

I. SOCIOLOGIJA

DEMOGRAFINIO SENĖJIMO PROBLEMOS SOCIALINĖJE EUROPOS SĄJUNGOS DARBOTVARKĖJE

Prof. dr. Vida Kanopienė

Mykolo Romerio universitetas, Socialinės politikos fakultetas,
Socialinės politikos katedra
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius
Telefonas 8 5 2740 605
Elektroninis paštas spk@mruni.lt

Dr. Sarmitė Mikulionienė

Mykolo Romerio universitetas, Socialinės politikos fakultetas,
Socialinės politikos katedra
Valakupių 5, LT-10101 Vilnius
Telefonas 8 5 2740 605
Elektroninis paštas spk@mruni.lt

Pateikta 2006 m. spalio 10 d.

Parengta spausdinti 2006 m. spalio 30 d.

Santrauka

Straipsnyje, remiantis Europos Bendrijos komisijos pastarųjų metų dokumentais, nagrinėjama, kaip viešojoje politikoje atsižvelgiama į demografinius pokyčius ir spartų gyventojų senėjimą. Aptariama dabartinė Europos šalių gyventojų demografinio senėjimo padėtis ir jos ateities perspektyvos, pristatomos oficialiosios konceptualios nuostatos dėl gyventojų demografinio senėjimo, išsamiai atskleidžiama įvairių ES institucijų formuojama politika, integruojanti gyventojų demografinio senėjimo problemas į sveikatos ir kitas socialinės politikos sritis.

Pagrindinės sąvokos: demografinis senėjimas, gyventojų amžiaus struktūra, socialinė politika, aktyvus senėjimas, sveikatos apsauga.

Įžanga

Vyresnio amžiaus gyventojų skaičiaus ir dalies iš bendro gyventojų skaičiaus didėjimas – gyventojų demografinis senėjimas – daugelyje išsivysčiusių šalių siejamas su vis didėjančiu susirūpinimu dėl visuomenės išteklių senatvės pensijoms bei sveikatos apsaugai, ypač ilgalaikiai globai, užtikrinimo.

Akademikų ir praktikų dėmesys gyventojų senėjimo keliamam poveikiui sveikatos apsaugos sistemai nėra vienodas: vieni autoriai pernelyg sutirština niūrias prognozes, kiti vadovaujasi „stručio metodu“, t. y. ignoruoja šio demografinio proceso keliamus iššūkius. Griežtu P. Lloyd-Sherloku (2005) vertinimu, pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūros poreikiai iki šiol buvo menkai arba visai neįtraukiami į tokių tarptautinių organizacijų kaip Pasaulio bankas, Pasaulio sveikatos organizacija, Tarptautinė darbo organizacija dienotvarkę. Jis teigia, kad „pagyvenę žmonės tebelieka globaliosios sveikatos politikos užribyje lygiai taip pat, kaip ir prieš 50 metų“ (Lloyd-Sherlok, 2005). Vis dėlto daugelis autorių prieštarauja šiai nuomonei pabrėždami, kad pasaulyje atliekama daugybė reikšmingų tyrimų, nagrinėjančių gyventojų senėjimo ir išlaidų sveikatos priežiūrai dinamiką (pvz., Beckett, 2000; Dang et al, 2001; Bains, 2003; Schulz, 2003; Howse, 2005) ir nemažai diskutuojama dėl adekvačių sveikatos re-

formų, kuriose tobuliau derėtų pagyvenusių žmonių sveikatos apsaugos poreikiai ir visuomenės galimybės juos tenkinti.

Šio straipsnio tikslas – atskleisti, kaip Europos Sąjungos politinėje darbotvarkėje atsižvelgiama į demografinio senėjimo problemas, su kokiais iššūkiais, sparčiai daugėjant pagyvenusių ir senyvo amžiaus gyventojų, susiduriama vienoje svarbiausių socialinės politikos sričių – sveikatos apsaugos politikoje.

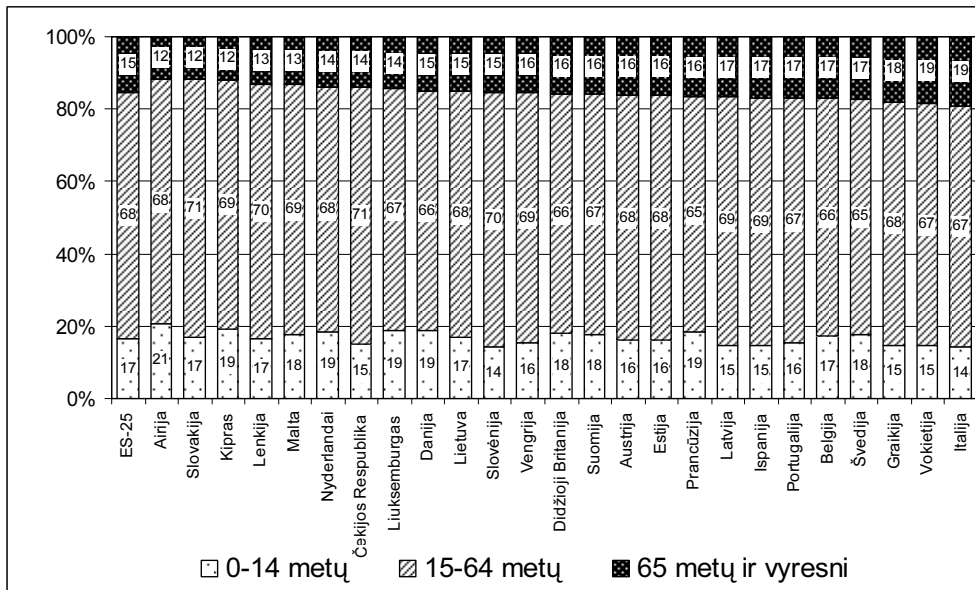
Tyrimo metodai – ES šalių ir Lietuvos gyventojų statistikos duomenų analizė bei Europos Bendrijos komisijos dokumentų kontentinė analizė.

1. Gyventojų amžiaus struktūros kaita, tendencijos ir ateities perspektyvos

Žinios apie gyventojų sudėtį pagal amžių svarbios ne tik demografiniu požiūriu. Demografai, remdamiesi šiomis žiniomis, pirmiausia daro prielaidas apie demografinių procesų tendencijas ateityje, o kitų sričių specialistams informacija apie gyventojų amžiaus struktūros pasikeitimus leidžia numatyti gyventojų poreikių struktūros poslinkius, reikalaujančius deramai pritaikyti įvairiausias – ekonomikos, švietimo, sveikatos apsaugos, socialinės ir kitas – sistemas.

Naujausiais *Eurostato* duomenimis, 2005 metais Europos Sąjungos šalių gyventojų bendroji amžiaus struktūra atrodė taip: vaikai iki 14 metų sudarė 16,7 proc., darbingo amžiaus gyventojai 15–64 metų – 67,8 proc., o vyresnio amžiaus žmonių dalis sudarė 15,4 proc. visų gyventojų. Šalyse gyventojų amžiaus struktūra įvairavo (žr. 1 pav.).

1 pav. Europos Sąjungos šalių gyventojų amžiaus struktūra (2005 m., procentais)



Šaltinis: Europe, 2005.

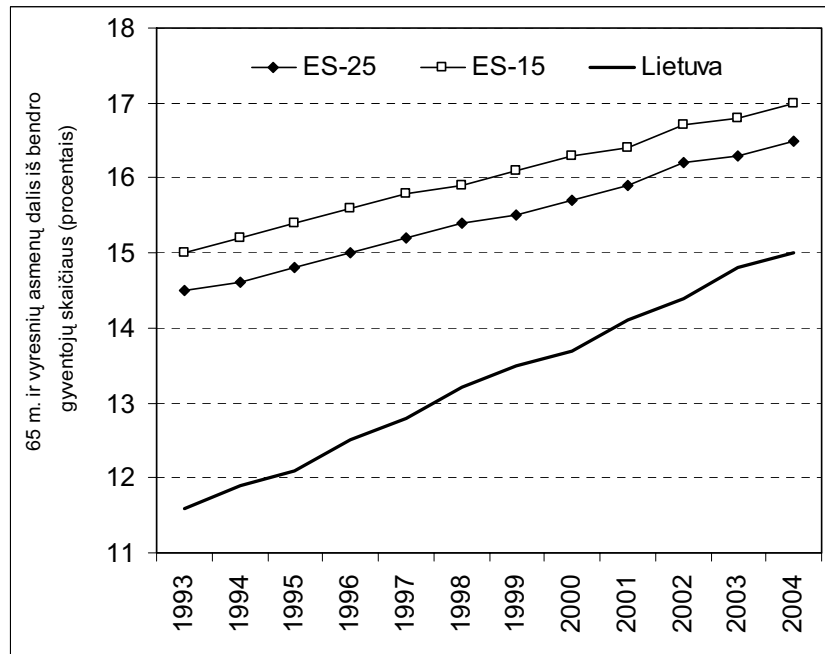
Pagal jauniausios ir vyriausios kartų proporcijas galėtume išskirti tris šalių grupes:

- šalys, kuriose vis dar yra kiekybinis vaikų perviršis, lyginant su vyresniąja karta (Airija, Slovakija, Kipras, Lenkija, Malta, Nyderlandai, Liuksemburgas, Danija, Lietuva, Prancūzija, Didžioji Britanija ir Suomija);
- šalys, kuriose vaikų iki 14 m. ir vyresnio amžiaus žmonių (65 metų ir vyresnių) proporcijos apylygės (Austrija, Čekijos Respublika, Estija, Slovėnija, Vengrija, Portugalija, Belgija ir Švedija);
- šalys, kuriose kiekybiškai vyrauja vyresnioji karta, t. y. 65 metų ir vyresnių gyventojų, yra daugiau nei vaikų iki 14 metų (Latvija, Ispanija, Graikija, Vokietija ir Italija).

Nors 2005 m. Lietuvos gyventojų senatvės lygis yra toks pat kaip ES-25 šalių vidurkis, gyventojų senėjimo tempais Lietuva dukart lenkia bendruosius ES-25 ir ES-15 rodiklius (2 pav.). Pavyzdžiui,

1993–2004 m. ES-25 gyventojų senatvės lygis (65 metų ir vyresnių gyventojų dalis iš bendro gyventojų skaičiaus) kasmet didėjo vidutiniškai 1,2 proc., o ES senbuvių (ES-15) gyventojų senatvės lygio vidutiniai metiniai priaugio tempai buvo dar mažesni – po 1,1 proc. Lietuvos gyventojų senatvės lygis per tą patį laikotarpį didėjo kasmet vidutiniškai po 2,4 proc. (2 pav.).

2 pav. ES šalių ir Lietuvos gyventojų senatvės lygis¹ 1993–2004 m. (procentais)



Šaltinis: Population, Eurostat, 2006

Gyventojų sudėtimi pagal amžių Lietuvą galima apibūdinti kaip tipiską Vidurio ir Rytų Europos valstybę. 2004 m. į ES stojančiųjų šalių dešimtuose ji užėmė vidurinę poziciją (po demografiškai jauniausių šalių kandidačių – Kipro, Slovakijos, Maltos ir Lenkijos). Iš „senųjų“ ES šalių tik Airijos gyventojų senatvės lygis (11,1 proc., žr. 3 pav.) buvo reikšmingai žemesnis nei Lietuvos (14 proc.), Nyderlandų ir Liuksemburgo gyventojų senatvės lygis (atitinkamai 13,6 proc. ir 13,9 proc.) – tik šiek tiek mažesnis nei Lietuvos.

Lietuvos gyventojų senėjimo tempai yra palyginti spartesni nei kitų šalių, todėl numatoma, kad po kelių dešimtmečių (2050 m.) gyventojų senatvės lygio požiūriu Lietuva iš demografiškai jaunesnių Europos šalių (ES-25) „klubo“ pereis į vidurinę grupę (3 pav.).

Kaip matyti iš 3 pav., ateityje sparčiau arba lėčiau sens visos ES valstybės narės, penkiose iš jų šio amžiaus viduryje kas trečias gyventojas bus vyresnis nei 65-erių metų.

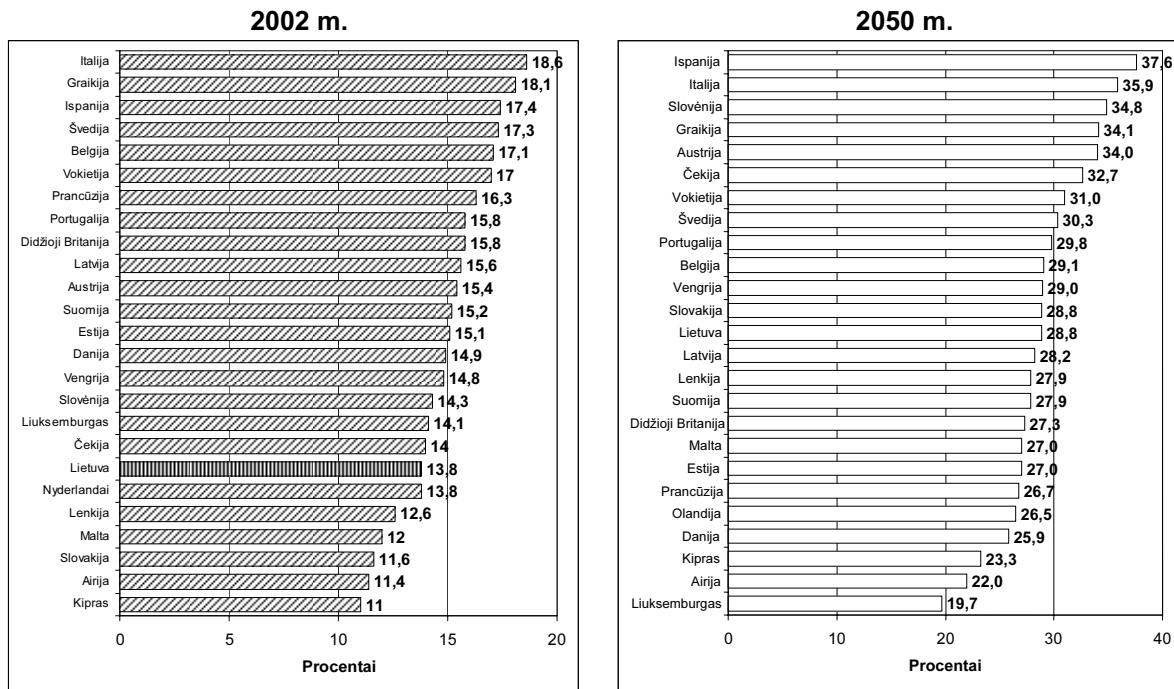
Naujausi *Eurostato* gyventojų prognozių skaičiavimai rodo, kad pagal labiausiai tikėtiną demografinės raidos scenarijų Europos Sąjungoje pagrindinių amžiaus grupių gyventojų skaičius keisis taip:

- Vaikų (0–14 metų) sumažės iki 14,4 milijonų – nuo 74,768 mln. 2004 m. iki 60,412 mln. 2050 m.
- Darbingo amžiaus (15–64 metų) asmenų sumažės 51,9 milijonais – nuo 306,764 mln. 2004 m. iki 254,878 mln. 2050 m.
- Senyvo amžiaus (65 metų ir vyresnių) asmenų padaugės 59,3 milijonais – nuo 75,284 mln. 2004 m. iki 134,541 mln. 2050 m.

Tai iš esmės pakeis ES gyventojų amžiaus struktūrą, pirmiausia nedarbingo ir darbingo amžiaus žmonių proporcijas: per šį laikotarpį jauniausiųjų (iki 14 metų) gyventojų sumažės nuo 16,4 proc. iki 13,4 proc., darbingo amžiaus (15–64 metų) – nuo 67,1 proc. iki 56,7 proc., o vyresnio amžiaus (65 metų ir vyresnių) gyventojų lyginamasis svoris padidės nuo 16,5 proc. iki 29,9 proc. (Long-term, 2006).

¹ Čia 65-erių metų ir vyresnių žmonių dalis iš bendro gyventojų skaičiaus.

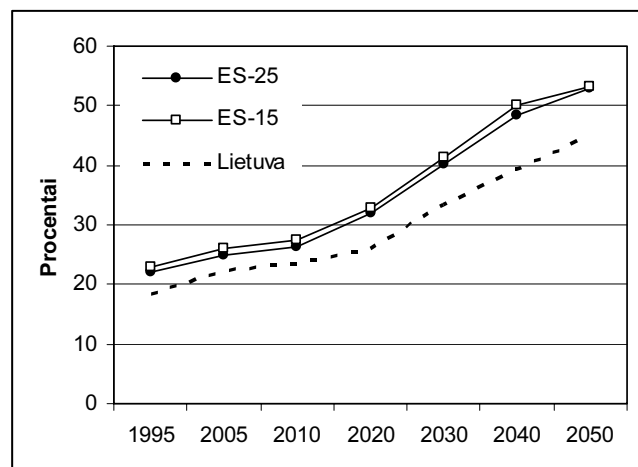
3 pav. Gyventojų senatvės lygis ES-25 šalyse, 65 metų ir vyresnių gyventojų dalis iš bendro gyventojų skaičiaus 2002 ir 2050 m. (procentais)



Šaltinis: People, Eurostat, 2006.

Siekiant įvertinti socialinių ir ekonominių demografinio senėjimo padarinius, susijusius su būtinybe išlaikyti vyresnio amžiaus ekonomiškai neaktyvius/nedarbingus asmenis, skaičiuojamas vyresnio amžiaus žmonių priklausomybės rodiklis, parodantis 65 metų ir vyresnių žmonių skaičių, tenkantį 100-tui darbingo amžiaus (15–64 metų) žmonių. Numatoma, kad Europos Sąjungoje šis rodiklis padvigubės – nuo 25 proc. 2004 m. iki 50 proc. 2050 m. (4 pav.). Kitaip tariant, šiuo metu vienas senyvo amžiaus gyventojas tenka keturiems darbingo amžiaus asmenims, o amžiaus viduryje šis santykis pasikeis iki dviejų.

4 pav. Vyresnio amžiaus žmonių priklausomybės rodiklis* ES šalyse ir Lietuvoje (1995–2050 m., procentais)



* Skaičiuojamas kaip vyresnio amžiaus žmonių (65 metų ir vyresnių) skaičiaus ir 15–64 metų žmonių skaičiaus santykis.

Šaltinis: Old, 2006.

Nors demografinio senėjimo ekonominė „našta“ Lietuvoje bus mažesnė, lyginant su vidutiniais ES rodikliais, šiuo atžvilgiu mūsų šalis „pralenks“ kitas Baltijos šalis ir kai kurias kitas valstybes nares (pvz., Švediją, Daniją). Sudėtingiausia padėtis susiklostys Pietų Europos valstybėse. Numatoma, kad 2050 m. vyresnio amžiaus žmonių priklausomybės rodiklis šiame regione svyruos nuo 58 proc. (Portugalijoje) iki 68 proc. (Italijoje).

Siekiant įvertinti gyventojų demografinio senėjimo poveikį socialinės apsaugos ir sveikatos apsaugos sistemoms (ar vadinamoji „vyresnio amžiaus žmonių priklausomybė“ iš tiesų yra priklausomybė?), būtina atsižvelgti ir į vyresnio amžiaus populiacijos žmogiškųjų išteklių kokybę. Kaip vienus svarbiausių rodiklių galima įvardyti vidutinę tikėtiną sveiko gyvenimo trukmę (VTSGT) ir ekonominio užimtumo lygį.

Kaip matyti iš 1 lentelės, 2003 m. duomenimis, 65-erių metų asmenys, gyvenantys ES šalyse senbuvėse (ES-15), gali tikėtis nugyventi vidutiniškai dar daugiau nei dešimt metų būdami geros sveikatos (vyrai – 10,1 metų, moterys – 10,7 metų). Iš ES šalių narių, kuriose yra šie duomenys, geriausiais VTSGT rodikliais pasižymėjo Viduržemio jūros regiono šalys: Kipras (65-erių metų vyrų VTSGT buvo 12,6 metų) ir Italija (65-erių metų moterų VTSGT buvo 14,4 metai, žr. 1 lent.). Blogiausiais vidutinės tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės rodikliais išsiskyrė Vengrijos vyrai (65 metų vyrų VTSGT – 6,1 metų) ir Suomijos moterys (65 metų moterų VTSGT – 7,1 metų) (EU-25 population, 2006).

1 lentelė. Vyresnio amžiaus žmonių vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė ir užimtumo lygis ES šalyse

	Vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė 65 metų žmonėms, 2003*, metais		Apibrėžtų amžiaus grupių gyventojų užimtumo lygis**, 2005, procentais	
	Vyrai	Moterys	60–64 metų	65–69 metų
ES-25	:	:	26,7	8,2
ES-15	10,1	10,7	27,8	8,1
Airija	10,1	10,4	42,9	15,3
Austrija	10,2	12,2	13,7	5,2
Belgija	11,7	12,6	17,0	2,5
Čekijos Respublika***	9,5	10,0	22,3	7,9
Danija	8,4	9,9	36,7	14,4
Didžioji Britanija	8,2	9,6	42,0	14,5
Estija	:	:	43,9	(18,3)
Graikija	9,9	10,5	30,8	9,4
Ispanija	11,3	12,5	31,8	4,4
Italija	11,9	14,4	18,1	7,2
Kipras	12,6	11,5	37,9	19,8
Latvija	:	:	31,9	18,7
Lenkija***	9,2	11,4	18,3	10,2
Lietuva	:	:	36,9	(7,6)
Liuksemburgas	:	:	(12,6)	u
Malta***	9,9	10,3	(15,5)	u
Nyderlandai	9,2	9,5	25,0	10,3
Portugalija	8,4	7,7	41,3	28,4
Prancūzija	8,2	8,9	13,0	3,0
Slovakija	:	:	12,7	(2,4)
Slovėnija	:	:	(15,5)	(11,1)
Suomija	6,5	7,1	33,9	5,8
Švedija	8,9	10,4	56,8	14,6
Vengrija	6,1	7,2	15,0	3,6
Vokietija	10,8	9,2	27,8	6,3

* Metų skaičius, kurį 65-erių metų asmuo gali tikėtis nugyventi būdamas geros sveikatos.

** Užimtumo lygis paskaičiuotas apibrėžtos amžiaus grupės užimtus asmenis dalijant iš atitinkamo amžiaus gyventojų skaičiaus.

*** 2002 m. duomenys.

() Skliaustais pažymėti duomenys, kurių patikimumui įtakos gali turėti nedidelė visuma.

Duomenys nepatikimi dėl pernelyg mažos visumos apibrėžtoje amžiaus kategorijoje: duomenys neprieinami.

Šaltinis: EU-25 population, 2006.

Daugumoje Europos Sąjungos šalių itin aktualus klausimas yra reikiamos apimties darbo jėgos užtikrinimas, todėl labai svarbu užtikrinti vyresnio amžiaus gyventojų kuo aktyvesnį dalyvavimą darbo rinkoje. Vyresnio amžiaus žmonių ekonominio aktyvumo potencialas dėl įvairių kliūčių (nepakankama lanksčių užimtumo formų ir vyresnio amžiaus žmonėms pritaikytų darbo vietų plėtra, netenkinančios mokymosi visą gyvenimą galimybės, netolygus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, paskatų kuo vėliau išeiti į senatvės pensiją stoka ir kt.) vis dar nėra išnaudojamas.

60–64 metų grupėje 2005 m. ES-25 šalyse ekonomiškai užimtų buvo kiek daugiau nei ketvirtadalis šio amžiaus gyventojų (27 proc.), o 65–69 metų grupėje – tik 8 proc. atitinkamo amžiaus gyventojų (palyginti: 2005 m. ES-25 šalyse 15–64 metų gyventojų užimtumas buvo 64 proc.) (EU-25 population, 2006). Šalių, kuriose vyresnio amžiaus žmonėms sukurtos palankiausios sąlygos kuo ilgiau išlikti ekonomiškai aktyviems, penketuką sudaro: Švedija (60–64 metų gyventojų užimtumo lygis 2005 m. sudarė 57 proc.), Estija (atitinkamas rodiklis – 44 proc.), Airija (43 proc.), Didžioji Britanija (42 proc.) ir Portugalija (41 proc.) (EU-25 population, 2006; žr. 1 lent.). Blogiausiai vyresnio amžiaus žmonės integruoti į darbo rinką Liuksemburge, Slovakijoje ir Prancūzijoje (60–64 metų gyventojų užimtumo lygis 2005 m. sudarė kiekvienoje minėtoje šalyje po 13 proc.) (EU-25 population, 2006).

2. Požiūris į gyventojų senėjimą

Demografinio senėjimo raiška Lietuvoje ir kitose ES šalyse kelia vis didėjančią susirūpinimą dėl visuomenės išlaidų senatvės pensijoms bei sveikatos apsaugai, ypač ilgalaikiai globai. Tai yra natūralus atsakas į atsiradusį kintančios gyventojų amžiaus struktūros ir nusistovėjusių socialinių institutų atotrūkį. Valstybių socialiniai institutai yra sukurti ir pritaikyti demografiškai jaunos visuomenės poreikiams, todėl vykstant gyventojų demografiniam senėjimui, esami socialiniai institutai nebeatitinka demografiškai brandžios visuomenės poreikių. Tai kelia iššūkius:

- Ekonomikos sistemoms – keičiasi darbo jėgos struktūra ir padėtis darbo rinkoje, vyksta gyventojų pajamų ir santaupų poslinkiai, ryškėja nauji prekių bei paslaugų vartotojų elgsenos modeliai;
- Politikos sistemoms – stiprėja vyresnio amžiaus gyventojų vaidmuo viešajame gyvenime;
- Švietimo sistemoms – ilgėjant darbingo amžiaus trukmei, didėja mokymosi visą gyvenimą reikšmė;
- Socialinei apsaugai – draudimo ir paramos sistemas reikia pritaikyti prie kintančių poreikių ir naujų finansavimo galimybių;
- Sveikatos apsaugai – siekiant prailginti sveiko gyvenimo trukmę ir užtikrinti pagyvenusiu/senų žmonių sveikatos priežiūrą, būtina darni prevencijos, gydymo ir slaugos paslaugų plėtra;
- Finansų sistemai – siekiant užtikrinti pensijų sistemų gyvybingumą, būtina jas modernizuoti¹.

Atsiliepdamos į šiuos iššūkius, Europos Sąjungos institucijos demografinį senėjimą įvardijo kaip svarbią ES ir valstybių narių politikos sritį. Nors pagyvenusiujų politika atsirado Europos Sąjungoje kaip tradicinių politikos sričių priedėlis, tokių kaip judėjimo laisvė ir užimtumo politika (vėliau ji išplėtė savo įtaką tapdama socialinės įterpties ir nediskriminavimo politikos priedėliu), šiuo metu ji yra kur kas ryškesnė, labiau matoma nei pirmaisiais ES integracijos dešimtmečiais (Dromantienė, Kanopienė, 2004). Ilgą laiką atskiros pagyvenusiu žmonių politikos priemonės buvo rengiamos ir įgyvendinamos tik valstybėse narėse, o Europos Komisija kvietimą aktyviau bendradarbiauti ir kurti bendrą demografinio senėjimo padarinių įveikimo strategiją pirmą kartą deklaravo 1999 metais (Towards, 1999). Šiame dokumente buvo išskirtos šios svarbiausios bendrų veiksmų kryptys (Towards, 1999):

- Užimtumo politikos ir darbo rinkos priemonių pritaikymas;
- Pensijų ir pensinio amžiaus reguliavimas;
- Reagavimas į naujus sveikatos priežiūros poreikius užtikrinant sveiką senėjimą.

Taigi priemonės, skirtos įveikti (arba sušvelninti, sumažinti) neigiamus demografinio senėjimo proceso padarinius, buvo įtrauktos į svarbiausias ekonominės, užimtumo ir socialinės (gyventojų bei sveikatos) politikos sritis. Jos grindžiamos bendra principine nuostata – būtina skatinti ir užtikrinti „aktyvų ir sveiką senėjimą“. Šią nuostatą apibūdina šie pagrindiniai teiginiai (Europe's response, 2002):

- Atsakas į senėjimą negali apsiriboti dėmesiu seniems žmonėms, demografinio senėjimo keliamas problemas galima išspręsti tik remiantis gyvenimo raidos perspektyva;
- Aktyvus ir sveikas senėjimas priklauso nuo sveikatos palaikymo, gyvenimo kokybės užtikrinimo visais žmogaus gyvenimo tarpsniais;

¹ 2000 m. ES valstybėse senbuvėse (ES-15) vienam vyresnio amžiaus (65+) asmeniui teko keturi darbingo amžiaus (15–64 metų) asmenys, 2050 metais šis santykis sumažės iki dviejų (t. y. prognozuojama, kad senų žmonių priklausomybės rodiklis pasikeis nuo 24 iki 49 proc.) (Europe's response, 2002).

- Aktyvus senėjimas susijęs su mokymusi visą gyvenimą, ilgesniu darbingu gyvenimu ir vėlesniu bei lanksčiu išėjimu į pensiją, socialiniu aktyvumu ir dalyvavimu sveikatą palaikančiose veiklose išėjus į pensiją.

2.2. Demografiniai iššūkiai sveikatos apsaugai: politinis diskursas

ES politikos kūrėjai dar 1990-tųjų pradžioje pareiškė susirūpinimą, kaip geriau pasirengti spręsti problemas, kurias valstybių narių sveikatos apsaugos sistemoms kelia spartus visuomenės demografinis senėjimas. 1992 m. Europos Tarybos rekomendacijos dėl socialinės apsaugos tikslų ir politikos konvergencijos (*On the convergence*, 1992) pakvietė valstybes nares išlaikyti ir plėtoti aukštos kokybės sveikatos priežiūros sistemą, pritaikytą demografiškai senėjančios visuomenės poreikiams.

1999 m. Europos Komisijos komunikate „Bendroji socialinės apsaugos modernizavimo strategija“ (*A Concerted strategy*, 1999) buvo atkreiptas dėmesys į tvarios sveikatos apsaugos sistemos plėtros problemas ir pabrėžta, kad siekis užtikrinti aukštos kokybės paslaugas šioje srityje turėtų tapti viena iš svarbiausių paskatų glaudesnei valstybių narių tarpusavio kooperacijai. Sveikatos priežiūra buvo išskirta kaip viena iš keturių socialinės apsaugos sričių, kuriose buvo būtinas tarptautinis bendradarbiavimas. Dokumente pabrėžiama, kad dėl demografinio senėjimo paklausa sveikatos priežiūros paslaugoms ateityje toliau didės, todėl ypač svarbu garantuoti, kad jos būtų prieinamos visiems, kartu stiprinant vyresnio amžiaus žmonių ilgalaikės priežiūros sistemą ir plėtojant prevencinę veiklą.

2001 m. Europos Komisijos komunikate „Sveikatos priežiūros ir senyvo amžiaus žmonių priežiūros sistemų ateitis: prieinamumo, kokybės ir finansavimo užtikrinimas“ (*The future*, 2001) konstatuota, kad sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros sistemos Europos Sąjungoje susiduria su iššūkiu, kaip įgyvendinti šiuos ilgalaikius tikslus:

- užtikrinti, kad paslaugos būtų prieinamos visiems šalių piliečiams, nepriklausomai nuo jų pajamų ir turinės padėties¹;
- garantuoti aukštą teikiamų paslaugų kokybę;
- išlaikyti tolydų sveikatos apsaugos sistemų finansavimą.

2003 m. Bendrojoje Europos Komisijos ir Tarybos ataskaitoje „Parama nacionalinėms sveikatos apsaugos ir ilgalaikės senų žmonių priežiūros strategijoms“ (*Supporting*, 2003) pažymėta, kad dėl technologijų ir gydymo naujovių, pacientų gerovės ir informuotumo bei gilėjančio visuomenių demografinio senėjimo minėtų tikslų įgyvendinimas patiria naujų problemų: stiprėja visuomenės narių nelygybė naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis, neužtikrinama jų kokybė, ypač lyginant su didėjančiu gyventojų poreikiu.

Lisabonos strategijoje demografinis senėjimas buvo paminėtas kaip viena pagrindinių problemų, kurią sprendžiant Europos Komisija pasiūlė taikyti kompleksinį požiūrį, t. y. tarpusavyje derinti ekonominės, užimtumo ir socialinės politikos priemones. 2004 m. buvo priimtas Europos Komisijos komunikatas „Socialinės apsaugos modernizavimas siekiant plėtoti aukštos kokybės, prieinamą ir tvarią sveikatos apsaugą ir ilgalaikę priežiūrą: parama nacionalinėms strategijoms, taikant „atviro koordinavimo metodą“ (*Modernising*, 2004). Šiame komunikate pabrėžiamas svarbus sveikatos apsaugos vaidmuo kovojant su neigiamais demografinio senėjimo padariniais ir deklaruojamas tikslas padėti šalims narėms reformuoti ir plėtoti sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros sistemas. Nors atsakomybė už sveikatos apsaugos ir vyresnio amžiaus žmonių ilgalaikės priežiūros sistemų plėtrą tenka šalims narėms, „atviro koordinavimo metodas“ leidžia nustatyti bendrus visoms valstybėms iššūkius ir teikti joms paramą. Kartu su vadinamuoju „Pacientų mobilumo komunikatu“ (*Follow up*, 2004) jis laikomas pagrindiniu Europos sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos strateginės plėtros dokumentu.

Į demografinių veiksnių, įskaitant ir spartaus gyventojų senėjimą, svarbą įgyvendinant Lisabonos strategiją ypač daug dėmesio atkreipta 2005 m. Europos Komisijos komunikate Žaliojoje knygoje „Demografiniai pokyčiai skatina naują kartų vienybę“ (*Demografiniai*, 2005). Jame teigiama, kad vykstantys struktūriniai pokyčiai – „vyresnio amžiaus dirbančiųjų“ (55–64 metų), pagyvenusių žmonių (65–79 metų), senyvo amžiaus žmonių (80 metų ir vyresnių) gausėjimas kuria naują visuomenę, kurioje turės būti ne tik išnaudojamas vyresnių piliečių potencialas, bet ir užtikrinta pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūra ir ilgalaikė slauga. Žaliojoje knygoje pabrėžiama, kad būtinybė atsižvelgti į demografinius pokyčius tampa viešosios politikos prioritetu ir Europos, ir nacionaliniu lygmenimis (*Demografiniai*, 2005).

Minėtuose, taip pat ir kituose Europos Komisijos dokumentuose, išskirtos šios tolesnių sveikatos ir socialinės politikos veiksmų kryptys:

¹ ES valstybių narių piliečių teisė gauti prieinamas profilaktinės sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugas yra įtvirtinta Europos Sąjungos žmogaus teisių chartijoje (*Charter*, 2000), kurios 25 straipsnis teigia, kad „Sąjunga pripažįsta ir gerbia pagyvenusių žmonių teises gyventi oriai ir nepriklausomai ir dalyvauti socialiniame bei kultūriniame gyvenime“.

- Atsižvelgiant į epidemiologines tendencijas bei augančios paklausos struktūrinius pokyčius, sukurti ir įdiegti naujas sveikatos paslaugas, skirtas pacientams, sergantiems su organizmo senėjimu susijusiomis ligomis, kurios galėtų padėti palaikyti senų žmonių savarankiškumą;
- Sukurti ir įgyvendinti prevencijos programas, kurios leistų pagyvenusiems žmonėms išlikti aktyviems, sveikiems ir nepriklausomiems iki seniausio amžiaus;
- Pagerinti senyvo amžiaus žmonių galimybes naudotis sveikatos paslaugomis (panaikinti regioninius skirtumus, sutrumpinti laukimo laiką ir pan.);
- Teikti alternatyvias geriatrines reabilitacines paslaugas už ligoninių ribų, sukurti bei plėtoti vietinius (bendruomenių) sveikatos centrus juose sutelkiant gydytojų, slaugytojų, socialinių darbuotojų pajėgas.

Kitai variant, akivaizdu, kad „demografinis senėjimas kels naujų problemų ir iššūkių, jeigu ir ateityje bus laikomasi susiklosčiusios bendrųjų ir specializuotų sveikatos ir ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo tvarkos“ (Joint, 2003).

Išvados

1. Europos Sąjungos šalių visuomenės greitai sensta: spartesniais tempais daugėjant pagyvenusio amžiaus asmenų, 2005 metais susilygino vaikų ir senyvo amžiaus asmenų proporcijos, o naujausi *Eurostato* gyventojų prognozių skaičiavimai rodo, kad iki 2050-tųjų jauniausiųjų (iki 14 metų) gyventojų sumažės nuo 16,4 proc. iki 13,4 proc., darbingo amžiaus (15–64 metų) – nuo 67,1 proc. iki 56,7 proc., o vyresnio amžiaus (65 metų ir vyresnių) gyventojų lyginamasis svoris padidės nuo 16,5 proc. iki 29,9 proc. (numatoma, kad jų padaugės net 59,3 milijonais). Ateityje sparčiau arba lėčiau sens visos ES valstybės narės, penkiose iš jų šio amžiaus viduryje kas trečias gyventojas bus vyresnis nei 65-erių metų. Atitinkamai pasikeis ir vyresnio amžiaus žmonių priklausomybės rodiklis – jis padvigubės nuo 25 proc. 2004 m. iki 50 proc. 2050 m.

2. Demografinio senėjimo raiška kelia vis didėjantį susirūpinimą, nes esami socialiniai institutai nebeatitinka demografiškai brandžios visuomenės poreikių. Tai kelia iššūkius ekonomikos, politikos, švietimo bei finansų sistemoms, taip pat socialinei ir sveikatos apsaugai: draudimo ir paramos sistemos reikės pritaikyti prie kintančių poreikių ir naujų finansavimo galimybių, o siekiant užtikrinti pagyvenusių/senų žmonių sveikatos priežiūrą, būtina reikės suderinti prevencijos, gydymo ir slaugos paslaugų plėtrą.

3. Atsiliepdamos į šiuos iššūkius, Europos Sąjungos institucijos demografinį senėjimą laiko svarbia ES ir valstybių narių politikos sritimi. Priemonės, skirtos įveikti (arba sušvelninti, sumažinti) neigiamus demografinio senėjimo proceso padarinius, buvo įtrauktos į svarbiausias ekonominės, užimtumo ir socialinės (gyventojų bei sveikatos) politikos sritis. Jos grindžiamos bendra principine nuostata: būtina skatinti ir užtikrinti „aktyvų ir sveiką senėjimą“.

4. Aktyvaus ir sveiko senėjimo nuostata remiamasi gyvenimo raidos perspektyvos požiūriu – paabrėžiama, kad būtina užtikrinti gyvenimo kokybę visais žmogaus gyvenimo tarpsniais, skatinti mokymosi visą gyvenimą ir ilgesnio darbinio gyvenimo strategijas, pagyvenusių žmonių socialinį aktyvumą ir visavertį dalyvavimą visuomenės gyvenime.

5. Susirūpinimą, kaip geriau pasirengti spręsti problemas, kurias valstybių narių sveikatos apsaugos sistemoms kelia spartus visuomenės demografinis senėjimas, ES politikos kūrėjai išreiškė 1990-tųjų pradžioje. Sveikatos priežiūra buvo išskirta kaip viena iš keturių svarbiausių socialinės apsaugos sričių, kuriose būtina bendradarbiauti tarptautiniu mastu.

6. Buvo priimta nemažai svarbių Europos Komisijos dokumentų, kuriuose suformuluoti svarbiausi valstybių narių sveikatos apsaugos tikslai (užtikrinti, kad paslaugos būtų prieinamos visiems šalių piliečiams, garantuoti aukštą teikiamų paslaugų kokybę ir išlaikyti tolydų sveikatos apsaugos sistemų finansavimą) ir nustatytos svarbiausios problemos šioje srityje.

7. Europos Komisijos Komunikatas Žalioji knyga „Demografiniai pokyčiai skatina naują kartų vienybę“, kiti strateginiai dokumentai nubrėžia šias prioritetines sveikatos politikos veiksmų kryptis: naujų sveikatos paslaugų, skirtų pacientams, sergantiems su organizmo senėjimu susijusiomis ligomis, įdiegimas; prevencijos programų, kurios leistų pagyvenusiems žmonėms išlikti aktyviems ir sveikiems iki seniausio amžiaus, rengimas ir įgyvendinimas, senyvo amžiaus žmonių galimybių naudotis sveikatos paslaugomis pagerinimas, alternatyvių geriatrinių reabilitacinių paslaugų teikimas bei vietinių (bendruomenių) sveikatos centrų plėtra.

LITERATŪRA

1. **A concerted** strategy for modernising social protection. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. COM, 1999. – *Summaries of legislation* interneto svetainė: <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c10618.htm> [prisijungta 2006 06 04]
2. **Ageing** in OECD Countries: A Critical Policy Challenge. – *Social Policy Studies*, No. 20, Paris, OECD, 1997.
3. **Bains M.** Projecting Future Needs: Long term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States. – A Disease-based Comparison of health Care Systems: What is Best and at What Cost? Paris: OECD, 2003.
4. **Beckett M.** Converging Health Inequalities in Later Life – an Artifact of Mortality Selection? // *Journal of Health & Social Behavior*. 2000. No. 41.
5. **Charter** of Fundamental rights of the European Union // *Official Journal of the European Communities*, C 364/1, 18.12.2000.
6. **Dang T. Antolin P., Oxley H.** Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-related spending. Economics Department working papers No. 305, ECO/WKP, 31. – Paris: OECD, 2001.
7. **Demografiniai** pokyčiai skatina naują kartų vienybę. Komisijos komunikatas Žalioji knyga. Europos Bendrijų Komisija, Briuselis, KOM, 2005. – *Summaries of legislation* interneto svetainė: <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c10128.htm>
8. **Dromantienė L., Kanopienė V.** Demografinis senėjimas ir ES socialinė politika pagyvenusiems // *Socialinis darbas*. – Vilnius: MRU, 2004. Nr. 3 (2).
9. **Gyventojai pagal lytį, amžių, tautybę ir tikybę.** Statistikos departamentas. – Vilnius, 2002.
10. **EU-25 population** aged 65 and over expected to double between 1995 and 2050. – *Eurostat News Release*, 129/2006 - 29 September 2006.
11. **Europe** in figures. Eurostat yearbook 2005. – *Eurostat* interneto svetainė: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> [prisijungta 2006 09 19]
12. **Europe's response** to the World Ageing. Promoting economic and social progress in an ageing world. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly of Ageing. Commission of the European Communities, Brussels, COM, 2002. – Interneto svetainė *The access to European Union Law (Eurlex)*: http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/cnc/2002/com2002_0143en01.pdf [prisijungta 2006 06 01]
13. **Follow-up** to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union. Communication from the Commission, Commission of the European Communities, Brussels, 20.04.2004, COM, 2004. – Interneto svetainė *The access to European Union Law (Eurlex)*: http://64.233.183.104/search?q=cache:qbn-6xq6PqsJ:europa.eu.int/eur-lex/en/com/cnc/2004/com2004_0301en01.pdf+Communication+on+patient+mobility&hl=lt&gl=lt&ct=clnk&cd=1 [prisijungta 2006 06 01]
14. **Howse K.** Policies for Healthy Ageing // *Ageing Horizons*. – Oxford institute of Ageing, 2005. No. 2.
15. **Joint Report** by the Commission and the Council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly. Council of the European Union, Brussels, 10 March 2003, 7166/03, p. 12. – *Council of the European Union* interneto svetainė: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm [prisijungta 2006 06 04]
16. **Lietuvos gyventojai pagal amžių, 2006.** Statistikos departamentas. – Vilnius, 2006.
17. **Lloyd-Sherlock P.** Epidemiological Change and Health Policy for Older People in Developing Countries // *Ageing Horizons*. – Oxford institute of Ageing, 2005. No. 2.
18. **Long-term** population projections at national level. *Statistics in focus. Population and social conditions*, Eurostat, 3/2006.
19. **Modernising** social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the „open method of coordination. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM, 2004. – Interneto svetainė *The access to European Union Law (Eurlex)*: http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2004&nu_doc=304 [prisijungta 2006 06 01]
20. **Old age** dependency ratio. Ageing society. – *Eurostat* interneto svetainė: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=sdi_as&depth=2 [prisijungta 2006 08 24]
21. **On the convergence** of social protection objectives and policies. 92/442/EEC: Council recommendation of 27 July 1992. – *Official journal* NO. L 245, 26/08/1992 P. 0049 – 0052, <http://europa.eu.int/infonet/library/n/92442ce/en.htm> [prisijungta 2006 09 04]
22. **Population** by sex and age on 1. January of each year. – *Eurostat* interneto svetainė: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46870091&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=DEMO_PJAN [prisijungta 2006 09 04]
23. **Schulz E.** Scenarios for Health Care Systems in an Ageing Society. German Institute for Economic Research. PowerPoint Presentation, 24-01-2003.

24. **Supporting** national strategies for the future of health care and care for the elderly. Council of the European Union, Brussels, 10 March 2003. – *Council of the European Union* interneto svetainė: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm [prisijungta 2006 06 01]
25. **The future** of health care and care systems for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability“, COM, 2001. – *The access to European Union Law (Eurlex)* interneto svetainė: http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2001&nu_doc=723 [prisijungta 2006 06 01]
26. **Towards** a Europe for All Ages. Promoting Prosperity and Intergenerational solidarity. Communication from the Commission. – Commission of the European Communities, Brussels, COM, 1999. – *Council of the European Union* interneto svetainė: http://ec.europa.eu/comm/employment_social/soc-prot/ageing/com99-221/com221_en.pdf [prisijungta 2006 06 21]

PROBLEMS OF DEMOGRAPHIC AGEING IN EUROPEAN SOCIAL POLICY AGENDA

Prof. Dr. Vida Kanopienė

Mykolas Romeris University

Dr. Sarmitė Mikulionienė

Mykolas Romeris University

Summary

European Union is facing the process of demographic aging - the continuing growth in the number of the older generations (those over 65 years) will change radically the age structure of the European Union. According to the recent Eurostat population projections, the proportion of the youngest (0-14) will decrease from 16,4 percent in 2004 to 13,4 percent in 2050, respectively the percentage of working age population (15-64) will change from 67,1 to 56,7 percent and the share of the oldest (65 and over) will increase from 16,5 to 29,9 percent. The accelerating aging of the Europe population has had a tremendous and ambiguous impact on policy making and poses challenges to the economic system (labour force, consumption, investments and savings), education (development of adult education system), social care (new forms and strategies, development of long-term care) and health care systems.

Collaboration at the EU level on demographic ageing issues has developed in the beginning of the 1990s – the policy measures targeted to overcome (or to slow/minimize) the negative consequences of this process were integrated to the key economic, employment and social (population and health policy) areas. These means are based on active aging approach and aim to raise the average quality of lives of the elderly and to increase their participation in employment and other spheres of social life.

Within the overall framework of the EU approach to aging common challenges for the health policy have been identified – to achieve access to high quality health care and long term care for all while ensuring the financial sustainability of systems.

Keywords: demographic ageing; population age structure, social policy, active ageing, health care.