



PARLAMENT EUROPEJSKI

2009 - 2014

---

*Dokument z posiedzenia*

---

**A7-0340/2012**

18.10.2012

# **SPRAWOZDANIE**

w sprawie zapobiegania chorobom związanym z wiekiem dotykającym kobiet  
(2012/2129 (INI))

Komisja Praw Kobiet i Równouprawnienia

Sprawozdawczyni: Roberta Angelilli

RR\916521PL.doc

PE491.089v03-00

**PL**

*Zjednoczona w różnorodności*

**PL**

PR\_INI

## SPIS TREŚCI

	<b>Strona</b>
PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO .....	3
UZASADNIENIE .....	19
WYNIK GŁOSOWANIA KOŃCOWEGO W KOMISJI .....	22

## PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

w sprawie zapobiegania chorobom związanym z wiekiem dotykającym kobiet

(2012/2129 (INI))

*Parlament Europejski,*

- uwzględniając art. 168 TFUE,
- uwzględniając Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej,
- uwzględniając białą księgę pt. „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013”(COM(2007)0630),
- uwzględniając białą księgę pt. „Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” (COM(2007)0279),
- uwzględniając sprawozdanie Komisji Europejskiej w sprawie zdrowia kobiet w Unii Europejskiej,
- uwzględniając komunikat Komisji w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa (COM(2008)0689),
- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE” (COM(2009)0180),
- uwzględniając komunikat Komisji Europejskiej pt. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE” (COM(2009)0567),
- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie” (COM (2009)0291),
- uwzględniając sprawozdanie pt. „Empower Women – Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region” (Wzmocnienie pozycji kobiet – walka z marketingiem przemysłu tytoniowego w regionie europejskim WHO) (WHO, 2010),
- uwzględniając sprawozdanie Komisji pt. „Starzenie się społeczeństwa, 2012 r.: podstawowe założenia i metodologia prognozy” (European Economy 4/11. Komisja Europejska, 2011),,
- – uwzględniając decyzję nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiającą drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013<sup>1</sup>,
- uwzględniając decyzję Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych

---

<sup>1</sup> Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s.3.

i Solidarności Międzypokoleniowej<sup>1</sup>,

- uwzględniając konkluzje Rady pt. „Innowacyjne podejścia do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej” z dnia 7 grudnia 2010 r.,
- uwzględniając sprawozdanie prezydencji belgijskiej z dnia 23 listopada 2010 r. w sprawie zróżnicowania wynagrodzenia ze względu na płeć,
- uwzględniając konkluzje szczytu ONZ w sprawie przewlekłych chorób niezakaźnych, który odbył się w dniach 19-20 września 2011 r.,
- uwzględniając program ramowy w zakresie badań naukowych i innowacji „Horyzont 2020” (COM(2011)0808),
- uwzględniając sprawozdanie Eurostatu pt. „Aktywne starzenie się i solidarność międzypokoleniowa – obraz statystyczny Unii Europejskiej w 2012 r.”,
- uwzględniając sprawozdanie Eurobarometru pt. „Aktywne starzenie się” (2012),
- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Działania w ramach Strategicznego planu realizacji Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu” (COM(2012)0083),
- uwzględniając białą księgę pt. „Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur” (COM(2012)0055),
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 18 października 2006 r. w sprawie raka piersi w rozszerzonej Unii Europejskiej<sup>2</sup>,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 6 grudnia 2006 r. w sprawie promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym<sup>3</sup>,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie przeciwdziałania chorobom układu krążenia<sup>4</sup>,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 19 lutego 2009 r. w sprawie zdrowia psychicznego<sup>5</sup>,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 6 maja 2009 r. w sprawie aktywnej integracji osób wykluczonych z rynku pracy<sup>6</sup>,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 12 listopada 2009 r. w sprawie wspólnego planowania badań naukowych w celu zwalczania chorób neurodegeneracyjnych,

---

<sup>1</sup> Dz.U. L 246 z 23.9.2011, s.5.

<sup>2</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2006)0449.

<sup>3</sup> Dz.U. C 250 E z 25.10.2007, s. 93.

<sup>4</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2007)0346.

<sup>5</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2009)0063.

<sup>6</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2009)0371.

- w szczególności choroby Alzheimera<sup>1</sup>,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji<sup>2</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 6 maja 2010 r. w sprawie komunikatu Komisji pt. „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie”<sup>3</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 7 września 2010 r. w sprawie roli kobiet w starzejącym się społeczeństwie<sup>4</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 11 listopada 2010 r. w sprawie wyzwań demograficznych i solidarności między pokoleniami<sup>5</sup>,
  - uwzględniając swoje sprawozdanie z dnia 8 lutego 2011 r. w sprawie ubóstwa kobiet w Unii Europejskiej<sup>6</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 26 lipca 2011 r. w sprawie sytuacji kobiet w wieku przedemerytalnym<sup>7</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 15 września 2011 r. w sprawie stanowiska i zobowiązań Unii Europejskiej przed posiedzeniem wysokiego szczebla ONZ w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania<sup>8</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 7 marca 2012 r. w sprawie przeciwdziałania epidemii cukrzycy w UE<sup>9</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 24 maja 2012 r. zawierającą zalecenia dla Komisji w sprawie stosowania zasady równości wynagrodzeń dla pracowników płci męskiej i żeńskiej za taką samą pracę lub pracę tej samej wartości<sup>10</sup>,
  - uwzględniając swoją rezolucję z dnia 13 marca 2012 r. w sprawie równości kobiet i mężczyzn<sup>11</sup>,
  - uwzględniając art. 48 Regulaminu,
  - uwzględniając sprawozdanie Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (A7-0340/2012),

---

<sup>1</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2009)0065.

<sup>2</sup> Teksty przyjęte, P7\_TA(2011)0016.

<sup>3</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2010)0152.

<sup>4</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2010)0306.

<sup>5</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2010)0400.

<sup>6</sup> Teksty przyjęte, P7\_TA(2011)0086.

<sup>7</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2011)0360.

<sup>8</sup> Teksty przyjęte, P6\_TA(2011)0390.

<sup>9</sup> Teksty przyjęte, P7\_TA(2012)0082.

<sup>10</sup> Teksty przyjęte, P7\_TA(2012)0225.

<sup>11</sup> Teksty przyjęte, P7\_TA(2012)0069.

## ***Kontekst***

- A. mając na uwadze, że Unia Europejska promuje godność człowieka, uznaje prawo każdego człowieka do dostępu do profilaktyki zdrowotnej i opieki medycznej, a art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej wyraźnie stanowi, że państwa członkowskie są odpowiedzialne za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej oraz za zarządzanie nimi, w tym za przydział zasobów. Kluczowe znaczenie ma to, by osoby w podeszłym wieku miały prawo do życia w sposób godny i niezależny i do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym,
- B. mając na uwadze, że starzenie się społeczeństwa jest jednym z podstawowych wyzwań dla Europy, mając na uwadze, że w UE żyje ponad 87 mln ludzi w wieku powyżej 65 lat (17,4% całego społeczeństwa) i że zgodnie z przewidywaniami w 2060 r. będzie ich ponad 150 mln (ok. 30%),
- C. mając na uwadze, że mimo znaczącego wydłużenia średniego trwania życia, któremu towarzyszy stale rosnący poziom życia w państwach uprzemysłowionych, co obecnie umożliwia osobom w podeszłym wieku prowadzenie znacznie bardziej aktywnego życia niż w minionych dziesięcioleciach, negatywne stereotypy i uprzedzenia wobec osób w podeszłym wieku nadal stanowią główną przeszkodę dla ich integracji społecznej, co prowadzi do wykluczenia społecznego mającego bezpośredni wpływ na ich jakość życia i zdrowie psychiczne,
- D. mając na uwadze, że średnia oczekiwana długość życia w chwili urodzenia kobiet jest wyższa niż w przypadku mężczyzn (82,4 lat w przypadku kobiet w porównaniu z 76,4 lat w przypadku mężczyzn), mając na uwadze, że różnica między średnim trwaniem życia w dobrym zdrowiu jest mniejsza, a wiek ten wynosi 61,7 lat dla mężczyzn i 62,6 lat dla kobiet,
- E. mając na uwadze, że w 2010 r. stopa zatrudnienia kobiet w grupie wiekowej 55-64 lata wynosiła 38,6%, natomiast stopa zatrudnienia mężczyzn w tej samej grupie wiekowej wynosiła 54,5%, mając na uwadze, że zgodnie z celami UE do 2020 r. zatrudnione powinno być 75% populacji w grupie wiekowej 20-64 lata,
- F. mając na uwadze, że wynagrodzenie kobiet jest niższe niż wynagrodzenie mężczyzn (w UE średnia różnica w wynagrodzeniu między płciami wynosi 17,5%), mając na uwadze, że różnica w wynagrodzeniach ze względu na płeć w grupie wiekowej 55-64 lata wynosi ponad 30% w niektórych państwach członkowskich i osiąga 48% w przypadku osób w wieku ponad 65 lat, mając na uwadze, że różnica w wynagrodzeniach ze względu na płeć prowadzi do różnic w emeryturach ze względu na płeć, co często sprawia, że kobiety mają odpowiednio niższe emerytury i żyją poniżej granicy ubóstwa,
- G. mając na uwadze, że kobiety w celu pogodzenia życia rodzinnego i zawodowego często decydują się na elastyczne formy zatrudnienia, pracę w domu, w niepełnym wymiarze godzin, zatrudnienie tymczasowe lub nietypowe, co wpływa negatywnie na rozwój ich kariery zawodowej i ma poważne konsekwencje dla wysokości odprowadzanych składek emerytalnych, wskutek czego kobiety są szczególnie narażone na niestabilną

sytuację i ubóstwo,

- H. mając na uwadze, że pokolenie kobiet powyżej 50 lat, często opisywane jako „pokolenie kanapkowe” lub jako „pracujące córki i pracujące matki”, ma mniejsze możliwości zadbania o własne zdrowie, ponieważ kobiety te często opiekują się swoimi rodzicami i wnukami,
- I. mając na uwadze, że w Europie 23,9% społeczeństwa w grupie wiekowej 50-64 lata jest zagrożone ubóstwem (25,9% kobiet i 21,7% mężczyzn), mając na uwadze, że poziom ten w Unii Europejskiej waha się od 39% do 49% zależnie od kraju i osiąga 51% w jednym państwie UE,
- J. mając na uwadze, że 75,8% kobiet w wieku powyżej 65 lat żyje samotnie również z przyczyn takich jak rozwód, separacja lub wdowieństwo, a także mając na uwadze, że w Unii Europejskiej trzy na dziesięć gospodarstw domowych to jednoosobowe gospodarstwa domowe, w większości składające się z żyjących samotnie kobiet, w szczególności kobiet w podeszłym wieku, oraz że odsetek ten zwiększa się, mając na uwadze, że jednoosobowe gospodarstwa domowe bądź gospodarstwa utrzymujące się z dochodów jednej osoby są w większości państw członkowskich traktowane niekorzystnie, w ujęciu zarówno względnym, jak i bezwzględnym, w odniesieniu do opodatkowania, zabezpieczenia społecznego, kwestii mieszkaniowych, opieki zdrowotnej, ubezpieczenia i emerytur, mając na uwadze, że publiczne strategie polityczne nie powinny działać na niekorzyść osób, które – dobrowolnie bądź nie – żyją samotnie,
- K. mając na uwadze, że w 2009 r. stopa poważnego niedostatku materialnego w przypadku kobiet w wieku powyżej 65 lat wynosiła 7,6% a w przypadku mężczyzn w tej samej grupie wiekowej 5,5%,
- L. mając na uwadze, że kobiety starsze jako grupa w niekorzystnej sytuacji często spotykają się z dyskryminacją z wielu przyczyn jednocześnie (np. ich wiek, płeć i pochodzenie etniczne), mając na uwadze, że środki ochrony socjalnej i dostęp do krajowych systemów opieki zdrowotnej byłyby korzystne dla starszych kobiet, które często mają niski status społeczno-ekonomiczny i napotykają rozmaite przeszkody,
- M. mając na uwadze, że na obszarach wiejskich dostęp do opieki zdrowotnej jest trudniejszy niż na obszarach miejskich, szczególnie ze względu na brak pracowników służby zdrowia i infrastruktury szpitalnej, w tym również izb przyjęć,
- N. mając na uwadze, że kobiety w podeszłym wieku, zwłaszcza żyjące w odosobnieniu, znajdują się często w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, co wpływa negatywnie na ich jakość życia i stan zdrowia fizycznego i psychicznego,
- O. mając na uwadze, że aby odpowiednio zaspokajać potrzeby kobiet starszych, niezbędne jest lepsze zrozumienie chorób, na które te kobiety zapadają,
- P. mając na uwadze, że wszystkie wymienione czynniki, w tym odosobnienie, wpływają na zdolność kobiet starszych do tworzenia i/lub utrzymywania więzi społecznych, a tym samym do prowadzenia aktywnego życia,

## *Choroby związane ze starzeniem się*

- Q. mając na uwadze, że ze względu na dłuższe średnie trwanie życia i zależną od płci podatność na pewne choroby, kobiety częściej zapadają na choroby przewlekłe i powodujące inwalidztwo i są one zatem bardziej narażone na pogorszenie się jakości życia,
- R. mając na uwadze, że między mężczyznami i kobietami występują różnice, jeżeli chodzi o częstość występowania, przebieg i skutki wielu chorób,
- S. mając na uwadze, że według najnowszych dostępnych danych (Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem – IARC), najczęściej występujące nowotwory u kobiet to rak piersi (29,7%), rak jelita grubego (13,5%) i rak płuc (7,4%),
- T. mając na uwadze, że co roku choroby układu krążenia są przyczyną ponad 2 mln zgonów w państwach członkowskich, co stanowi 42% wszystkich zgonów w UE, i powodują 45% zgonów wśród kobiet i 38% zgonów wśród mężczyzn,
- U. mając na uwadze, że cukrzyca jest jedną z najczęstszych chorób niezakaźnych, na którą choruje ponad 33 mln obywateli UE, a liczba ta prawdopodobnie wzrośnie do 38 mln do 2030 r. oraz że w 2010 r. ok. 9% osób dorosłych (w wieku 20-79 lat) w UE było chorych na cukrzycę,
- V. mając na uwadze, że wiek jest czynnikiem ryzyka rozwoju chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera (najpowszechniejsza forma demencji), mając na uwadze, że choroby neurodegeneracyjne częściej występują u osób powyżej 65 lat (zapada na nie ok. 1 osoba na 20 w wieku powyżej 65 lat, 1 osoba na 5 w wieku powyżej 80 lat i 1 osoba na 3 w wieku powyżej 90 lat), mając na uwadze, że ponad 7,3 mln osób w Europie cierpi na demencję, mając na uwadze, że badania pokazują, że odsetek kobiet powyżej 90 lat cierpiących na chorobę Alzheimera wynosi 81,7%, natomiast w przypadku mężczyzn wynosi on 24%; mając na uwadze, że napiętnowanie i brak świadomości w kwestii chorób neurodegeneracyjnych, takich jak demencja, powoduje późne diagnozowanie i słabe wyniki leczenia,
- W. mając na uwadze, że demencja częściej występuje u osób w wieku powyżej 65 lat (zapada na nią ok. 1 osoba na 20 w wieku powyżej 65 lat, 1 osoba na 5 w wieku powyżej 80 lat i 1 osoba na 3 w wieku powyżej 90 lat), mając na uwadze, że na ogół częstość występowania jest większa wśród starszych kobiet niż wśród starszych mężczyzn;
- X. mając na uwadze, że w przypadku kobiet istnieje większe ryzyko wystąpienia chorób kości i stawów (np. choroby zwyrodnieniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, osteoporozy i kruchości kości), mając na uwadze, że około 75% złamań szyjki kości udowej z powodu osteoporozy dotyczy kobiet,
- Y. mając na uwadze, że głównymi czynnikami ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy, otyłości i przewlekłych chorób płuc jest palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta, nadużywanie alkoholu i zanieczyszczenie



środowiska,

- Z. mając na uwadze, że depresja i stany lękowe to ciężkie postaci zaburzeń psychicznych, które występują częściej u kobiet niż u mężczyzn, i których częstość występowania u kobiet w Europie zgodnie z szacunkami WHO wynosi 2-15% w przedziale wiekowym powyżej 65 lat,
- AA. mając na uwadze, że zaburzenia słuchu i wzroku również stanowią znaczące obciążenie na przestrzeni lat przeżytych z ograniczeniami funkcjonalnymi, zaś właściwa diagnoza w odpowiednim czasie, dobre leczenie oraz dostęp do wyrobów medycznych wysokiej jakości mogą zapobiegać dalszemu pogarszaniu się stanu zdrowia lub częściowo przywracać sprawność,
- AB. mając na uwadze, że około 600 tys. Europejczyków cierpi na stwardnienie rozsiane i większość chorych stanowią kobiety, mając na uwadze, że choroba ta jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą neurodegeneracyjną, jak również jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności niespowodowanej urazem u starszych kobiet,

### ***Dostęp do usług zdrowotnych***

- AC. mając na uwadze, że konieczne jest zapewnienie kobietom i mężczyznom równego dostępu do usług zdrowotnych i lepszej jakości opieki zdrowotnej oraz poświęcenie większej uwagi szczególnej sytuacji kobiet na obszarach wiejskich, gdzie wiele z nich żyje samotnie, przy poszanowaniu art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,
- AD. mając na uwadze, że z powodu nierówności uwarunkowanych płcią związanych z płacami, emeryturami i innymi dochodami, sytuacja ekonomiczna kobiet sprawia, że są one szczególnie narażone na niestabilność i ubóstwo i że dysponują mniejszą ilością środków finansowych na opiekę zdrowotną i leczenie, których potrzebują,
- AE. mając na uwadze, że telemedycyna może wpłynąć na poprawę dostępu do opieki zdrowotnej, której brakuje na obszarach trudno dostępnych, a także na poprawę jakości specjalistycznej opieki zdrowotnej, jakiej wymagają niektóre osoby starsze ze względu na ich szczególny stan zdrowia, a także na zwiększenie częstotliwości świadczenia tej opieki,

### ***Badania i profilaktyka***

- AF. mając na uwadze, że inwestycje w badania i innowacje mają zasadnicze znaczenie, jeżeli chodzi o utrzymanie wysokiego poziomu życia oraz stawienie dzięki temu czoła wielkiemu wyzwaniu związanemu ze starzeniem się społeczeństwa,
- AG. mając na uwadze, że profilaktyka i wczesna diagnostyka prowadzą do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego mężczyzn i kobiet, co może pozwolić na wydłużenie lat zdrowego życia i ograniczenie wydatków na opiekę zdrowotną i w ten sposób zapewnienie zachowania zdrowia w perspektywie długoterminowej,
- AH. mając na uwadze, że w ramach opieki zdrowotnej działania profilaktyczne muszą mieć

charakter priorytetowy, a szczególną uwagę poświęcić należy grupom w niekorzystnej sytuacji,

- AI. mając na uwadze, że kompetencje zdrowotne stanowią warunek konieczny, aby obywatele mogli lepiej orientować się w złożonych strukturach systemów opieki zdrowotnej oraz lepiej zrozumieć własną rolę w zapobieganiu chorobom związanym z wiekiem w ciągu całego życia,
- AJ. mając na uwadze, że kwestia uzależnienia od płci w przypadku zapadalności na choroby i skuteczności produktów leczniczych nie jest obecnie w wystarczającym stopniu badana, ponieważ badania kliniczne prowadzone są głównie na młodych mężczyznach,
- AK. mając na uwadze, że według IARC poddanie ponad 70% kobiet badaniom mammograficznym mogłoby ograniczyć o 20%-30% umieralność na raka piersi wśród kobiet w wieku po 50 roku życia,
- AL. mając na uwadze, że kobiety w większym stopniu stosują leki i ziołowe środki lecznicze, których działanie musi być jeszcze zbadane, tak aby zminimalizować ryzyko wystąpienia interakcji,
- AM. mając na uwadze, że wraz z upływem lat kobiety podlegają wielu zmianom hormonalnym i stosują specjalne leki mające zastosowanie w wieku rozrodczym i w okresie menopauzy,
- AN. mając na uwadze, że 9% kobiet często przyjmuje leki przeciwdepresyjne, a odsetek mężczyzn w tym względzie wynosi 5%,
- AO. mając na uwadze, że według Światowej Organizacja Zdrowia (WHO) 4-6% starszych osób doświadcza jakiejś formy przemocy w swoich domach, poczynając od przemocy fizycznej, seksualnej i psychicznej do wykorzystywania finansowego, zaniedbywania i porzucenia,

### ***Kontekst***

1. przyznaje, że chociaż kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, nie cieszą się one dłużej dobrym zdrowiem, tj. życiem bez istotnych ograniczeń w aktywności lub ograniczeń wynikających z niepełnosprawności (62,6 lat dla kobiet i 61,7 lat dla mężczyzn);
2. dnotowuje, że kobiety starsze muszą mieć odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej i pomocy w domu, tak aby mogły korzystać w równych praw i prowadzić niezależną egzystencję;
3. wzywa Komisję do opublikowania nowego sprawozdania na temat zdrowia kobiet, ze zwróceniem szczególnej uwagi na przedział wiekowy „65 +” oraz wskaźniki dotyczące aktywnego starzenia się;
4. uważa, że strategie polityczne mające na celu godzenie życia rodzinnego i zawodowego i propagowanie udziału społecznego wspomagają kobiety w procesie aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu, dlatego zachęca państwa członkowskie do wzmożenia

wysiłków w tym kierunku;

5. wzywa państwa członkowskie, by wspierały pełną integrację, większe zaangażowanie i aktywny udział kobiet starszych w życiu społecznym;
6. podkreśla znaczenie oferty dotyczącej życia kulturalnego i kształcenia skierowanej do grupy tzw. trzeciego wieku;
7. wzywa do podjęcia konkretnych i skutecznych działań, takich jak przyjęcie dyrektywy w sprawie równego traktowania, tak aby podjąć kwestię dyskryminacji z wielu przyczyn jednocześnie, z jaką często spotykają się starsze kobiety;
8. popiera inicjatywy mające na celu zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom i lepsze promowanie zdrowia, jak również zachowanie niezależności przez osoby starsze;
9. wzywa Komisję i Radę do opublikowania sprawozdania na temat działań podjętych przez państwa członkowskie na rzecz aktywnego starzenia się oraz wpływu tych działań, w celu określenia najlepszych praktyk oraz rozważenia możliwości podjęcia w przyszłości działań na poziomie europejskim;
10. wzywa Komisję i państwa członkowskie do kreowania bardziej pozytywnej postawy wobec kwestii starzenia się, jak również zwiększenia świadomości obywateli UE co do różnych aspektów związanych ze starzeniem się i jego rzeczywistymi skutkami; było to jednym z głównych przesłań roku 2012, który ogłoszono rokiem aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej;
11. postrzega przyjęcie podejścia do cyklu życia, w którym bierze się pod uwagę wzajemne powiązania pomiędzy starzeniem się i kwestiami płci, jako krok naprzód w ramach strategii politycznych dotyczących starzenia się;
12. zauważa, że wydatki publiczne w dziedzinie ochrony zdrowia stanowią 7,8% PKB UE i szacuje się, że do 2060 r. z powodu starzenia się społeczeństwa wydatki na długoterminową i krótkoterminową opiekę zdrowotną wzrosną o 3%;
13. wzywa państwa członkowskie do poświęcenia uwagi starszym kobietom-imigrantkom, które cierpią z powodu ciężkich warunków ekonomicznych i socjalnych i często napotykają trudności z uzyskaniem dostępu do ochrony socjalnej i usług opieki zdrowotnej; uważa, że szczególną uwagę należy poświęcać kobietom żyjącym samotnie, wdowom i kobietom rozwiedzionym, których jakość życia i stan zdrowia uległy pogorszeniu w wyniku tej sytuacji;
14. wzywa Komisję i państwa członkowskie do pełnego uznania aspektu płci w ramach opieki zdrowotnej jako podstawowego elementu polityki zdrowotnej UE oraz krajowych strategii politycznych w dziedzinie ochrony zdrowia;
15. wzywa państwa członkowskie do zachowania właściwej równowagi między wdrażaniem drastycznych środków mających na celu walkę z kryzysem finansowym i gospodarczym a odpowiednim finansowaniem opieki zdrowotnej i społecznej, tak aby wspierać zarządzanie demograficznym trendem starzenia się społeczeństwa;

16. wzywa Komisję do opublikowania oceny skutków kryzysu gospodarczego i finansowego na kobiety w podeszłym wieku, ze zwróceniem szczególnej uwagi na dostęp do zapobiegawczej i leczniczej opieki zdrowotnej;
17. odnotowuje, że tworzenie wszechstronnych i szczegółowych strategii w sektorze zdrowia wymaga współpracy rządów, pracowników służby zdrowia, organizacji pozarządowych, organizacji zajmujących się zdrowiem publicznym, organizacji reprezentujących pacjentów, środków masowego przekazu i innych stron zainteresowanych starzeniem się w dobrym zdrowiu;
18. ponownie stwierdza konieczność budowania i promowania Unii Europejskiej bardziej wrażliwej na potrzeby i dobro kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku, z uwzględnieniem problematyki płci w ramach wszelkich podejmowanych działań i strategii politycznych służących podnoszeniu świadomości i informacyjnym w celu zapewnienia wszystkim możliwości aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu;

### *Choroby związane ze starzeniem się*

19. podkreśla, że do wielu chorób u kobiet często nie przywiązuje się odpowiedniej wagi, jak w przypadku chorób serca, które są traktowane jako problem mężczyzn; ubolewa, że w wielu przypadkach zawały serca u kobiet nie są diagnozowane, ponieważ objawy na ogół różnią się od objawów występujących u mężczyzn; podkreśla, że terapie powinny być stosowane z uwzględnieniem biologicznych cech płciowych;
20. wzywa państwa członkowskie do wdrożenia programów informacyjnych skierowanych do kobiet mających na celu podniesienie świadomości w kwestii czynników ryzyka związanych z chorobami układu krążenia oraz specjalistycznych programów na rzecz ustawicznego kształcenia pracowników służby zdrowia;
21. ubolewa nad tym, że zbyt mało uwagi poświęca się problemowi wzrostu spożycia alkoholu wśród kobiet w podeszłym wieku w Europie i zachęca Komisję Europejską oraz państwa członkowskie do rozpoczęcia badań w celu zajęcia się tym problemem i zaradzenia jego wpływowi na zdrowie fizyczne i psychiczne kobiet w podeszłym wieku;
22. zauważa z niepokojem, że liczba palących kobiet rośnie, co powoduje zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuc i na choroby serca wśród kobiet; wzywa państwa członkowskie i Komisję do wprowadzenia programów zwalczania palenia tytoniu, ze szczególnym uwzględnieniem młodych kobiet (WHO szacuje, że w Europie odsetek palących kobiet wzrośnie z ok. 12% do około 20% do 2025 r.);
23. zwraca się do Komisji, aby zachęcała do podejmowania inicjatyw służących propagowaniu poprawy stanu zdrowia, również poprzez odpowiednie informowanie o zagrożeniach związanych z paleniem papierosów i spożywaniem alkoholu oraz o korzyściach płynących z odpowiedniego sposobu odżywiania się i odpowiedniej aktywności fizycznej, które umożliwiają zapobieganie otyłości i nadciśnieniu tętniczemu oraz związanym z nimi komplikacjom;

24. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wdrożenia kampanii informacyjnych skierowanych do kobiet, które wkraczają w okres menopauzy lub przechodzą ten okres;
25. wzywa państwa członkowskie do podnoszenia świadomości społecznej w odniesieniu do chorób kości i stawów poprzez organizowanie publicznych kampanii informacyjnych i edukacyjnych na temat profilaktyki i leczenia tych chorób;
26. wzywa Komisję, by w ramach działań następczych podejmowanych w związku z wynikami szczytu ONZ w sprawie chorób niezakaźnych, który odbył się we wrześniu 2011 r., oraz procesem konsultacji publicznych zainicjowanym przez Komisję między marcem a kwietniem 2012 r. opracowała ona plan działania UE w sprawie chorób niezakaźnych;
27. w związku z planowanym przeglądem dyrektywy 2001/37/WE w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych wzywa Komisję do położenia szczególnego nacisku na sytuację osób młodych;
28. wzywa Komisję do opracowania i wdrożenia specjalnej strategii UE, w formie zalecenia Rady, na rzecz zapobiegania, diagnostyki i leczenia cukrzycy, a także mającej na celu informowanie i prowadzenie badań w tej dziedzinie, z dopilnowaniem tego, by uwzględniono problematykę płci i równości mężczyzn i kobiet; przy poszanowaniu art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej;
29. wzywa Komisję i państwa członkowskie do przyjęcia holistycznego i uwzględniającego kwestie płci podejścia do choroby Alzheimera i innych form demencji, tak aby poprawić jakość życia pacjentów i ich rodzin i zapewnić im bardziej godne traktowanie;
30. zachęca Komisję i państwa członkowskie do opracowania publicznych kampanii informacyjnych na temat choroby Alzheimera (informacje o chorobie, możliwościach leczenia, opieki) we współpracy z krajowymi i europejskimi stowarzyszeniami Alzheimera;
31. wzywa państwa członkowskie do pilnego opracowania krajowych planów i strategii dotyczących choroby Alzheimera, jeżeli jeszcze tego nie uczyniły;
32. zauważa z niepokojem, że w UE najwyższy wskaźnik samobójstw obserwuje się wśród osób powyżej 65 lat oraz że przypadki prób samobójczych wśród kobiet są częstsze niż wśród mężczyzn, a ich liczba rośnie ze względu na wzmożony wpływ pogorszenia koniunktury gospodarczej na kobiety w podeszłym wieku; nalega, by Komisja opublikowała ekspertyzę na temat związku między tymi danymi statystycznymi a dysproporcjonalnym wpływem kryzysu gospodarczego na kobiety starsze;
33. wzywa państwa członkowskie, aby we współpracy z Komisją Europejską i Eurostatem usprawniły gromadzenie danych, z podziałem według płci i wieku, oraz informacji dotyczących zdrowia psychicznego i związku między zdrowiem psychicznym i liczbą lat zdrowego trybu życia;
34. wzywa państwa członkowskie do organizowania specjalnych szkoleń dla lekarzy

ogólnych i dla pracowników zajmujących się kwestiami zdrowia psychicznego, w tym lekarzy, psychologów, służb pielęgniarskich, na temat zapobiegania i leczenia chorób neurodegeneracyjnych i zaburzeń depresyjnych, poświęcając szczególną uwagę dodatkowym wyzwaniom, wobec jakich stają starsze kobiety;

35. wzywa państwa członkowskie do nadania priorytetu działaniom w obszarze chorób upośledzających pamięć, takich jak demencja, oraz do intensyfikacji ich wysiłków w zakresie badań medycznych i społecznych, w celu poprawy jakości życia osób cierpiących na te choroby, a także jakości życia ich opiekunów, zapewnienia trwałego rozwoju świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych, jak również stymulowania wzrostu na szczeblu europejskim;
36. wzywa państwa członkowskie do dopilnowania, by pracownicy sektora publicznego i prywatnego, którzy opiekują się osobami w podeszłym wieku, uczestniczyli w aktualnie organizowanych programach szkoleniowych i podlegali regularnej ocenie;
37. wzywa państwa członkowskie do wspierania specjalistycznych studiów medycznych z zakresu gerontologii na uczelniach publicznych;

### ***Dostęp do usług zdrowotnych***

38. wzywa państwa członkowskie do wspierania niezbędnych inicjatyw, aby ułatwić dostęp do usług zdrowotnych starszym kobietom, w tym kobietom mieszkającym daleko od dużych centrów i na trudno dostępnych obszarach, niezależnie od ich sytuacji osobistej, finansowej i społecznej, z naciskiem na indywidualny charakter opieki, w tym możliwie jak najdłuższą opiekę w miejscu zamieszkania, jak również na specjalne ulgi i formy wsparcia dla opiekunek i na telemedycynę, w zakresie, w jakim może ona przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe i do skrócenia list oczekujących;
39. wzywa państwa członkowskie, by przy planowaniu swoich budżetów na świadczenia zdrowotne również analizowały, monitorowały i gwarantowały wymiar płci;
40. wzywa państwa członkowskie, by dalej rozwijały e-swiadczenia zdrowotne i uwzględniające kwestię płci rozwiązania oparte na nowoczesnych technologiach w służbie osobom starszym, tak aby wspierać niezależne funkcjonowanie w domu i sprawić, by świadczenia zdrowotne stały się bardziej efektywne w przypadku kobiet starszych odciętych od świata ze względu na ograniczoną sprawność ruchową i które częściej są wykluczone z korzystania z takich udogodnień; wzywa również państwa członkowskie, by ustanowiły sieć 24-godzinnych usług z zakresu porad telefonicznych;
41. wzywa do przyjęcia podejścia opartego na poszanowaniu praw, aby umożliwić osobom starszym odgrywanie aktywnej roli w procesie podejmowania decyzji co do rodzaju oraz kształtu świadczonych im usług opiekuńczych i socjalnych;
42. zwraca się do państw członkowskich o zapewnienie tego, by systemy zabezpieczenia społecznego, w tym ubezpieczeń zdrowotnych, uwzględniały brak zatrudnienia i problemy społeczne kobiet, tak aby kobiety te nie zostały pozostawione bez ochrony;

43. uważa, że ważne jest promowanie i ułatwianie dostępu do usług zdrowotnych, opiekuńczych i innych form usług kobietom, które mimo problemów ze zdrowiem muszą opiekować się innymi zależnymi od nich osobami;
44. nalega, by instytucje publiczne i prywatne, które świadczą opiekę zdrowotną osobom w podeszłym wieku i działają zgodnie z modelem szpitalnym, reorganizowane były w sposób bardziej przyjazny dla pacjentów, zapewniając im nie tylko opiekę medyczną, lecz także nadając priorytet każdej formie niezależnej bądź kreatywnej działalności, tak aby zapobiegać instytucjonalizacji tych osób;
45. zdecydowanie uważa, że należy konsultować się ze starszymi pacjentami przebywającymi w publicznych bądź prywatnych domach opieki w kwestii funkcjonowania tych instytucji;
46. podkreśla, że coraz liczniejszy personel medyczny i paramedyczny musi być doskonale wyszkolony i przygotowany na to, że ze względu na płeć i wiek starszych kobiet należy uwzględniać ich szczególne potrzeby psychologiczne oraz w zakresie relacji i informacji;
47. apeluje o to, by w ramach kształcenia personelu medycznego więcej uwagi poświęcono umiejętności słuchania i zagadnieniom psychologicznym; wzywa też do większego zaangażowania pracowników socjalnych w przedmiotową politykę zapobiegania;
48. popiera stowarzyszenia i serwisy telefoniczne zapewniające opiekę, ochronę i wsparcie psychologiczne osobom w podeszłym wieku;
49. wzywa państwa członkowskie i Komisję do tego, aby uwzględniając problematykę płci gromadziły dane i wymieniały się dobrymi praktykami, które mogłyby prowadzić do rozpoznania dobrych praktyk w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności w odniesieniu do biurokracji, oraz mogłyby przyczynić się do opracowania konkretnych środków i strategii politycznych umożliwiających podniesienie jakości życia kobiet starszych, a także do udzielania rządów porad w kwestii kreowania w państwach członkowskich otoczenia sprzyjającego zwiększaniu świadomości w zakresie chorób związanych z wiekiem;
50. zachęca państwa członkowskie do zwiększania profilaktycznej opieki zdrowotnej dla kobiet starszych, na przykład poprzez zapewnienie dostępnych i regularnych badań mammograficznych i cytologii, w celu zlikwidowania limitów wiekowych w dostępie do profilaktyki zdrowotnej, takiej jak badania przesiewowe pod kątem raka piersi, a także zwiększenia świadomości w kwestii znaczenia badań przesiewowych;
51. wzywa Komisję do zwiększenia wysiłków w celu rozpowszechniania w całej Unii Europejskiej kultury zapobiegania, a państwa członkowskie – do zwiększenia liczby specjalnych kampanii informacyjnych i uświadamiających w szkołach, uniwersytetach, miejscach pracy i ośrodkach dla osób starszych, we współpracy z pracownikami tych sektorów, władz lokalnych i organizacji pozarządowych;

### ***Badania i profilaktyka***

52. z zaniepokojeniem odnotowuje wyniki badań UE opublikowane w kwietniu 2011 r., które pokazują, że około 28% kobiet, w wieku 60 lat lub powyżej było niewłaściwie traktowanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy; uważa, że należy nadać priorytet ochronie osób w podeszłym wieku przed nadużyciami, niewłaściwym traktowaniem, zaniedbywaniem i wykorzystywaniem, intencjonalnym i celowym bądź wynikającym z niedbalstwa; wzywa państwa członkowskie do intensyfikacji działań mających na celu zapobieganie nadużyciom wobec osób starszych w domu i w instytucjach;
53. w badaniach medycznych ważne jest przyjęcie podejścia uwzględniającego szczególne problemy dotyczące odpowiednio mężczyzn i kobiet;
54. podkreśla, że w strategii na rzecz równości kobiet i mężczyzn (2010–2015) uznaje się, że kobiety i mężczyźni są narażeni na zagrożenia zdrowia i choroby właściwe dla danej płci, co powinno być odpowiednio uwzględnione w badaniach medycznych i usługach zdrowotnych;
55. wnosi o opracowanie w ramach programu „Horyzont 2020” strategicznego planu badań w dziedzinie zdrowia kobiet na najbliższe dziesięć lat oraz o utworzenie instytutu badań w dziedzinie zdrowia kobiet, aby zapewnić wdrożenie tego planu;
56. ważne jest zapewnienie obecności kobiet ekspertów w krajowych doradczych komitetach techniczno-naukowych ds. oceny leków;
57. wzywa Radę, Komisję i państwa członkowskie do włączenia nadużyć wobec osób starszych do wspólnego programu badań chorób neurodegeneracyjnych w charakterze tematu badawczego, tak aby oszacować częstotliwość ich występowania oraz wpływ na osoby cierpiące na demencję;
58. popiera Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, będące inicjatywą pilotażową mającą na celu wydłużenie o 2 lata liczby lat w dobrym zdrowiu obywateli UE do 2020 r. oraz zmierzającą do przysporzenia Europie trojaki korzyści poprzez poprawę zdrowia i jakości życia, jak również zwiększenie stabilności i efektywności systemów opieki;
59. z zadowoleniem przyjmuje projekty i inicjatywy mające na celu poprawę przyzwyczajzeń żywieniowych i stylu życia (takie jak projekt EATWELL, platforma UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia, ramy w zakresie ograniczenia spożycia soli), jak również Partnerstwo europejskie na rzecz walki z rakiem;
60. podkreśla, że wszystkie cele i działania ujęte w drugim wspólnotowym programie działań w dziedzinie zdrowia powinny przyczynić się do propagowania lepszego zrozumienia oraz większego stopnia uznania odpowiednich potrzeb mężczyzn i kobiet i odpowiednich podejść do ochrony zdrowia;
61. z zadowoleniem przyjmuje wniosek Komisji dotyczący pakietu w dziedzinie polityki spójności (2014–2020), w którym wskazano aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu oraz innowacje jako priorytety inwestycyjne;
62. ubolewa, że 97% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia jest poświęcone na



leczenie chorób niezakaźnych, a tylko 3% na działania zapobiegawcze, podczas gdy koszty leczenia chorób niezakaźnych i zarządzania nimi gwałtownie rosną z powodu większego dostępu do diagnostyki i terapii; wzywa w związku z tym państwa członkowskie, by poświęcały większą część swoich budżetów na działania zapobiegawcze;

63. wzywa Komisję, by kładła większy nacisk na kwestię przyczyn chorób i w tym celu propagowała profilaktykę we wszystkich sektorach i na wszystkich szczeblach społecznych; wzywa Komisję do promocji zdrowia poprzez odpowiednio wczesną diagnostykę chorób, prowadzenie zdrowego trybu życia, odpowiednią opiekę zdrowotną i dopilnowanie, by starsi pracownicy mieli właściwe warunki pracy;
64. wzywa państwa członkowskie do większego skoncentrowania się na kampaniach zwiększających świadomość w kwestii osteoporozy oraz do udzielania jaśniejszych informacji na temat wczesnej diagnostyki osteoporozy w celu zapobiegania złamaniom, w tym poprzez bardziej powszechny dostęp do badań densytometrycznych kości;
65. popiera wyzwanie dotyczące płci zainicjowane przez WHO, według którego konieczna jest lepsza ocena czynników ryzyka wpływających na zdrowie kobiet; w tym kontekście z zadowoleniem przyjmuje zalecenia WHO dotyczące budowania przyjaznego otoczenia dla osób w podeszłym wieku oraz zwiększania możliwości dla kobiet starszych w zakresie wnoszenia produktywnego wkładu na rzecz społeczeństwa, w tym w ramach współpracy międzysektorowej, tak aby identyfikować i propagować działania poza sektorem zdrowia, które mogą przynieść lepsze skutki zdrowotne dla kobiet;
66. zwraca się do państw członkowskich, aby podczas szkoleń pracowników medycznych i paramedycznych podkreślały różnice w obrazie klinicznym i objawach chorób układu krążenia u kobiet, podkreślając korzyści płynące z szybkiej interwencji;
67. wzywa Komisję i Radę do wspierania w ramach programu „Horyzont 2020” ściślejszej współpracy naukowej i badań porównawczych nad stwardnieniem rozsianym w Unii Europejskiej, aby łatwiej można było zapewnić odpowiednie leczenie w celu zapobiegania tej chorobie, która powoduje poważne ograniczenia sprawności ruchowej, w szczególności u starszych kobiet;
68. wzywa Komisję do dalszego wspierania specjalnych kampanii podnoszących świadomość szczególnie skierowanych do starszych kobiet i koncentrujących się na zaleceniach uwzględniających kwestie płci i wieku dotyczących prawidłowego odżywiania się oraz znaczenia aktywności fizycznej jako czynników, które mogą odgrywać rolę w zapobieganiu upadkom i zmniejszyć występowanie chorób układu krążenia, osteoporozy i niektórych rodzajów raka;
69. apeluje o podjęcie działań w tym kontekście, poprzez informowanie i kształcenie, zarówno w szkołach, jak i poprzez komunikaty dotyczące zdrowia, w zakresie znaczenia zapewnienia właściwego odżywiania i zagrożeń dla zdrowia związanych z nieodpowiednią dietą;
70. wzywa Komisję do podjęcia dyskusji z Radą na rzecz skutecznego wspierania i wdrażania zalecenia w sprawie badań przesiewowych pod kątem nowotworów, z

położeniem szczególnego nacisku na grupy populacji znajdujące się w niekorzystnej sytuacji społeczno-gospodarczej, aby zmniejszyć nierówności w zakresie opieki zdrowotnej; wzywa państwa członkowskie, które jeszcze tego nie uczyniły, do realizacji powyższego zalecenia, zgodnie z europejskimi wytycznymi w zakresie zapewniania jakości;

71. wzywa Komisję i Radę do dostosowania granicy wieku uprawniającego do dostępu do programów badań przesiewowych, przynajmniej w krajach, w których zachorowalność na daną chorobę była wyższa oraz w sytuacjach szczególnego ryzyka wynikającego z predyspozycji rodzinnych, a także do uwzględniania w tych programach również kobiet w podeszłym wieku, ze względu na większą średnią długości życia;
72. wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania praw kobiet w perspektywie zwalczania wszelkiej przemocy i dyskryminacji ze względu na wiek i płeć, także poprzez organizowanie kampanii podnoszących świadomość i informacyjnych skierowanych do wszystkich mieszkańców Unii, poczynając od najmłodszych;
73. wzywa państwa członkowskie do zintensyfikowania badań klinicznych dotyczących kobiet i uważa, że przedstawiony niedawno wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylecia dyrektywy 2001/20/WE mógłby zostać poddany przeglądowi, aby pójść w tym kierunku;
74. wzywa państwa członkowskie do opracowywania innowacyjnych rozwiązań bezpośrednio we współpracy z pacjentami, tak aby skuteczniej zaspokajać potrzeby osób starszych;
75. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji.

## UZASADNIENIE

Spółeczeństwo Unii Europejskiej stopniowo starzeje się z powodu niskiego wskaźnika urodzeń i wzrostu średniej długości życia. Czynnikiem ten jest coraz bardziej uwzględniany w europejskich strategiach politycznych, czego dowodem jest fakt, że rok 2012 został ogłoszony Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Celem jest propagowanie starzenia się wszystkich ludzi w dobrym zdrowiu, poprzez dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz poprzez działania zapobiegawcze, które pozwolą osobom w podeszłym wieku na jak najdłuższe zachowanie niezależności.

Niniejsze sprawozdanie ma na celu przedstawienie obrazu aktualnej sytuacji oraz zaproponowanie w formie programu szeregu działań, które należy podjąć na szczeblu krajowym i europejskim.

Nie istnieje jedna definicja „osoby w podeszłym wieku”. W niektórych przypadkach odnosi się ona do wieku kalendarzowego (według WHO to wiek od 65 lat) lub do etapów życia (trzeci i czwarty wiek), w innych przypadkach uwzględnia ona rolę społeczną, poziom aktywności (zaprzestanie działalności zawodowej), stan zdrowia lub stopień uzależnienia.

Sondaż Eurobarometru na temat aktywnego starzenia się (2012) pokazuje, że definicja „osoby młodej” i „osoby w podeszłym wieku” bardzo różni się zależnie od kraju. Średnio Europejczycy uważają, że osobę można uznać za będącą „w podeszłym wieku”, w wieku 64 lat a za „nie młodą”, gdy osiąga wiek 41,8 lat.

W przedziale wiekowym powyżej 65 lat występuje dysproporcja pod względem płci: wśród ponad 87 mln ludzi w 27 państwach członkowskich UE w tej grupie wiekowej, 50,6 mln to kobiety.

Różnica jest jeszcze większa w przypadku osób mających ponad 80 lat: kobiety stanowią 3,1% ogółu społeczeństwa a mężczyźni 1,6%.

Kobiety odczuwają początek starości nieco później niż mężczyźni (65 lat w przypadku kobiet i 62,7 lat w przypadku mężczyzn). Ciekawą kwestią jest to, jak postrzegają oni stan własnego zdrowia: w wieku 65 lat mężczyźni myślą, że mają przed sobą 8,2 lat w dobrym zdrowiu; w przypadku kobiet jest to 8,4 lat.

Według badania Eurostatu tylko 48,9% osób w grupie wiekowej 50-64 lata optymistycznie zapatruje się na swoją przyszłość; odsetek ten obniża się do 44,9% w przypadku osób w wieku ponad 65 lat.

Pomimo wydłużenia się życia, wśród kobiet w podeszłym wieku odnotowuje się znacznie częstsze występowanie chorób powodujących niepełnosprawność – złamań z powodu osteoporozy, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób zwyrodnieniowych stawów, udarów mózgu, nietrzymania moczu, raka – niż wśród mężczyzn w tym samym wieku. To samo odnosi się do stopniowego występowania niepełnosprawności związanych ze zmniejszeniem zdolności psychomotorycznych, stanami splątania i demencji (np. choroba Alzheimera), których częstość występowania gwałtownie wzrasta wraz z wiekiem.

Wśród chorób, które szczególnie dotyczą kobiety w podeszłym wieku są choroby układu krążenia, układu oddechowego, rak (który pozostaje główną przyczyną zgonów wśród kobiet w podeszłym wieku w UE), choroby układu mięśniowo-szkieletowego, choroby zwyrodnieniowe i depresja.

Głównymi czynnikami ryzyka wystąpienia choroby, które należy rozpatrywać jako wzajemnie powiązane, są nadciśnienie tętnicze, hiperglikemia, siedzący tryb życia, palenie tytoniu, nadwaga i otyłość, hipercholesterolemia oraz, w przypadku kobiet, zmiany hormonalne związane z menopauzą.

W szczególności palenie tytoniu powoduje śmierć ok. 6 milionów ludzi każdego roku, w tym 21% w Europie. Nadużywanie alkoholu jest trzecim najpoważniejszym czynnikiem ryzyka zgonu i niepełnosprawności w Unii Europejskiej, po tytoniu i nadciśnieniu tętniczym, powodującym 195 tys. zgonów rocznie i wpływającym na ok. 12% przedwczesnych zgonów wśród mężczyzn i 2% przedwczesnych zgonów kobiet. W ponad połowie krajów OECD przynajmniej co druga osoba ma nadwagę lub jest otyła, a zgodnie z prognozami za dziesięć lat w niektórych krajach dwie osoby na trzy będą otyłe. Aktywność fizyczna może odgrywać ważną rolę w poprawie jakości życia osób w podeszłym wieku, ponieważ poprawia ich stan fizjologiczny i psychiczny. Według sondażu Eurobarometru dotyczącego sportu i aktywności fizycznej ponad połowa respondentów w wieku 15-24 lata deklaruje, że uprawia sport przynajmniej raz w tygodniu; odsetek ten obniża się do 44% dla grupy wiekowej 25-39 lat, do 40% dla osób w wieku 40-54 lata, do 33% dla osób w wieku 55-69 lat i do 22% w przypadku osób powyżej 70 lat.

Należy propagować zdrowie przez całe życie.

Profilaktyka i informacja stanowią istotne elementy strategii, w którą muszą zaangażować się wszyscy decydenci polityczni, szczególnie stowarzyszenia branżowe, instytucje krajowe i europejskie, media i administracje na szczeblu lokalnym.

Według WHO prawidłowe odżywianie się, aktywność fizyczna oraz walka z paleniem i nadużywaniem alkoholu powinny stanowić stały element całego życia.

Również po zakończeniu Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych instytucje UE powinny współpracować z krajowymi i lokalnymi partnerami, aby rozpowszechniać wśród ogółu społeczeństwa strategie zapobiegawcze, służące promowaniu dobrych wzorców zachowania pozwalających na zdrowe i aktywne starzenie się.

Oprócz programów dotyczących badań przesiewowych, należy również uwzględnić trudności (które często stają się niemożliwe do pokonania) związane z dostępem do usług zdrowotnych: złożoność systemów, brak wytycznych, trudne warunki umawiania wizyt u lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych oraz długie listy oczekujących zniechęcają przede wszystkim starszych pacjentów, zwłaszcza kobiety w podeszłym wieku, które często żyją samotnie.

Nawet w przypadkach, gdy istnieje możliwość udzielenia kobietom w podeszłym wieku odpowiednich świadczeń zdrowotnych, ze względu na brak informacji nie mogą one skorzystać z dostępnych możliwości. Należy pamiętać, że jakość opieki zdrowotnej zależy również, szczególnie w przypadku kobiet w podeszłym wieku, od relacji lekarz-pacjent uwzględniającej specyfikę tej grupy ludności.

Badania kliniczne powinny w większym stopniu uwzględniać kwestie związane z płcią, podkreślając nie tylko częstsze występowanie pewnych specyficznych chorób u kobiet, ale również i przede wszystkim czynniki je powodujące lub zwiększające ryzyko zachorowania na nie (zwłaszcza zmiany hormonalne).

Dla kobiet starzenie się (i początek menopauzy) jest momentem poważnego kryzysu. Starzejąc się kobiety przeżywają głębokie zmiany: ich rola w społeczeństwie oraz sytuacja zawodowa ulegają zmianie; zmiany fizyczne są często trudne do zaakceptowania.

Psychologiczne konsekwencje starzenia się mogą prowadzić do poczucia osamotnienia (co pogarsza fakt, że kobiety w podeszłym wieku często żyją same), silnego poczucia wyizolowania i utraty poczucia własnej wartości. To wszystko może prowadzić do depresji. Ponad połowa (50,6%) kobiet w wieku 50-64 lata w UE była nieaktywna w 2010 r.

Według danych Eurobarometru, jedna trzecia obywateli europejskich deklaruje, że chciałaby kontynuować pracę po osiągnięciu wieku emerytalnego.

Dwie trzecie Europejczyków pozytywnie zapatruje się na łączenie pracy w niepełnym

wymiarze czasu z częściową emeryturą, aby wraz z przejściem na emeryturę uniknąć wykluczenia z życia społecznego i zawodowego.

Aktywność osób w podeszłym wieku po przejściu na emeryturę oraz ich wkład w życie społeczne może przybierać różne formy, w tym wolontariatu, wsparcia dla członków rodziny, pomocy osobom chorym i szczególnie wrażliwym w ich sąsiedztwie (opiekunowie nieformalni) i uczestnictwa w działalności w dziedzinie polityki, kultury, środowiska lub religii. Możliwe jest podjęcie wysiłków na szczeblu lokalnym w celu dostosowania warunków lokalnych do potrzeb osób w podeszłym wieku. Można poprawić obiekty sportowe, transport publiczny; można stworzyć więcej okazji do spotkań i wymiany (działalność społeczna i rekreacyjna), przy współpracy władz lokalnych i stowarzyszeń wolontariackich. Zachęcanie do korzystania z internetu (np. poprzez bezpłatne szkolenia) może pomóc osobom w podeszłym wieku w zachowaniu życia społecznego, w walce z samotnością, ale również w zachowaniu własnej niezależności (według danych Eurostatu w 2010 r. 46% osób w grupie wiekowej 55-64 korzysta z internetu przynajmniej raz w tygodniu, natomiast w przedziale 65-74 lata odsetek ten wynosi 25%).

## WYNIK GŁOSOWANIA KOŃCOWEGO W KOMISJI

<b>Data przyjęcia</b>	10.10.2012
<b>Wynik głosowania końcowego</b>	+ :            31 - :            0 0 :            1
<b>Posłowie obecni podczas głosowania końcowego</b>	Regina Bastos, Edit Bauer, Andrea Češková, Edite Estrela, Iratxe García Pérez, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Lívia Járóka, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Constance Le Grip, Astrid Lulling, Barbara Matera, Elisabeth Morin-Chartier, Krisztina Morvai, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Raül Romeva i Rueda, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Anna Záborská
<b>Zastępca(y) obecny(i) podczas głosowania końcowego</b>	Roberta Angelilli, Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Sylvie Guillaume, Ulrike Lunacek, Ana Miranda, Chrysoula Paliadeli, Antigoni Papadopoulou, Angelika Werthmann
<b>Zastępca(y) (art. 187 ust. 2) obecny(i) podczas głosowania końcowego</b>	Jacek Włosowicz