spremljanju, dajanju navodil oz. načrtovanju itd.). To pomeni tudi daljšo vključenost starostnikov v socialne in socioekonomske kontekste ter ohranjanje ugodnih spodbud za storilnost. Tako lahko podaljšanje števila zdravih let življenja pretvorimo v večje število izpolnjenih in produktivnih let. To seveda pomeni tudi, da morajo biti na voljo ustrezni ukrepi usposabljanja in spremljevalni ukrepi za zagon in nadaljevanje orisanih procesov (vseživljenjsko učenje, poklicna usposobljenost, vključno s potrjevanjem sposobnosti, pridobljenih v okviru delovne dobe). V smislu razvoja zdravih delovnih razmer morajo biti v okviru podjetij na voljo ukrepi za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni in nesreč.

3.1.1.4 Po odhodu v pokoj sta socialna vključenost v družbo in sociokulturno okolje izredno pomembna. S preprečevanjem socialne izolacije se preprečujejo tudi depresije. Ravno starostniki lahko uporabijo socialne sposobnosti in izkušnje, na primer pri prostovoljnemu delu. Vendar pa bi bilo treba prostovoljstvo spodbujati tudi že v mladosti.

3.1.2 Zdravstvene storitve

3.1.2.1 Vse večji poudarek se namenja opravljanju zdravstvenih storitev, usmerjenih k pacientom, in zagotavljanju vključevanja pacientov v razvoj in oblikovanje zdravstvenih storitev.

3.1.2.2 Število kroničnih bolezni (diabetes, revmatizem, bolezni srca), degenerativnih bolezni živčnega sistema (demenca in Alzheimerjeva bolezen), bolezni gibal in oči, pa tudi rakavih obolenj se v starosti poveča. To pomeni posebne zahteve za zdravstvene poklice, diagnostiko, terapije in zdravstveno varstvo na splošno.

3.1.2.3 Razviti je treba zdravstvene storitve za celostno nego po meri, kjer je bolnik v središču pozornosti.

([3]) Glej Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/activities/research-studies-and-projects.

([4]) „Gospod, uči nas šteti naše dni, da pridemo k srčni modrosti," (psalm 90,12).

3.1.2.4 Pozvati je treba k boljši in bolj specifični izobrazbi zdravstvenih poklicev: delavce v zdravstvenih poklicih (zdravnike, farmacevte, negovalno osebje) in raziskovalce je treba bolje seznaniti s posebnostmi geriatrije ter jih na tem področju izobraževati in nadalje usposabljati. Delavce v zdravstvenih poklicih bi bilo poleg tega treba izobraziti o pomembnosti spodbujanja zdravja in preventivnih zdravstvenih ukrepih v visoki starosti (npr. preprečevanje padcev, zdrava prehrana itd.).

3.1.2.5 Razvoj in prilagoditev oblik terapij glede na starost: polimorbidnost, spremenjena presnova v starosti in pogosta politerapija zahtevajo natančno poznavanje interakcije telesnih organov in sistemov pri starostnikih. Za to je potrebno posebno predpisovanje zdravil ter izbor in prilagoditev zdravil in odmerka glede na presnovo starostnikov. S svetovanjem po meri v javnih lekarnah s preverjanjem interakcij ter dobrimi IKT v javnih lekarnah, ki zagotavljajo informacije o zdravilih in njihovih interakcijah, se lahko zmanjšajo neželeni stranski učinki zdravil in poveča uspešnost zdravljenja.

3.1.2.6 Spodbujanje neposrednih in stalnih stikov med starostniki in delavci v zdravstvenih in negovalnih poklicih: bolj ko starostniki potrebujejo nego, toliko pomembneje je to za zagotavljanje uspešnosti terapije ter preprečevanje izolacije in depresije.

3.1.3 Storitve oskrbe

3.1.3.1 Treba bi bilo določiti standarde, da bi zagotovili, preverjali in ocenjevali kakovost storitev oskrbe. Treba bi bilo pripraviti evropsko listino o pravicah oseb, ki potrebujejo pomoč in nego, ki bi morala med drugim vsebovati varstvo pred nasiljem v negi. Tu bi lahko uporabili nove tehnologije (npr. AAL – *Ambient Assisted Living*, podporo iz okolja pri samostojnem življenju), ki omogočajo samostojno življenje. Vendar je treba morebitne nove tehnologije ustrezno oceniti, te pa nikakor ne smejo povzročiti novih neenakosti v zdravstvenem varstvu in zagotavljanju nege na nacionalni ravni.

3.1.3.2 Za starostnike bi morala veljati pravica do „rehabilitacije pred nego“. Institucionalizirana nega ne bi smela biti enosmerna pot: obstajati morajo tudi poti iz nege nazaj domov. Obstoječe zdravstvene in negovalne ustanove te zahteve ne izpolnjujejo v zadostni meri.

3.1.3.3 Razvoj zdravstvenih in negovalnih ustanov glede na starost ter alternativnih oblik bivanja: potreben je nemoten in povraten prehod med zdravjem, boleznijo, nego in socialnim življenjem, ki po potrebi nudi dobro zdravstveno in negovalno oskrbo ter starostnikom omogoča, da čim dlje ostanejo v „normalnem“, tj. večgeneracijskem okolju. Za to je potrebno dobro usklajevanje zdravstvenega varstva in nege. Hkrati je treba poleg ustanov za dolgotrajno nego predvideti tudi več hospicev v okviru bolnišnic in ambulant ter več ustanov, ki nudijo paliativno nego, in gojiti „kulturo hospica“.

3.1.3.4 Za to je treba ustvariti obširno, decentralizirano in lokalno infrastrukturo za oskrbo na domu („deinstitucionalizacija“). Spodbujati bi bilo treba neinstitucionalno infrastrukturo za nego, ki bi vključevala vse potrebne službe (ambulantno oskrbo, nego na domu in pomoč pri majhnih opravilih). To se mora odražati v organizaciji na regionalni ravni in boljšem strukturnem financiranju, da bi zagotovili primerne ustanove in strukture ne le v mestih, ampak tudi povsod na podeželju.

3.1.3.5 Kako neka družba ravna s starostniki, pove veliko o njej. Pri ravnanju s starostniki in njihovo oskrbo je zlasti postalo pomembno prostovoljno delo. V prihodnosti mora vsak državljan po svojih zmožnostih prevzeti odgovornost za bolne, invalide in starostnike, za svojo zavzetost pa mora biti tudi nagrajen.

3.1.4 Raziskave na navedenih področjih

Demografske spremembe je treba vključiti v skupno načrtovanje programa raziskav Evropske komisije. Po projektih *WhyWeAge* in *Futurage* 7. okvirnega programa morajo biti v 8. okvirnem programu v ospredju gerontologija (raziskave o starosti in staranju) in demografske raziskave. V program „znanost in družba“ generalnega direktorata za raziskave bi bilo smiselno vključiti temo „starostniki in prenos znanja“. Sem je treba vključiti naslednja raziskovalna področja:

3.1.4.1 Raziskave na področju preventive

— Katere so v prihodnosti možnosti preventive za ohranjanje zdravja pri delu?

— Kako določen način življenja dolgoročno vpliva na splošno zdravstveno stanje in na posamezna obolenja?

— Kako različni načini življenja ob upoštevanju spola, kulture in migracij vplivajo na zdravo staranje?

— Kako preprečiti padce in zlome kosti?

— S katerimi preventivnimi ukrepi se ohranjajo fizične, zaznavne, kognitivne in socialne sposobnosti?

— Kako spodbujati k odgovornemu odnosu do lastnega zdravja in staranja? (spodbujanje zdravih navad, spodbude za starostnike, da uporabijo ukrepe in ponudbo za ohranjanje zdravja)

— Kako spodbujati k drugačnim navadam z namenom boljšega prilagajanja družbenemu okolju?

3.1.4.2 Raziskave na področju bolezni in terapije

— o epidemiologiji in etiologiji starostno pogojenih bolezni, o izboljšanju možnosti preventive;

— o biološkem procesu staranja od zibelke do groba;

— o polimorbidnosti, kroničnih boleznih, raku, boleznih srca, revmatizmu in boleznih gibal, poslabšanju vida (npr. siva mrena), nevrodegenerativnih bolezni, kot je Alzheimerjeva bolezen itd. Pri tem je treba upoštevati tudi izboljšanje možnosti diagnoze, kar bi omogočilo zgodnjo postavitev diagnoze in hiter začetek terapije;

— o možnostih zdravljenja starostnikov pri starostno pogojenih boleznih: pri terapiji je treba bolje razumeti in upoštevati biokemične procese s posledicami na resorpcijo, presnovo, učinkovitost zdravil ter na predpisovanje zdravil in njihovo doziranje. Pogosto ni terapevtske podlage, saj so v klinične poskuse in testiranje zdravil v glavnem vključeni le mladi odrasli.

3.1.4.3 Raziskave na področju nege

— Kako je mogoče razviti nove tehnologije, ki ustrezajo potrebam starostnikov?

— Katera so optimalna negovalna okolja in oblike negovanja?

— Kako izboljšati usposobljenost negovalcev in njihove delovne pogoje, tudi v povezavi z novimi tehnologijami?

— Kako lahko k razbremenitvi svojcev, ki negujejo starostnike, in izboljšanju delovnih pogojev poklicnih negovalcev prispevajo tehnične rešitve (npr. robotika), ne da bi se zmanjšala integriteta in dostojanstvo negovanca?

— Kako prilagoditi ponudbo nege potrebam in zahtevam starostnikov, ki potrebujejo nego?

— Kateri novi koncepti lahko prispevajo k razvoju in podpori nege na domu? Sem sodi tudi finančna podpora in družbeno priznavanje svojcev, ki negujejo starostnike (npr. možnost dogovora med delodajalcem in delavcem o skrajšanju delovnega časa za določeno obdobje zaradi negovanja, priznavanje obdobja negovanja v okviru pokojninskega zavarovanja, dodatek za nego itd.).

— Kateri so novi načini za nego, lajšanje bolečin in nego ob koncu življenja, ki omogočajo posamezniku, da dostojanstveno umre?

3.1.4.4 Raziskave na področju zdravstvenih sistemov

— Raziskave v javnem zdravstvu bi se morale posvetiti zdravstvenim sistemom in dolgotrajni negi ter povezovanju storitev in razviti načrt za raziskave o staranju. Treba je oceniti, ali so zdravstveni in socialni sistemi v državah članicah pripravljeni na izzive demografskih sprememb. Kakšen pomen ima npr. preventiva? Kako velik delež zdravstvenih izdatkov je namenjen preventivi? Koliko oseb se neguje na domu in koliko v ustanovah?

— Koliko sredstev se privarčuje s prostovoljnim delom in nego ter koliko neplačanega dela opravljajo zlasti ženske doma?

— V zvezi z uporabo novih tehnologij in e-zdravja pri zdravljenju in negi starostnikov so pred njihovo uvedbo zlasti potrebne raziskave njihovih zdravstvenih rezultatov in ocena zdravstvene tehnologije (*Health Technology Assessment* – HTA). Ali te tehnologije v praksi izpolnjujejo obljubljeno? Ali imajo najranljivejše skupine korist od teh tehnologij?

— V sodelovanju z državami članicami bi morali izvesti klinično in socioekonomsko raziskavo o uspešnosti in učinkovitosti naložb v izboljšanje zdravstvenega varstva in zagotavljanje nege za starostnike.

— Kako je mogoče izboljšati povezave med zdravstvenimi in socialnimi storitvami?

3.1.5 Razvoj novih tehnologij

3.1.5.1 Demografske spremembe na eni strani prinašajo obremenitve, na drugi strani pa velike potenciale. To zlasti velja za nove proizvode in storitve za starajočo se družbo. „Gospodarski dejavnik starost“ lahko postane gonilo za večjo rast in zaposlenost na področju zdravstvenih storitev, nove tehnologije, zdravil, medicinskih pripomočkov, medicinske tehnologije, pa tudi turizma in dobrega počutja. Po ocenah Komisije so lahko vplivi demografskih sprememb na izdatke za zdravstveno varstvo precejšnji: javni izdatki za zdravstvo v EU se bodo do leta 2060 v skladu s projekcijami povečali za 1,5 odstotne točke BDP. Razviti bi bilo treba nove proizvode in storitve ter jih dati na trg. Pri tem bodo na ustvarjanje vrednosti vplivali velikost trga, cena ter stopnja njihove dodane vrednosti.

3.1.5.2 Medtem ko je prednostna naloga na „primarnem zdravstvenem trgu“ zmanjšanje stroškov, ki tako odloča o tem, ali bo v seznam storitev, ki jih krije zdravstveno zavarovanje ali zavarovanje za oskrbo, vključena tudi podpora iz okolja pri samostojnem življenju (*Ambient Assisted Living*, AAL), lahko „sekundarni zdravstveni trg“ deluje veliko bolj svobodno in prožno. V zvezi s tem je treba razviti vzdržne poslovne modele po zmernih cenah, ki se financirajo s prodajo, oddajanjem ali leasingom. Hkrati je treba zagotoviti, da „sekundarni zdravstveni trg“ ne bo ustvarjal neenakosti.

3.1.5.3 Spodbujati je treba pripravo in izmenjavo socialnih in gospodarskih spoznanj o posledicah uvedbe novih tehnologij v negi, npr. na podlagi pilotnih projektov, ki se trenutno izvajajo v okviru programa za konkurenčnost in inovacije. Hkrati je treba podpreti tudi izmenjavo najboljših praks na področju IKT v zvezi z rešitvami za boljšo kakovost življenja v starosti, npr. v okviru programa INTERREG in ob uporabi sredstev iz strukturnih skladov. Te raziskave bi morale proučiti mnenja uporabnikov tehnologije, zlasti glede prijaznosti do uporabnikov in prednosti teh tehnologij.

3.1.5.4 Tehnološki napredek in novo razvite metode za zgodnje odkrivanje bolezni in zdravljenje so sicer po eni strani glavni dejavnik, ki povečujejo izdatke, po drugi strani pa lahko premišljeno uporabljen tehnični napredek dolgoročno zmanjša stroške. Ocena zdravstvene tehnologije (*Health Technology Assessment* – HTA) mora dobiti večjo vlogo, da se določita obseg ter kritje stroškov zdravstvenih in negovalnih storitev. Pri tem sta uspešna uvedba in uspešno upravljanje novih tehnologij odločilnega pomena za izdatke v prihodnosti. Nove tehnologije pa ne morejo in ne smejo nadomestiti neposrednega stika med starostnikom in zdravstvenim in negovalnim osebjem ter morajo biti cenovno dostopne.

3.1.6 Finančna vzdržnost

3.1.6.1 V skoraj vseh državah članicah negovalne storitve in dodatki za nego za starostnike financirajo socialni sistemi, kar predpostavlja vzdržno in zagotovljeno financiranje posameznih sistemov socialne varnosti.

3.1.6.2 Odvisnost od nege še vedno pomeni tveganje revščine, zlasti za upokojence z nizkimi pokojninami ali nizkimi dohodki. Mnogi v Evropi si ne morejo privoščiti ustrezne nege v starosti. Zato je treba v vseh državah EU v skladu z organizacijo njihovih sistemov socialnega varstva (sistemi socialnega zavarovanja ali sistemi, ki se financirajo z davki) uvesti kritje za nego in že obstoječa kritja prilagoditi demografskim spremembam v prihodnjih desetletjih, da bi zagotovili, da ima vsak državljan dostop do negovalnih storitev v skladu s pravom Skupnosti ter zakonodajo in prakso v posamezni državi ter individualnimi potrebami. To kritje za nego bi moralo zajemati ne le bolnišnične, ampak tudi ambulantne storitve.

3.1.6.3 Prenos dela dolgotrajne nege na zasebno zdravstveno zavarovanje je treba opraviti premišljeno, ob posvetovanju z vpletenimi stranmi, ter se tako izogniti temu, da bi ta trend dodatno otežil dostop do teh storitev. Države članice bi morale tudi v prihodnosti zagotavljati, da imajo starostniki univerzalen dostop do primarne oskrbe in preventive. Ta ambiciozen cilj zahteva uporabo vseh razpoložljivih instrumentov financiranja: zakonskih sistemov socialnega varstva in dopolnilnih mehanizmov.

3.1.6.4 Nove strukture za povračilo stroškov bi morale omogočati, da tudi daljni sorodniki, ki skrbijo za osebe, potrebne nege, prejmejo dodatek za nego. Vendar pa je treba tudi v teh primerih zagotoviti kakovost nege! Poleg tega bi bilo treba po vzoru porodniškega dopusta uvesti dopust za negovanje. Na politični ravni je treba nujno in v dogovoru s socialnimi partnerji v okviru socialnega dialoga (kot npr. v primeru neplačanega starševskega dopusta) poiskati možnosti za usklajevanje družinskega in poklicnega življenja ter negovanja.

3.1.6.5 Finančni pritisk na sisteme socialnega varstva je mogoče zmanjšati z vrsto nacionalnih ukrepov, npr. večjo uporabo generičnih zdravil, nižjim davkom na dodano vrednost za zdravila in pogajanji o oblikovanju cen s farmacevtsko industrijo.

3.2 *Lokalne mreže – najmanjša enota je najučinkovitejša in posamezniku najbližja*

3.2.1 Starostniki lahko zelo veliko prispevajo k družbi, če jim to dopušča zdravstveno stanje. Zaradi osebnih ali poklicnih okoliščin so danes v družinah vse redkejša gospodinjstva, ki jih sestavlja več generacij. Tu lahko zasebni ali občinski izvajalci z lokalnimi mrežnimi strukturami zapolnijo vrzel, saj je treba strukture, ki zagotavljajo storitve splošnega pomena, prilagoditi na regionalni in lokalni ravni, da se zagotovita dobra podpora in pomoč.

3.2.2 Primeri lokalnih mrež so platforme občinskih izvajalcev, socialnih partnerjev, nevladnih organizacij in pristojnih s področja zdravstva, ki pomagajo pri sodelovanju in usklajevanju storitev. Tovrstne pobude nudijo dobre možnosti za financiranje iz Kohezijskega in strukturnih skladov. Evropa bi morala nagrajevati modele dobre prakse, kot npr. pobude za načine spodbujanja družbenega delovanja in samopomoči na področju oskrbe in nege na domu.

3.2.3 „Večgeneracijski centri“ so prav tako nova oblika medgeneracijske izmenjave zunaj družine: pod eno streho so združene dejavnosti vrtcev, mladinskih klubov in srečevališč starostnikov ([5]).

3.2.4 Predvideti je treba še dodatne storitve, kot so dnevno in nočno varstvo (zlasti dementnih bolnikov).

3.3 *Evropska zdravstvena politika*

3.3.1 Zdravstveni sistemi držav članic se morajo odzvati na izzive demografskih sprememb in v tem pogledu jih je treba okrepiti. Pri tem je treba upoštevati, da je tudi po Lizbonski pogodbi organizacija in upravljanje zdravstvenih sistemov naloga in odgovornost držav članic ter da institucije EU pri tem le podpirajo države članice. Zdravstveni sistemi držav članic so med seboj zelo različni zaradi različne organizacije (poleg državnih sistemov po Beveridgevem modelu, Bismarckovem modelu ali kombiniranih modelov se pojavljajo tudi zasebne zavarovalnice), razvoja, gospodarske moči, zahtev in pričakovanj. Vendar pa je treba zagotoviti pravico dostopa do zdravstvenih storitev, kakor zahteva tudi Listina Unije o temeljnih pravicah.

([5]) http://www.mehrgenerationenhaeuser.de.

3.3.2 Odprta metoda koordinacije lahko prispeva k učinkovitejši organizaciji in upravljanju zdravstvene politike. V središču sodelovanja bi morali biti izmenjava izkušenj in predstavitev primerov iz prakse v zvezi s tremi glavnimi temami: dostopom, kakovostjo in dolgoročno finančno vzdržnostjo.

3.3.3 Tudi za oblikovanje socialne politike so v skladu z načelom subsidiarnosti še naprej primarno pristojne države članice. Vendar pa jim lahko EU pomaga s podpornimi ukrepi, kot je dopolnjevanje ali spodbujanje sodelovanja med državami članicami. Na socialnem področju se je odprta metoda koordinacije izkazala kot uporaben instrument za izboljšanje socialnega varstva v skladu z načeli dostopa, prilagoditve in vzdržnosti.

3.3.4 Tema aktivnega, zdravega in dostojanstvenega staranja mora postati prednostna naloga strategije Evropa 2020, za kar je treba pripraviti akcijski načrt. To zahteva še močnejše in stalno sodelovanje generalnih direktoratov Komisije. Zato bi bilo treba ustanoviti posebno medresorsko delovno skupino za starost in zdravje, ki se bo ukvarjala s temami zdravstvenega varstva, nege, pokojnin in finančne vzdržnosti. Treba je spodbujati preventivo, krepitev zdravja in zdravstveno vzgojo ter ta načela ravnanja vključiti v vsa področja politike, da bodo državam članicam služile kot vzor.

3.3.5 V okviru EESO bi morali temo aktivnega, zdravega in dostojanstvenega staranja stalno obravnavati v medgeneracijskem dialogu v obliki okrogle mize, interesne skupine ali stalne študijske skupine, da bi tako pripravili interdisciplinarno strategijo o demografiji.

3.3.6 Politika EU bi morala države članice podpirati pri izvajanju nacionalnih ukrepov z izplačili iz Kohezijskega in strukturnih skladov.

3.3.7 Poleg tega se EESO zavzema za stalno podporo vseživljenjskega učenja na področju starosti in zdravja na evropski ravni ter razvoja lastnih strategij za izvajanje tega načela na nacionalni, regionalni in lokalni ravni.

V Bruslju, 15. julija 2010

Predsednik
Evropskega ekonomsko-socialnega odbora
Mario SEPI