



# **LONG TERM CARE : WHAT CHALLENGES FOR EUROPE ?**

Symposium Proceedings

EUROPEAN PARLIAMENT  
BRUSSELS

Wednesday, November 13<sup>th</sup> 2013





# **Long Term Care : What Challenges for Europe ?**

Symposium Proceedings

EUROPEAN PARLIAMENT  
BRUSSELS

Wednesday, November 13<sup>th</sup> 2013



# FOREWORD

Population aging continues at a steady pace particularly in Europe. The number of centenarians increases regularly with certainly different speeds, depending on the Member States.

Although the number of degenerative diseases increases with longer duration of life (Alzheimer's disease affects several millions of Europeans per year) it should be noticed that more than 50 % of very elderly people living alone in their home.

Hundreds of thousands of 2040's centenarians are now in their fifties. What is being done, what is forecasted? What are the strategies to meet this challenge of our societies?

Recent work by EIH on Prevention and New Technologies are naturally led to address the problem of dependence, of the loss of autonomy, the quality of life of older people, the caregiver's conditions and possible improvements to consider across Europe in the short and medium term.

Although, of course different States have begun to address these issues, but more often in an isolated manner, insufficiently informed about early experiences elsewhere and progress coming from the fast development of new technologies that can provide some solutions to prevent and to organize without requiring substantial funding.

Aware of its mission of foresight, and willing to promote exchanges between Member States to accelerate the implementation of Public Health actions for the benefit of European Citizens, EIH takes the initiative to organize a symposium on: 'Long Term care: What challenges for Europe?'. The goal is to share diagnosis, to exchange on first experiences and strategies and possibly to develop recommendations to accelerate the necessary actions across Europe



# AVANT-PROPOS

Le vieillissement des populations se poursuit à un rythme soutenu, notamment en Europe, le nombre des centenaires s'accroît régulièrement à des vitesses certes différentes, selon les Etats Membres.

Même si le nombre des maladies dégénératives augmente avec l'allongement de la durée de la vie, (la maladie d'Alzheimer touche plusieurs millions d'Européens par an) il faut noter que plus de 50% des personnes très âgées vivent seules à leur domicile.

Les centaines de milliers de centenaires de 2040, sont les quinquagénaires d'aujourd'hui. Que fait-on, que prépare t'on ? Quelles sont les stratégies pour répondre à ce déficit de nos sociétés ?

Les travaux récents menés par l'EIH sur la Prévention et les nouvelles Technologies ont tout naturellement conduit à aborder le problème de la dépendance, de la perte d'autonomie, du cadre de vie des personnes âgées, des conditions des aidants et des améliorations possibles à envisager à court et moyen terme à travers l'Europe.

Certes, différents Etats ont commencé à aborder ces problèmes, mais le plus souvent de façon isolée, insuffisamment instruits des premières expériences réalisées ailleurs et des avancées que peuvent offrir les développements très rapides de nouvelles technologies capables d'apporter certaines solutions de prévention et d'organisation ne nécessitant pas des financements considérables.

Conforme à ses missions de prospective et de volonté de favoriser les échanges entre Etats Membres, afin d'accélérer la mise en place d'actions de Santé Publique au bénéfice des citoyens européens, l'EIH prend l'initiative d'organiser un colloque sur "Long Term care : What challenges for Europe" L'objectif étant un partage des diagnostics, un échange sur les premières stratégies et expériences et si possible la mise en place de recommandations afin d'accélérer les actions nécessaires à travers l'Europe.

# Contents

<b>FOREWORD / AVANT-PROPOS .....</b>	<b>3</b>
<b>WELCOME ADDRESS .....</b>	<b>7</b>
Bernard Mesuré	
<b>DEFINITION AND VARIOUS PROBLEMATICS .....</b>	<b>11</b>
Denis Stokkink	
<b>KEY FACTS AND FIGURES</b>	
<b>1-Public expenditure on Long Term Care in the EU:</b>	
<b>current and future .....</b>	<b>14</b>
Christoph Schwierz	
<b>2- Demographic data inventory of needs .....</b>	<b>18</b>
Francesca Colombo	
<b>3- Healthy ageing and prevention of dependency .....</b>	<b>20</b>
Ines Garcia Sanchez	
<b>ROUND TABLE I:</b>	
<b>CHALLENGES AND OPPORTUNITIES .....</b>	<b>21</b>
Moderator: Denis Stokkink	
Herdis Gunnarsdóttir - Silvia Gomez - Paul De Raeve /	
Jean-Louis Zufferey / Joëlle Coclet / Dr Paul Garassus	
<b>ROUND TABLE II:</b>	
<b>LEARNING FROM RELEVANT INTERNATIONAL</b>	
<b>PERSPECTIVES AND EXPERIENCES .....</b>	<b>29</b>
Moderator: Michel Moullet	
Joan Cornet / Nadia Frontigny / Romain Finas / Henri Noat /	
Carine Puyol / Marion Faingnaert	
<b>ROUND TABLE III:</b>	
<b>RECOMMENDATIONS ON HOW TO MANAGE</b>	
<b>LONG TERM CARE IN EUROPE .....</b>	<b>38</b>
Moderator: Dr Hugues-Arnaud Mayer	
Hans Peter Graf / Dr Philippe Aillières / Jean-Claude Coubard /	
Arnaud Senn / Magdalena Machalska	
<b>FINAL REMARKS:</b>	
<b>WHAT CAN EUROPE DO TO MOVE FORWARD? .....</b>	<b>50</b>
Jorge Pinto Antunes	

# WELCOME ADDRESS

**Bernard Mesuré**

*EIH, Chairman*

In a few words, let me remind that the European Institute for Health (EIH) is a nonprofit, independent organization, whose main objective is to contribute to improving health across Europe in a prospective approach,

mainly:

- By anticipating very important changes to consider in the health sector
- By tracking and predicting the progress of science and new technologies
- By finding and supporting the emergence of new players
- By taking into account the expectations of Europeans, changes in ecosystems, and of course, and this is the purpose of our meeting today, the problems and opportunities that arise regarding the aging of our populations.

To do this, our action, across studies, seminars, working groups, publications, must:

- Help and facilitate exchanges and diagnosis shared by Member States.
- Support and improve the coordination required.
- Allow the emergence of recommendations and action plans to be implemented to anticipate and follow trends that are emerging and transformations towards new models of health service of and well-being of our European fellow citizens.

In a study conducted at the EIH's request: "Emerging Health Challenges for Europe over the next 20 year", our partner, Accenture, had highlighted five trends or major changes that should fundamentally change the health ecosystem in the coming years.

At the head of these is aging and the goal of healthy aging is to say, to prevent as far as possible dependence.

Population aging continues at a steady pace, especially in Europe:

The number of centenarians increases regularly at different speeds in Member States.

Although the number of degenerative diseases increases with the longer duration of life (Alzheimer's disease affects several million Europeans per year), it should be noted that over 50 % of very elderly people living alone relatively healthy in their homes.

What is being done, what is prepared, what are the strategies to meet the challenge of our societies?

Recent work done by EIH on Prevention , new technologies, has naturally led us to tackle the problems of dependence, loss of autonomy, quality of life of elderly and very elderly, conditions and difficulties of caregivers, possible improvements to consider across Europe, in the short and medium term

At the European level, among topics of interest that have emerged and many of which will certainly be addressed by our speakers whom I thank in advance for their contribution, we can nonexhaustively meet:

- The definition of the terminology used
- The inventory of existing devices in Europe
- The need and importance of exchanging experiences and strategies already in place.
- The differential funding between the purely medical part of chronic diseases and the social part related to the state of loss of autonomy especially for the elderly or very elderly, living alone.
- The necessary information for dependents, losing their autonomy and their families regarding administrative, social and financial assistance, host structures, temporary hospital admissions and respite opportunities for “caregivers”.
- The increasingly developed input of new information technologies related to health.
- The e-health, e medicine that enable better prevention, safer home and a better coordination of stakeholders.
- The actuation of a better prevention for the elderly persons to live at home as long as possible in the best conditions and in better health.

Certainly different Member States and among them some regions have started to address and find solutions to these problems, but more often in an isolated manner; undereducated of first experiences elsewhere and of the results already achieved by the very rapid development of new technologies that can provide some solutions for prevention and organization that do not always require considerable funding.

In accordance with its mission of forecasting and its desire to promote exchanges between Member States to accelerate the implementation of public health actions for the benefit of European citizens, EIH is pleased to have initiated this meeting.

Before giving the floor to the first speaker, let me first of all thank Mr. Jean Paul Gauzes MEP through which we could have the room to the European Parliament, thanks also to representatives of several Departments of the European Commission who are among us, despite agendas that we know cluttered, and again thanks to all the contributors.



# ALLOCUTION DE BIENVENUE

En quelques mots, je rappellerai que l'European Institute for Health (EIH) est une structure sans but lucratif, indépendante dont l'objectif principal est de contribuer à l'amélioration de la santé à travers l'Europe dans une approche prospective, principalement :

- En anticipant les changements très importants à envisager dans le secteur de la Santé.
- En suivant et prévoyant les avancées de la science et des nouvelles technologies.
- En constatant et en accompagnant l'émergence des nouveaux acteurs.
- En tenant compte des attentes des européens, des évolutions des écosystèmes et bien entendu, et c'est l'objet de notre rencontre aujourd'hui, des problèmes et des opportunités que posent et poseront le vieillissement de nos populations.

Pour ce faire, notre action à travers études, séminaires, groupes de travail, publications, doit :

- Aider et faciliter les échanges et les diagnostics partagés par les Etats Membres.
- Accompagner, améliorer les coordinations nécessaires.
- Permettre l'émergence de recommandations et de plans d'actions à mettre en œuvre pour anticiper et suivre les évolutions qui se dessinent et les transformations vers de nouveaux modèles au service de la Santé et du bien-être de nos concitoyens européens.

Dans une étude menée à la demande d'EIH :

« Emerging Health Challenges for Europe over the next 20 years », notre partenaire, Accenture, avait mis en exergue cinq tendances ou évolutions majeures qui devraient changer en profondeur l'écosystème de la Santé dans les prochaines années.

En tête de celles-ci venait le vieillissement et l'objectif de vieillir en bonne santé c'est-à-dire de prévenir autant qu'il est possible la dépendance.

Le vieillissement des populations se poursuit à un rythme soutenu, notamment en Europe :

Le nombre de centenaires s'accroît régulièrement à des vitesses, certes, différentes selon les Etats Membres.

Même si le nombre des maladies dégénératives augmente avec l'allongement de la durée de la vie (la maladie d'Alzheimer touche plusieurs millions d'européens par an), il faut noter que plus de 50 % des personnes très âgées vivent seules, en relative bonne santé, à leur domicile.

Que fait-on, que prépare-t-on, Quelles sont les stratégies pour répondre à ce défi de nos sociétés ?

Les travaux récents menés par EIH sur la Prévention, les nouvelles

technologies nous ont tout naturellement conduits à aborder les problèmes de la Dépendance, de la perte d'autonomie, du cadre de vie des personnes âgées et très âgées, des conditions et des difficultés des aidants, des améliorations possibles à envisager à court et moyen terme, à travers l'Europe.

Au plan européen parmi les thèmes d'intérêt qui nous sont apparus et dont plusieurs seront certainement abordés par nos intervenants que je remercie d'avance pour leur contribution, nous pouvons relever et, ce, de façon non exhaustive :

- La définition de la terminologie utilisée.
- L'état des lieux des dispositifs existant en Europe.
- La nécessité et l'intérêt d'échanger sur les expériences et stratégies déjà mises en place.
- Le financement différencié entre la partie purement médicale liée aux maladies chroniques et la partie sociale liée à l'état de perte d'autonomie notamment des personnes âgées, voire très âgées, vivant seules.
- La nécessaire information pour les personnes dépendantes, en perte d'autonomie et leurs familles sur les aides administratives, sociales et financières, sur les structures d'accueil, d'hospitalisations temporaires et de répit pour les « personnes aidantes ».
- L'apport de plus en plus développé des nouvelles technologies de l'information liées à la santé : la e-santé, et e-médecine qui permettent une meilleure prévention, une plus grande sécurité au domicile ainsi qu'une meilleure coordination des intervenants.
- La mise en action d'une meilleure prévention permettant à la personne âgée de vivre à son domicile le plus longtemps possible dans les meilleures conditions et en meilleure santé possibles.

Certes différents Etats Membres et parmi eux certaines régions ont commencé à aborder et à trouver les premières solutions à ces problèmes, mais le plus souvent de façon isolée ; insuffisamment instruits des premières expériences menées ailleurs et des résultats déjà obtenus grâce aux développements très rapides des nouvelles technologies capables d'apporter certaines solutions de prévention, d'organisation qui ne nécessitent pas toujours des financements considérables. Conforme à ses missions de prospective et à sa volonté de favoriser les échanges entre les Etats Membres afin d'accélérer la mise en place d'actions de santé publique au bénéfice des citoyens européens, L'EIH est heureux d'avoir pris l'initiative de cette réunion.

Avant de donner la parole au premier intervenant, permettez moi de remercier tout d'abord Mr. Jean Paul Gauzès (MEP) grâce à qui nous avons pu disposer de cet accueil au Parlement Européen, ainsi que les représentants de plusieurs Directions de la Commission Européenne, qui, malgré des agendas que nous savons très chargés, sont parmi nous et enfin tous les contributeurs.

# DEFINITION AND VARIOUS PROBLEMATICS

Denis Stokkink

President, Think Tank : Pour la Solidarité.

## PowerPoint presentation

### Des tendances communes en Europe

- Vieillesse de la population
- Progrès sanitaires et sociaux
- Évolution des structures familiales
- Amélioration de la qualité de vie
- Enjeu économique : développement des services à la personne à finalité sociale et création d'emplois de qualité

 Think Tank européen Pour la Solidarité  
[www.pourlasolidarite.eu](http://www.pourlasolidarite.eu) | [info@pourlasolidarite.eu](mailto:info@pourlasolidarite.eu)

1

### L'intérêt croissant de l'UE

- Des politiques essentiellement nationales...  
... Mais qui rejoignent des préoccupations communautaires :
  - développement économique
  - inclusion
  - santé
  - services sociaux
  - vieillissement
  - ...

 Think Tank européen Pour la Solidarité  
[www.pourlasolidarite.eu](http://www.pourlasolidarite.eu) | [info@pourlasolidarite.eu](mailto:info@pourlasolidarite.eu)

2

### La transition démographique

- Le vieillissement de la population européenne résulte principalement de la chute de la natalité (moyenne européenne de 1.5 enfant par femmes) et de l'augmentation de l'espérance de vie
- D'ici 2030:
  - L'Europe sera la zone géographique la plus âgée du monde;
  - La part des plus de 60 ans sera d'environ 25%;
  - Le nombre de personnes de plus de 80 ans atteindra 7% de la population.

 Think Tank européen Pour la Solidarité  
[www.pourlasolidarite.eu](http://www.pourlasolidarite.eu) | [info@pourlasolidarite.eu](mailto:info@pourlasolidarite.eu)

3

### Les défis clés pour l'avenir

1. Contrôler les conséquences économiques du vieillissement afin de maintenir la croissance et l'équilibre des finances publiques;
2. Prendre en compte le vieillissement et la diminution de la main d'oeuvre;
3. Assurer des retraites adéquates et durables;
4. Assurer l'accès à des services de soin de haute qualité tout en maintenant l'équilibre des systèmes de sécurité sociale;

 Think Tank européen Pour la Solidarité  
[www.pourlasolidarite.eu](http://www.pourlasolidarite.eu) | [info@pourlasolidarite.eu](mailto:info@pourlasolidarite.eu)

4

### Le vieillissement actif

Impact du vieillissement: les actifs devront travailler plus longtemps

Le concept de vieillissement actif désigne le fait de rester actif tout au long de sa vie;

- En travaillant plus longtemps;
- En partant à la retraite plus tard;
- En s'engageant dans le bénévolat pendant la retraite;
- En ayant un mode de vie sain et actif;

**Le vieillissement est aussi une opportunité!**

 Think Tank européen Pour la Solidarité  
[www.pourlasolidarite.eu](http://www.pourlasolidarite.eu) | [info@pourlasolidarite.eu](mailto:info@pourlasolidarite.eu)

5

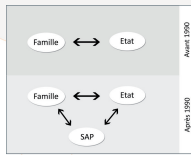
### Les services de soin pour les personnes âgées

- En raison du vieillissement de la population, les besoins en termes de services de soin pour les personnes âgées ont augmenté considérablement dans tous les pays européens.
- Qui fournit des soins de santé pour les personnes âgées?
  - Traditionnellement les familles (et en l'occurrence les femmes)
  - Cependant, de plus en plus de femmes participent au marché du travail. Les familles ont donc moins de temps pour les activités de soin.

 Think Tank européen Pour la Solidarité  
[www.pourlasolidarite.eu](http://www.pourlasolidarite.eu) | [info@pourlasolidarite.eu](mailto:info@pourlasolidarite.eu)

6

## Le développement et l'expansion des services à la personnes dans l'UE



Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourtasolidarite.eu | info@pourtasolidarite.eu

7

## Les services de soin pour les personnes âgées

- C'est pourquoi, on a besoin de solutions alternatives:
- Organisations de la société civile / organisations à but non lucratif. Exemple: aide-soignants à domicile
- Entreprises privées. Exemple: maisons de retraite

Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourtasolidarite.eu | info@pourtasolidarite.eu

8

## Les services de soins pour les personnes âgées: une opportunité de taille

- Les services de soin pour personnes âgées sont une opportunité pour la société, et ce pour deux raisons:
- Ils contribuent de façon significative à l'inclusion sociale en aidant les personnes et en assurant leur bien-être (spécialement celui des personnes dépendantes)
- Ils créent de nouveaux emplois (appelés "emplois blancs")

Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourtasolidarite.eu | info@pourtasolidarite.eu

9

## Les emplois blancs dans l'UE

- Le secteur de la santé et des services sociaux représente 10% des emplois en Europe
- Secteur porteur : réponse pour les politiques d'emploi et de santé et réponse aux changements démographiques engendrant de nouveaux besoins dans la prise en charge des personnes en situation de dépendance.

Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourtasolidarite.eu | info@pourtasolidarite.eu

10

## Focus sur la dépendance: définition

- La définition de la dépendance varie d'un Etat à l'autre mais aussi d'un secteur à l'autre selon qu'on se positionne dans le domaine médical, social, économique.
- De manière générale, la dépendance désigne « l'état des personnes qui ne peuvent pas accomplir sans aide les actes essentiels de la vie quotidienne »

Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourtasolidarite.eu | info@pourtasolidarite.eu

11

## La prise en charge de la dépendance en Europe

- Tous les pays ont mis en place une politique de solidarité envers les personnes dépendantes
- Objectif identique d'un pays à l'autre mais modalités de financement diverses en fonction de traditions culturelles et des priorités nationales

Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourtasolidarite.eu | info@pourtasolidarite.eu

12

## Facteurs influençant les politiques de soutien de la dépendance

- Les programmes et la population couverte par une assistance de longue durée
- Les mécanismes nationaux de financement du système de protection sociale
- Le degré de participation financière des particuliers
- La ligne de démarcation entre les responsabilités publiques et privées pour les soins de longue durée

Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourtasolidarite.eu | info@pourtasolidarite.eu

13

## Dépendance et services à la personne

- Le secteur des services à la personne prend en charge les personnes dépendantes lorsque celles-ci souhaitent rester à domicile.
- Contexte de désinstitutionnalisation au profit de la prise en charge de proximité
- Transformation des modèles institutionnels traditionnels de soins de longue durée

Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourtasolidarite.eu | info@pourtasolidarite.eu

14

## Les soins de longue durée dans l'UE

- Attention particulière de l'UE aux soins de longue durée car convergence de préoccupations communes:
  - Vieillesse de la population
  - Equilibre des systèmes de protection sociale
  - Pénurie de main d'œuvre, etc.
- L'UE encourage la coordination des politiques nationales des SLD par le biais de la MOC

 Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourlasolidarite.eu | info@pourlasolidarite.eu

15

## Défis à plus long terme

- Assurer la professionnalisation du secteur
- Offrir des emplois et des services de qualité, avec l'humain au centre des préoccupations, et orienté sur la qualité de vie des usagers
- Remplir des enjeux démocratiques et universels en assurant l'accessibilité des services
- Encourager la gouvernance territoriale au vu de la diversification des acteurs et la décentralisation des compétences

 Think Tank européen Pour la Solidarité  
www.pourlasolidarite.eu | info@pourlasolidarite.eu

16

Le Think Tank européen Pour la Solidarité (PLS) est une structure d'accompagnement des décideurs politiques et des acteurs socioéconomiques désireux d'agir avec professionnalisme dans le champ de la solidarité.

Depuis dix ans, PLS propose une expertise extérieure et professionnelle à partir d'une démarche originale, celle de se positionner comme un pôle de reliance entre acteurs de toute l'Europe élargie, associations de la société civile organisée, acteurs publics, syndicats, chercheurs et entreprises. Par les partenariats sans cesse engendrés et les activités menées, l'association joue dès lors un rôle actif dans la formulation des politiques publiques, l'accroissement de l'intérêt des entreprises pour leur responsabilité sociétale et l'encouragement de la participation des citoyens et des organisations de la société civile dans les processus décisionnels. Ces partenariats permettent de relever de nombreux défis émergents et de contribuer à la construction d'une société solidaire, porteuse de cohésion sociale et de diversité.

Depuis sa création, PLS a fait des services à la personne une de ses thématiques fortes, en développant une expertise pluridirectionnelle ancrée dans un cadre de réflexion européen. PLS a ainsi publié de nombreuses études sur la dépendance, le vieillissement, la santé et les services à la personne. Parmi celles-ci, « Les services à la personne en Europe. Regards croisés et approche européenne sur un enjeu d'avenir », « Services de proximité et nouvelles technologies : une union prometteuse pour l'économie plurielle », « Vieillesse active et solidarité intergénérationnelle : constats, enjeux et perspectives », ou encore « Agir pour une santé durable. Priorités et perspectives en Europe ». En marge de cela, PLS a organisé en 2012 les rencontres européennes des services à la personne et a également lancé un réseau européen de services à la personne à finalité sociale.

# KEY FACTS AND FIGURES

## 1- Public expenditure on Long Term Care in the EU: current and future

Christoph Schwierz  
European Commission - DG Ecfm.

### PowerPoint presentation




**Fiscal challenges of long-term care expenditure in the EU-27**

EIH Conference  
Brussels  
12<sup>th</sup> November 2013

Christoph Schwierz,  
European Commission, DG Economic and Financial Affairs (DG ECFM)

1



**In 1 min the story is as follows**

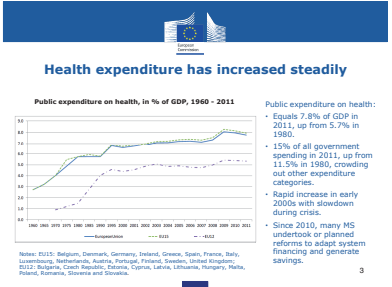
Most EU MS face significant fiscal challenges, which are to a growing degree driven by increasing health care and long-term care expenditure.

Increases in HC/LTC expenditure are a policy parameter and not only driven by unavoidable demographic trends.

Current reform efforts focus on generating short-term savings and seem to leave ample room to increase health system performance.

Therefore, the European Commission will continue to monitor this area of public spending.

2



**Health expenditure has increased steadily**

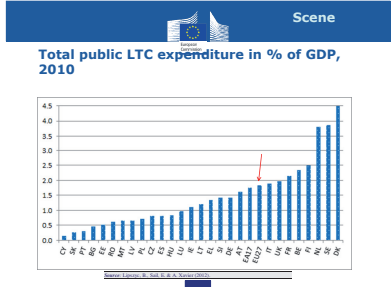
Public expenditure on health, in % of GDP, 1960 - 2011

Public expenditure on health:

- Equals 7.8% of GDP in 2011, up from 5.7% in 1980.
- 15% of all government spending in 2011, up from 11.5% in 1980, crowding out other expenditure categories.
- Rapid increase in early 2000s with slowdown during crisis.
- Since 2010, many MS undertake or planned reforms to adapt system financing and generate savings.

Notes: EU25: Belgium, Denmark, Germany, Ireland, Greece, Spain, France, Italy, Luxembourg, Netherlands, Austria, Portugal, Finland, Sweden, United Kingdom; EU27: Bulgaria, Czech Republic, Estonia, Cyprus, Latvia, Lithuania, Hungary, Malta, Poland, Romania, Slovenia and Slovakia.

3

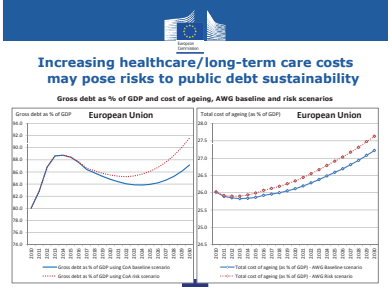


**Scene**

**Total public LTC expenditure in % of GDP, 2010**

Bar chart showing LTC expenditure in % of GDP for various EU countries in 2010. The EU27 average is highlighted with a red arrow.

4

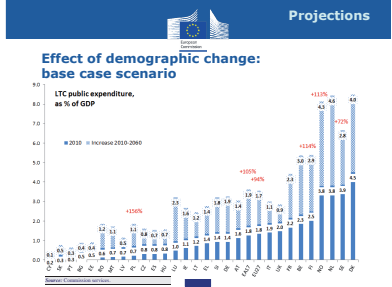


**Increasing healthcare/long-term care costs may pose risks to public debt sustainability**

Gross debt as % of GDP and cost of ageing, AWG baseline and risk scenarios

Two line graphs showing trends for the European Union from 2000 to 2050. The left graph shows Gross debt as % of GDP, and the right graph shows Total cost of ageing as % of GDP. Both show an upward trend over the period.

5



**Projections**

**Effect of demographic change: base case scenario**

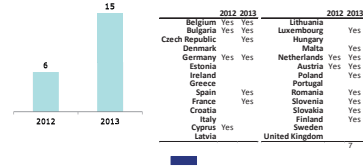
LTC public expenditure, as % of GDP

Bar chart showing projected LTC public expenditure as % of GDP from 2000 to 2050. The chart shows a steady increase, with a sharp rise starting around 2020, reaching approximately 8.5% by 2050.

6

### The growing importance of healthcare is reflected in European Semester recommendations

Number of Member States with country-specific recommendations in healthcare/long-term care



### The European Semester covers a large spectrum of healthcare/long-term care recommendations

- Frequent recommendations
  - Improving the fiscal sustainability of healthcare systems (addressed to 12 Member States)
  - Increasing the efficiency and effectiveness of healthcare cost (addressed to 14 Member States)
- Specific recommendations (addressed to selected Member States)
  - Hospital and long-term care
  - Ambulatory/outpatient/primary care
  - Coordination and integration of care
  - Policies of prevention and rehabilitation
  - Pharmaceutical policies

But how do we go about controlling public spending on healthcare and long-term care - bending the cost curve?

Look at determinants of spending: health status, technology and institutional setting, and act upon them

### Projections

	2010	2060	Change 2010-2060	% increase
EU	322	585	263	161%
BE	400	400	0	0%
BG	411	601	190	270%
CY	418	418	0	0%
CZ	205	310	105	200%
DE	510	420	-90	-18%
DK	240	250	10	4%
EE	240	250	10	4%
ES	140	140	0	0%
FR	47	100	53	111%
GR	107	107	0	0%
HR	30	30	0	0%
IE	102	102	0	0%
IT	30	100	70	230%
LT	102	102	0	0%
LU	102	102	0	0%
LV	102	102	0	0%
MT	102	102	0	0%
NL	102	102	0	0%
PL	102	102	0	0%
PT	102	102	0	0%
RO	102	102	0	0%
SI	102	102	0	0%
SK	102	102	0	0%
UK	102	102	0	0%

In the EU, the number of dependent people is expected to rise by 39% (14.8 million people) until 2060

Source: Commission services

### Projections

Expected years in sickness or disability over life time\*

Country	2010	2060
BE	18.1	13.2
BG	16.1	7.8
CZ	18.4	13.2
DE	20.2	19.8
DK	24.3	20.1
EE	23.6	18.2
ES	18.2	13.8
FR	18.1	14.1
GR	21.4	14.7
HR	23.8	18.2
IT	17.3	13.1
LT	18.4	13.2
LV	21.7	18.1
LU	18.2	13.2
MT	17.1	13.1
NL	20.2	18.4
PL	12.9	9.9
PT	22.9	17.6
RO	22.8	18.4
SI	18.4	13.8
SK	20.2	17.4
UK	19.9	13.2
EU	20.3	20.0
EU	27.2	18.0
EU	20.3	18.4
EU	19.9	7.8
EU	17.9	13.8
EU	20.4	18.4
Avg EU	19.7	14.4

Varying need to improve health and reduce the potential need for LTC services

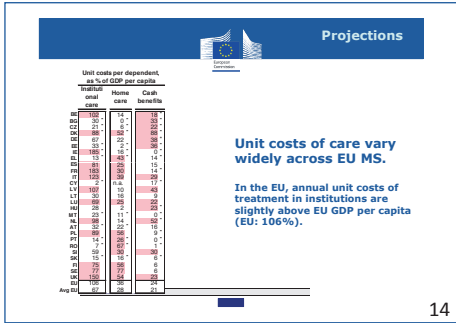
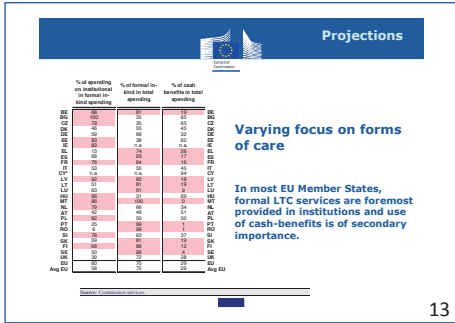
In the EU, expected years in sickness or disability over life time for females and males in 2010 was 20.4 and 15.4 (lower bound for females and males, respectively; BG with 10.3 and 7.3 years; upper bound: SI with 28.5 and 23.0 years).

### Projections

	% of population receiving formal in-home LTC under cash benefits	% of dependents receiving formal in-home LTC under cash benefits
EU	2%	25%
BE	2%	25%
BG	2%	27%
CY	2%	25%
CZ	2%	27%
DE	2%	25%
DK	2%	27%
EE	2%	25%
ES	2%	27%
FR	2%	25%
GR	2%	27%
HR	2%	25%
IT	2%	27%
LT	2%	25%
LU	2%	27%
LV	2%	25%
MT	2%	27%
NL	2%	25%
PL	2%	27%
PT	2%	25%
RO	2%	27%
SI	2%	25%
SK	2%	27%
UK	2%	25%
Avg EU	2%	25%

Extent of LTC coverage

Source: Commission services



- 
- Examples of country-specific challenges**
- Belgium, the Netherlands and Finland:
    - relative high spenders, with a focus on formal in-kind spending, especially on institutional care;
    - High spending levels may be explainable by relative high coverage rates in terms of population and relative high unit costs in institutional care;
    - Reviewing the criteria for eligibility for LTC benefits, controlling the level of unit costs of care, encouraging shifting care from institutional to home care to the extent possible and using cash benefits to a greater extent than currently done may potentially alleviate some future spending pressure in LTC.
    - In addition, Finland has a potential need to improve health and reduce the potential need for long-term care benefits.
- 15

- 
- Some implications**
- Aging has a strong impact on long-term care public expenditure;
  - Public expenditure is very sensitive to trends in prevalence of disability/dependency -> prevention and improvement in health status, as well as rehabilitation, could to some extent offset ageing effects;
  - Different average costs of different LTC solutions;
    - > Governments need to determine, organise and ensure a sustainable mix between different types of formal LTC + support informal care;
  - Need to reconcile/balance :
    - increasing need for formal LTC provision
    - growing pressure on public finances.
- 16

Lipszyc, B., Sail, E. & A. Xavier (2012), "Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27", Economic Papers 469, European Commission.

The paper can be found at DG ECFIN's website:

[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2012/pdf/ecp469\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf)

17



## Summary

As set out in the 2012 Fiscal Sustainability Report (FSR)<sup>[1]</sup>, many countries have large fiscal sustainability gaps, pointing to a need for fiscal adjustment in the medium and/or in the long run. For these countries, improving the sustainability of public finances in the field of long-term care may be important / relevant to improve their unfavourable fiscal position. This is of particular importance in Member States where the current level of public expenditure on LTC<sup>[2]</sup> is already quite high in terms of % of GDP, and where the projected contribution to the fiscal sustainability indicators from public long-term care expenditure is above the EU average. More generally, while long-term care is a fairly recent dimension of social protection systems with limited service provision in many countries, a number of factors may lead to an increased need for LTC provision and therefore potential important increases in related public expenditure in these countries. On average, public spending on long-term care absorbs a still limited but increasing share of resources<sup>[3]</sup> (1.8 % of GDP in the EU in 2010), though this figure covers a variety of realities across Member States (from 0.2 % of GDP in Cyprus to 4.5 % in Denmark). The projected ageing of the population is expected to put pressure on governments to provide formal LTC benefits, because very old people often develop multi-morbidity conditions, which require not only long-term medical care but assistance with a number of daily tasks. According to the 2012 Ageing Report<sup>[4]</sup>, long-term care expenditure will rise at a higher rate than GDP growth: public spending on long-term care is expected to increase by 1.5 pp. of GDP due to ageing-related factors (“AWG reference scenario”). The projected expenditure in long-term care represents on average more than 40 % of the total age-related increase in public spending till 2060<sup>[5]</sup>. As public spending on LTC is expected to absorb an increasingly significant share of resources (1.8 % of GDP in the EU in 2010), there is a pressing need to look at LTC systems to identify areas where issues may be the most challenging, to better understand the increasing pressures in demand and how to possibly address them in view of important resource constraints and the expenditure growth which is expected to take place as a result of population ageing.

---

[1] [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/ee-2012-8\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-8_en.pdf)

[2] Public expenditure on LTC is defined as the sum of public expenditure on in-kind (services) and on cash benefits, for long-term medical care as well as for social services of LTC.

[3] Though the recent years have shown a quite controlled increase in most countries, reinforced by the recent economic downturn and associated stronger resource constraints.

[4] [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/2012-ageing-report\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm)

[5] The other spending categories are pensions, health care, education and unemployment benefits.

# 2- Demographic data and inventory of needs

Francesca Colombo  
OCDE

PowerPoint presentation

**LONG-TERM CARE NEEDS "AT A GLANCE" (AND SOME IMPLICATIONS)**

Francesca Colombo  
OECD  
francesca.colombo@oecd.org

OECD  
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

1

The Sydney Morning Herald  
**National Educator**

Falls by elderly proving costly for hospitals, research shows

Dependance des aînés : les premiers signes

The Telegraph

DEWILF VAN GOTT

2

**RAPID AGEING AND GROWTH IN NEEDS**

3

**The share of the over 80 years old is tripling**

— EU-27 — Japan — OECD — Key Emerging Countries — World

1. Emerging countries include Brazil, China, India, Indonesia and South Africa.  
Source: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2012.

4

**Living longer does not mean ageing without disability**

Relationship between life expectancy and healthy life years (HLY) at 65, 2008-10 average

$R^2 = 0.3723$

Source: HLAG Europe, based on Eurostat Statistics Database.

5

**Cross-country variation in activity limitations**

Limitations in daily activities among the elderly population, 2011

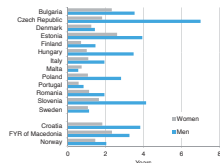
Legend: ■ Reduced to some extent ■ Limited strongly

Source: HLAG 2013, based on Eurostat Database 2013.

6

## .. And variation across societal groups

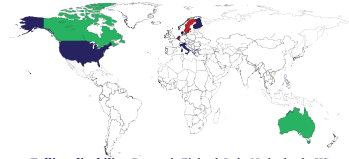
Life expectancy gaps between high and low education attainment at 65, 2010 (or nearest year)



Source: HLAG Europe, based on Eurostat Statistics Database.

7

## No general pattern of improvement in health/disability status of the elderly

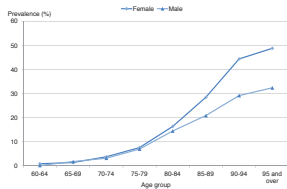


- **Falling disability:** Denmark, Finland, Italy, Netherlands, US.
- **Stable disability:** Australia, Canada.
- **Rising disability:** Belgium, Sweden

Source: Laifortune and Balestat, 2007; OECD Health 2007

8

## Emerging threats: Dementia



Source: Alzheimer Europe (2009), "Prevalence of Dementia in Europe".

9

## Emerging threats: Multiple chronic conditions

- People with chronic conditions represent 80% of burden of diseases in OECD countries;
- Those with multiple chronic conditions represent over 50% of burden of diseases across countries
- Almost 3 out of 4 of the people over 65 have multiple chronic conditions (e.g., US)

Source: Gerard Anderson presentation to OECD or 50 years OECD conference on meeting the challenge of people with multiple chronic conditions.

10

## SOME REFLECTIONS...

## Statistics on needs are but a part of a more complex picture...

- **Demand for more and better formal care**
  - Not uniform sign of disability compression
  - Multiple co-morbidities
  - Diverse user groups with different needs (e.g., Alzheimer; frail elderly; highly disabled)
  - Demand for responsive, patient-centred services
  - Preference for home and independent living
- **Pressure on LTC delivery, financing and quality**
  - LTC workers will account for a larger share of a shrinking workforce
  - Pressure on financing of the welfare state, especially where financing is based on levies on labour income
  - Fiscal context: public spending cuts and higher demand to demonstrate value of services
  - Still little measurement that LTC services are effective, safe and centred on recipient needs

11

12

## Addressing this picture means addressing a wide spectrum of policies

- Labour market policies to help family carers reconcile work with care and raising stands for LTC work
- Health policies to encourage prevention of chronic diseases and management of frailty in old age
- Financing policies to change the structure of financing welfare system
- Privacy and health information policies to enable better measurement of quality in LTC
- Governance discussion to improve coordination across LTC, health and housing policies, and across levels of government

13

## Want to learn more?

- *Health at a Glance 2013, November 2013*
- *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, June 2013 \**
- *Health at a Glance – Europe, 2012 \**
- *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 2011 \**

[www.oecd.org/health/longtermcare](http://www.oecd.org/health/longtermcare)

\* These projects were supported by the EC



14

# 3- Healthy ageing and prevention of dependency

Ines Garcia Sanchez  
European Commission - DG Sanco

## PowerPoint presentation

**Healthy Ageing and Prevention of Dependency**  
(within the Partnership on Active and Healthy Ageing)

Inés García Sánchez  
Policy Officer  
Unit 02, Innovation for Health and Consumers  
DG SANCO, European Commission

Long Term care: What challenges for Europe  
European Parliament, Brussels 13 November 2013

1

**The Challenge of Long Term Care in an Ageing society**

Chronic Conditions  
Healthy Life Years vs Life Expectancy  
Health Inequalities  
Financial sustainability  
Adjustment of Health Professional profiles

2

**EC approach to Healthy Ageing & prevention of dependency**

- Efficiently addressing major risk factors / Disease prevention & awareness campaigns
- Improving health & quality of life & efficiency health care systems (EIP on AHA)
- Making national statistics reliable & comparable
- Supporting the Social Protection Committee
- Reflection Process on Chronic Diseases
- Support to UN General Assembly Declaration 2013 on prevention & control non-communicable diseases; Support 2012 WHO Ageing Strategy

COMPREHENSIVE & INTEGRATED APPROACH

3

**European Innovation Partnership on Active & Healthy Ageing**  
Collaboration Innovation

crosscutting, connecting & engaging stakeholders across sectors, from private & public sector  
Specific Action Groups & reference Sites

+2 HLY by 2020  
Triple win for Europe

Filter I: Better management of health: preventing falls  
Filter II: Preventing functional decline & frailty  
Filter III: Integrated care for chronic conditions, low burden  
Filter IV: ICT solutions for independent living & active ageing  
Filter V: Age-friendly cities and environments

4

To make an impact on new paradigm at EU level we need to...

300 Commitments → 32 Reference Sites

Alignment of EC funding  
Advocacy & visibility

Collection of Good Practices  
Commitment implementation  
Reference Sites  
Scaling-up innovative solutions  
Provide sound knowledge for implementation

Operate in real world  
Support research  
Influence policy at EU level  
Allocate funding  
Learn from experience  
Share & scale-up best solutions

5

**EIP Active and Healthy Ageing**

New Knowledge → Proven Ideas → New solutions → Evidence and innovation guidelines → Deployment support

Horizon 2020 SC1 Health  
eHealth  
ICT & Ageing  
AAL JP V2  
Public Health Programme (health & ageing)  
Structural Funds  
EIP  
ESP  
LIP

Research Innovation Deployment

6

EIP on AHA Website - The MARKETPLACE  
<http://ec.europa.eu/active-healthy-ageing>  
DG SANCO Website  
<http://ec.europa.eu/health>

# ROUND TABLE I : CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

Moderator : Denis Stokkink

*President, Think Tank : Pour la Solidarité.*

## From a nursing perspective

Herdis Gunnarsdóttir

*European Federation of Nurses, Executive Committee Member.*

Silvia Gomez

*European Federation of Nurses, Policy Advisor.*

Paul De Raeve

*European Federation of Nurses, Secretary General.*

The climate within which the EU is moving is hitting hard the healthcare systems by reducing expenditure, cutting in preventive activities and reducing staff. This inhibits European countries to comply with their principles of solidarity and accessibility to healthcare. EU health systems face enormous constraints to provide the increasing care needed, and are putting more difficulties in accessing long term care. In the hope of counteracting this situation, nurses see **innovation** as the solution. But far from being a mere increase in the use of technology into healthcare, innovation requires a **change in mind-set, empowerment and leadership**; principles that can only be realised with a solid **educated and competent workforce for health**.

Seeing innovation as the way forward to address the challenges imposed by long term care, the EFN believes we need to **move from the medical approach** towards **integrated and coordinated care**. The components of integrated coordinated care include assessment of patients, development of care plans based on patient's needs. It is also necessary to identify all participants in care, execute care plans and adjust treatment when needed and evaluate health outcomes. Nurses have the competences to carry out these roles in health care.

There are examples and research that prove this change to be successful in terms of **cost effectiveness, better patient outcomes** and more efficient use of resources. These good practices build upon the **development of advanced roles for nurses** (currently regulated in Finland, Iceland, Ireland, the Netherlands, Norway, Portugal, Slovenia and Spain). Most of the reasons

motivating the development of new roles for nurses are related to improve access to care in a context of a limited supply of other professionals and to promote higher quality of care **by leadership and more intensive follow up and counselling in primary care and community level** (Nurse prescription, Case Management of Long Term Care, Infection Control Nurses). It is remarkable to mention that as a way to contain cost, the new roles are reducing health spending in the longer term by avoiding complications and unnecessary hospitalisations (specifically through the role of Nurse Case management on Long Term Care).

Nurses have a leading role in health service reform for different patient groups. Leadership in carrying out health service can be attained by focusing on better patient outcomes and quality of care and increased efficiency by utilising steps of integrated care. Nurses have the education and skills to achieve better patients 'outcomes in cooperation at all levels in the health care system.

**Long term care** can be addressed in this way but **must be complemented** with **self-care management** and **patient/citizens empowerment**. The EFN believes that patient empowerment and engagement are central for realising self-management and orienting citizens to actively contribute to their own health improvement and well-being. Self-care management must be **supported by adequate community care and technology** designed according to the needs of patients and health professionals. Nurses, through regular sustained direct patient contact, appropriate support and health coaching can make a significant contribution to supporting that. Nurses are uniquely placed to act as a health coach and to help managing long term care by supporting and promote healthy lifestyles and boost prevention from a life circle approach.

The self-care management paradigm has flourished from the need to sustain European health systems that cannot cope with the burden of care and chronic diseases. However, our responsibility towards citizens' health cannot be forgotten and appropriate investments and policies are needed to make self-care a positive and realistic solution. Built on adequate patient's and citizen's empowerment, well organised community care, and a highly competent workforce, self-care strategies bring economic and qualitative improvements and help create more sustainable health systems. This is how the EFN believes that nurses are enabled to adequately contribute to our health systems: highly qualified, motivated and adequately supported.

### **Icelandic examples:**

The health care service for the elderly in Iceland is a need driven **Service based care system**, like in other Scandinavian countries, compared to **Family based model**, which is the case in some other European countries. The health service for the elderly in Iceland is publically financed and carried out by the State and the Communes. The staffing for the elderly care has a rather high level of professionalization.

The goal of the service for the elderly is to keep them at home for as long as possible with all the support needed from community and home based care service. The admission criteria have recently been made stricter. In 2008 the mean life rate of residents in Icelandic nursing homes was 3 years but in 2012 the **mean life rate** was down to 2 years. Half of all residents at nursing homes die each year. This has made increased demands for qualified staffing and more support for self-management of illness at home.

There is a data set available for a sample of elderly residents in almost all Icelandic nursing homes with various **quality and cost outcomes**. **Resident assessment instrument (RAI)** is used and refers to a standardised approach adopted to examine nursing home quality and to improve nursing home regulation. RAI is used when the resident is admitted first to a nursing home and at least annually to gather definitive information on a resident's strengths and needs.

From this data we can conclude that the major improvement projects for the elderly residents needed now is to:

- Decrease depression symptoms.
- Increase activities and recreation.
- Decrease number of medications prescribed.

# Presentation des enjeux : Quelle prise en charge institutionnelle pour une population vieillissante ?

Jean-Louis Zufferey

European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly .

## PowerPoint presentation

**CURAVIVA.CH**  
FACHBEREICH ALTER

**Plate-forme romande de CURAVIVA**

Organe romand de concertation et de proposition à l'égard de CURAVIVA et de la Conférence spécialisée personnes âgées. La plate-forme romande a pour but d'être le partenaire privilégié des divers organes romands liés aux problématiques des EMS. Ses membres sont les associations cantonales suivantes :

- ABEMS (Berne),
- AFIPA (Fribourg),
- AJIPA (Jura),
- ANEMPA et ANIPPA (Neuchâtel),
- AVALEMS (Valais),
- AVDEMS et FEDEREMS (Vaud),
- FEGEMS (Genève)

1

**CURAVIVA.CH**  
FACHBEREICH ALTER

**Comptoir suisse 2011**

Espace promotion santé

Le Comptoir suisse a inscrit à son édition 2011 le thème de la promotion de la santé. Cette initiative permet à toutes les institutions du secteur de la santé de se présenter et de mettre en valeur leurs prestations.

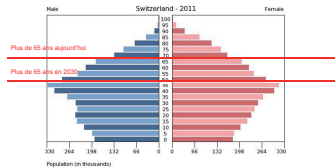


2

**CURAVIVA.CH**  
FACHBEREICH ALTER

**Enjeux démographiques (1/4)**

On ne parle pas de démographie sans une pyramide des âges....



3

**CURAVIVA.CH**  
FACHBEREICH ALTER

**Enjeux démographiques (2/4)**


- ❑ Augmentation du nombre de personnes âgées : doublement des personnes de 80 ans et plus d'ici 2040
- ❑ Augmentation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence
  - 15'000 nouveaux cas par an en Suisse
  - Plus de 25 % des personnes de 85 ans et plus développeront une maladie d'Alzheimer ou une autre forme de démence dans la suite de leur existence
  - 50 à 70 % des résidents en EMS sont atteints de démence
- ❑ 78 % des résidents en EMS dans le canton de Vaud sont atteints de troubles cognitifs (source audit Pliaser, mai 2011)
- ❑ Plus de 55 % des résidents en EMS dans le canton de Vaud présentent des troubles du comportement (source audit Pliaser, mai 2011)
  - Agressivité verbale 31 %
  - Dérange les autres 31 %
  - Agitation 28 %

4

**CURAVIVA.CH**  
FACHBEREICH ALTER

**Enjeux démographiques (3/4)**

- ❑ Augmentation de l'espérance de vie 1'300 centenaires, dont 1'100 femmes, en Suisse en 2010... alors qu'ils n'étaient encore que 757 en 2000  
Plus de 40'000 centenaires au Japon
- ❑ La diminution du nombre d'actifs et l'augmentation du nombre de retraités sera un défi sur le plan des ressources humaines et financières (financement des assurances sociales, pénurie de personnel,...)

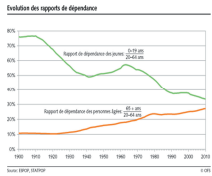


5

**CURAVIVA.CH**  
FACHBEREICH ALTER

**Enjeux démographiques (4/4)**

Evolution des rapports de dépendance



- ❑ Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, il y avait 11 personnes de plus de 65 ans pour 100 actifs...en 2010, il y en avait 27... le rapport de dépendance des personnes âgées est passé de 11 à 27 %
- ❑ L'évolution est encore plus marquée pour les jeunes de 0 à 19 ans... le rapport de dépendance des jeunes est passé lui de 75 % à 33,5 %
- ❑ On parle de vieillissement démographique : phénomène jusque-là inconnu

6



## Enjeux sociologiques



- Evolution de la cellule et des relations familiales
  - Quel rôle pour les familles dans la prise en charge des personnes âgées, dans un contexte de familles recomposées, de progression de l'individualisme et de professionnalisme de la femme?
  - Quelles attentes des familles et des proches vis-à-vis des services professionnels?
  - Quel encadrement professionnel pour que le proche aidant puisse continuer à soutenir son parent ?
- Qui sont les personnes âgées de demain ?
  - Profils, besoins, exigences, attentes,...
- Quel habitat pour les personnes âgées ?
  - Chambre à 1 lit, types et tailles d'institutions, services communautaires des EMS, structures intermédiaires, psychogériatrie et compatibilité
- Impact de l'augmentation du niveau de vie et des technologies modernes sur la prise en charge des personnes âgées

04.10.2011

7

## Enjeux sanitaires



CURAVIVA.CH  
FACHBEREICH ALTER

- Ressources humaines
  - Image du métier EMS
  - Pénurie de personnel soignant... on lit dans la presse que les jeunes soignants préfèrent démarrer en milieu hospitalier plutôt que d'accompagner des gens dans leur dernière tranche de vie...
  - Prise en charge des soins en EMS et dans les structures intermédiaires, quel niveau de formation pour les professionnels ?
- Prévention de la maltraitance
  - Formations spécifiques
  - Management et formation des cadres : direction, chefs de secteurs, etc. (la maltraitance n'est pas seulement l'affaire des soignants)
- Vision thérapeutique ou palliative pour l'accompagnement des aînés
- Spécialisation ou mixité dans la prise en charge des personnes âgées : mission gériatrique et psychogériatrique, personnes atteintes de démences avec des personnes non atteintes, taille des institutions

04.10.2011

8

## Enjeux économiques



CURAVIVA.CH  
FACHBEREICH ALTER

- Ressources humaines et financières à disposition
  - Evolution de la situation macro-économique
  - Quels moyens à disposition et quel système de financement?
  - Participation des résidents, bénéficiaires et usagers
- Politique du maintien à domicile versus politique d'hébergement
  - Comment poursuivre le développement du maintien à domicile et des structures intermédiaires ?
- Place des acteurs privés dans le domaine médico-social
  - Un Etat garant plutôt que gérant (des établissements)
  - Créer des conditions favorables à des investissements privés (exigences légales, rémunération des fonds propres investis, taux de rendement immobilier)
  - Mieux utiliser la créativité et la rapidité du secteur privé (nouvelles constructions et projets novateurs)
  - Développer le partenariat public-privé (droit de superficie par exemple)

04.10.2011

9

## Enjeux éthiques



CURAVIVA.CH  
FACHBEREICH ALTER

- Dignité
  - Le droit à un espace privé (chambre 1 lit) et la place de l'espace communautaire
  - Les risques liés à l'institutionnalisation ou comment offrir un accompagnement personnalisé en institution?
  - L'accompagnement de la fin de la vie
- Respect de la personne
  - Bienveillance et bienfaisance du personnel, qui fait un métier difficile où l'épuisement n'est pas rare
  - Le respect de nos aînés est l'affaire de toute la société
- Qualité de l'accompagnement
  - Soins de haute qualité dans des lieux de vie
  - Place des infrastructures et équipements
  - Formation du personnel
  - Une place active pour la recherche et développement (évolution des pratiques)

04.10.2011

10

## Au regard de ces enjeux...

...la notion de prise en charge « institutionnelle » doit être bouclée !



04.10.2011

11

## L'institution devient site...voire quartier...

- Renforcement du partenariat entre les acteurs de l'hébergement et les soins à domicile
- Développement des structures intermédiaires
  - court-séjour
  - accueil de jour (UAT dans le canton de Vaud, dont les contours sont redéfinis actuellement : mission, prestations et financement)
  - appartements protégés
- Intégration des structures intermédiaires sur des sites d'hébergement
- Développement de quartiers intergénérationnels
- Unités de vie à taille humaine dans un quartier sécurisé
- D'abord des lieux de vie où l'on prodigue des soins
- Diversification des métiers de l'accompagnement (ASSC, ASE et GEI)

04.10.2011

12

## Le résident devient habitant...

- Il s'habitue à un quartier dans lequel il pourra changer de structure d'encadrement et de type de prise en charge
- Il reconnaît les personnes de références pour lui tout au long de son parcours (intérêt du rôle de référent)
- Il n'a pas le sentiment de passer dans une institution (abolition de la porte d'entrée) et sa famille non plus, ce qui permet de diminuer le sentiment de culpabilité des proches
- Il pourra trouver une offre personnalisée qui correspond le mieux à ses attentes (par exemple, vivre en appartement protégé et aller en UAT, ou encore vivre en EMS et continuer à partager ses repas avec les habitants des appartements protégés...)
- Autant que faire se peut, on évite pour les personnes âgées, leur famille et les professionnels, des institutions où ne vivent que des personnes âgées atteintes de démences et troubles apparentés

04.10.2011

13

## En conclusion...

- Un paysage médico-social en pleine mutation où se côtoient de nouveaux sites aux normes modernes et des établissements plus anciens.
- Résidents, familles et professionnels doivent collaborer dans cette phase de transition qui peut être vécue comme inadéquante selon que l'on soit résident de tel ou tel établissement.
- L'avenir est aux EMS avec des chambres à 1 lit et au développement des structures intermédiaires rassemblées autour d'un même quartier.
- Les résidents deviendront de plus en plus exigeants et l'offre en prestations devra se personnaliser et se diversifier encore.
- Le marché de l'habitat évolue au gré des progrès technologiques, on pense en particulier aux possibilités de la domotique pour compenser des handicaps et favoriser le maintien à domicile.
- La communication au sujet des différentes formules habitatives doit encore être améliorée.

04.10.2011

14

# La prise en charge globale des malades chroniques et le réseau de soins Delta

Joëlle Coclet

*Delta network, Managed care coordinator, Genova.*

Le réseau de soins Delta est une association de médecins de famille fondée en 1992 par Philippe Schaller et Marc-André Raetzo, médecins internistes genevois, à la demande de l'Université de Genève pour la prise en charge des 5'000 étudiants.

En 2014, Delta compte plus de 430 médecins répartis dans les cantons de Genève et Vaud et 150'000 assurés ayant choisi ce modèle d'assurance « gatekeeper » leur permettant de bénéficier d'une prime - maladie en moyenne 20 % moins chère. En effet, la gestion du parcours médical d'un patient par son médecin de famille montre une meilleure efficacité de la prise en charge alliée à une diminution des coûts.

Pour relever le défi de la prise en charge des malades chroniques et des personnes âgées, un changement radical du système de santé s'impose : de réactive, la médecine doit devenir préventive, voire proactive. En effet, jusqu'ici, basés sur les signes ressentis lors d'épisode aigu, les soins étaient « opportunistes ». Aujourd'hui, la médecine doit être proactive en présentant de véritables plans de soins dans lesquels le malade chronique devient acteur de sa prise en charge. Cette prise en charge s'appuie sur trois piliers : la promotion de la santé, la coordination des soins et la prévention. C'est au médecin de famille dit médecin de premiers recours que revient le rôle fondamental d'anticiper et de prévenir la maladie en coordonnant les différents acteurs du système de santé autour du patient, infirmière, aide-soignante, thérapeutes et spécialistes. Une telle organisation demande de nouvelles structures qui remplaceront peu à peu les cabinets médicaux classiques. Ces « maison de santé », actuellement testées aux USA comme *patient-centered medical home*, seront le lieu de coopération des professionnels de santé, qui devront intégrer également le proche aidant dans leur équipe.

La prise en charge des malades chroniques nécessitera donc de nouveaux modes de rémunération pour financer :

- 1) Des ressources communautaires dans des structures d'éducation thérapeutique.
- 2) Une mise en valeur de la qualité de la prise en charge par des incitatifs.
- 3) Une aide aux changements de comportement et à la gestion de la maladie.
- 4) Le travail d'équipe où le médecin traitant détermine la stratégie thérapeutique et les épisodes aigus et l'équipe des soignants qui assure le suivi.
- 5) La reconnaissance du travail des proches aidants.
- 6) Des soins planifiés à partir de protocoles formalisés scientifiquement fondés.

7) Un système informatisé permettant un suivi des indicateurs, un dispositif d'alerte, une gestion des rappels.

Parallèlement à une prise en charge globale et cohérente, une gestion plus fine de l'hospitalisation est également nécessaire. En effet, l'hospitalisation du patient âgé entraîne souvent dénutrition, fonte musculaire et désorientation, empêchant souvent tout retour à domicile. La création d'unités d'accueil temporaire médicalisé présente une alternative intéressante : ces petites unités montrent déjà leur utilité pour les personnes demandant une surveillance accrue de quelques jours suite à une chute ou un changement de traitement médicamenteux, voire une pathologie ne nécessitant pas de soins hospitaliers. Une évaluation scientifique d'un projet-pilote de ce type est en cours à Genève, à Cité générations-Maison de santé, projet soutenu par le Réseau de soins Delta.

# Point de vue de l'Hospitalisation Privée

Dr Paul Garassus

*BAQUIMEHP Hospitalisation Privée, President of the Scientific Committee.*

Les perspectives de l'hospitalisation privée en Europe sont d'accompagner les réformes structurantes des systèmes de santé. Ces derniers sont régulés par trois éléments déterminants. Le premier est la régulation de l'offre par les tutelles nationales pour l'optimisation de la cartographie des établissements selon les besoins territoriaux de santé. La seconde, de plus en plus présente, est la contrainte économique qui s'exerce sur les états dans le cadre du pacte de stabilité budgétaire avec des politiques de limitation des dépenses de santé. La dernière enfin, l'adaptation des établissements de santé aux nouvelles technologies pour permettre des soins modernes et efficaces qui nécessitent par ailleurs de forts investissements.

Appliquées au contexte d'une population européenne vieillissante exposée à des pathologies chroniques, ces stratégies adaptatives nécessitent des complémentarités d'acteurs. Ainsi réduire de façon continue la durée des séjours hospitaliers, transférer autant que faire se peut les prises en charge vers les soins ambulatoires, nécessite une coordination des professionnels de santé en amont de l'épisode hospitalier mais aussi en aval. Les nouvelles technologies vont y contribuer, sous réserve que les modes de financement soient adéquats.

Petit à petit se met en place l'Europe de la Santé, avec comme développement récent la circulaire transposée depuis Octobre 2013 en droit national, favorisant la prise en charge des patients au sein de ce nouvel espace. Notre expérience de travailler en commun avec nos partenaires des différents états membres est une chance pour partager informations, standards qualitatifs mais aussi solutions adaptées à la performance hospitalière au service des patients européens. Les hôpitaux privés se préparent ainsi à cette position compétitive dans une régulation économique contrainte, tout en s'inscrivant parfaitement dans une politique d'accès au soin pour tous.

# ROUND TABLE II : LEARNING FROM RELEVANT INTERNATIONAL PERSPECTIVES AND EXPERIENCES

Moderator : Michel Moullet  
*Accenture.*

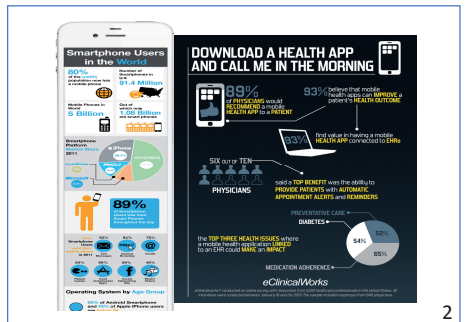
## Strategic Plan for mHealth competence center

Joan Cornet  
*Mobile World Capital, Director mHealth Competence Center, Barcelona.*

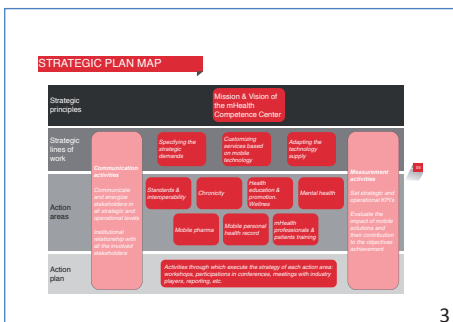
PowerPoint presentation



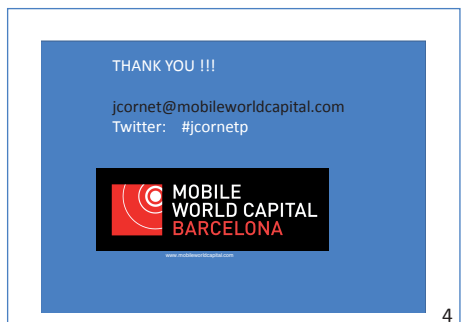
1



2



3



4

# The Silver Economy

Nadia Frontigny

Orange Health Vice-President Care Management.

## PowerPoint presentation

**The Silver Economy**  
Nadia Frontigny  
Orange Healthcare

EUROPEAN INSTITUTE FOR HEALTH  
LONG TERM CARE: WHAT CHALLENGES FOR EUROPE?  
November 15, 2011

1

**An ageing population: a growing need for connected care**

2

Orange Healthcare - Silver Economy - nov. 2013 Confidential - Orange

2

**An ageing population: a growing need for connected care**  
3 growing needs – 3 growing markets

General public

- simplified devices, simplified interfaces
- (téléassistance mobile)

3

Orange Healthcare - Silver Economy - nov. 2013 Confidential - Orange

3

**An ageing population: a growing need for connected care**  
3 growing needs – 3 growing markets

General public

- simplified devices, simplified interfaces
- (téléassistance mobile)

The Elderly

- Solution Résidence Senior Télégéria

4

Orange Healthcare - Silver Economy - nov. 2013 Confidential - Orange

4

**An ageing population: a growing need for connected care**  
3 growing needs – 3 growing markets

General public

- simplified devices, simplified interfaces
- (téléassistance mobile)

Wellness & reassurance

- optimal service plan
- Telecare services (Cardiavegny)

The Elderly

- Solution Résidence Senior Télégéria

5

Orange Healthcare - Silver Economy - nov. 2013 Confidential - Orange

5

**An ageing population: how to understand the market development**  
3 determining factors

General public

- Time
- Design for all

Wellness & reassurance

- Home-care operator

The Elderly

- a mature market
- Tight budgets
- More efficiency

the missing link

6

Orange Healthcare - Silver Economy - nov. 2013 Confidential - Orange

6

# What relevant examples illustrate the implementation of home integrated care at large scale?

Romain Finas

*Director, General Electric Healthcare Performance Solutions.*

The time for experimentation is over. Technologies or organisation are no more an issue but the financing model of home centric care systems need now to be stated by governments.

## **a. Moving to a bipolar care system divided into home & institutions**

1. **From a systemic point of view**, there is today a **burning platform** for governments to develop **home care as an alternative** to hospitalizations, long stays in institutions or simple primary cares :

- a. Under the demographic pressure, there is an urge to accelerate bed rotation and avoid endless and expensive constructions of new facilities
- b. Home is equally the **best place to boost preventions** through coaching, therapeutic education and program or connected devices showing health data

2. From a patient standpoint, it is clear that home is essential for the quality of life

## **b. Analysing the projects launched by countries or region to design integrated care services, many financial or operational issues remain unsolved after many experiments**

### **1. What financing?**

- Providing services at home turns to be individually more expensive compared to institutions where economy of scale prevail by essence (nutrition, cleaning, nurses, doctors, drug supply)
- What cost sharing with the patient or family is acceptable for countries where systems are based on universal access ?

### **2. What output of home centrality on the Health system?**

- Lower the readmission rate or emergency admission are the objective but risks to overrun primary healthcare capabilities? How can we avoid that transfer?

• **As a matter of fact, most Patient coaching projects have turned** to increase the number of stays in hospitals, but with a strong impact of the quality of life and disease side effects acceptance

### **3. Who triggers and endorses the coordination?**

#### **a. Option 1: providers as hospitals?**

• Despite their need to free bed to respond to a growing demand, their capacity to manage case outside the hospital brings them far from their current playground

#### **b. Option 2 : Primary care**

• As we can see with public commissioner in the UK ?

#### **c. Option 3 : payers (social or healthcare)?**

• As in the US ?

### **c. The medico-economic equation is not simple**

**1. On one hand technologies shall provide new areas of productivity** that will lower the total cost of home-centricity and benefit to the system

• New techniques will be used according to public profiles in order to make the patient as autonomous as possible : ex. automated coaching programs, tele-assistance,

• Seamless pathway will avoid redundancies, ...

**2. On the other hand, coordination represents additional expenses** to be funded either by services providers, healthcare professionals or the patient itself

• The coordination platform is essential to provide the right service, at the right place, at the right time by the right person

• There is a need to define the right sharing level of Home care systems to optimize its running cost but as well their local effectiveness

**d. The time for experimentation is over but the big master plans remain difficult to implement**

**Few examples exist in Europe scaling integrating Home Care and Home services at a significant level but some are really interesting to consider**

• **The platform to the Basque country is today one of the most inspiring since developed at a region level (and not by one stakeholder)**

• It started only on HC purpose but seeks now to expand to social services



<p><b>Who does it serves?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.2 Million people</li> <li>• Chronic disease patients</li> <li>• Elder patient / dependence</li> </ul>	<p><b>What it delivers : a compelling multi canal (web, telephone; social network) set of services</b></p>
<p><b>Who does it connect?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 hospitals : 11 acute hospitals, 4 chronic hospitals</li> <li>• 1850 GPs</li> <li>• 820 Pharmacies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>New Appointment</b> (call centre, IVR, internet, smart phones)</li> <li>• <b>Health counselling:</b> health advice over the phone, internet and smart phones by nurses</li> </ul>
<p><b>What impacts estimated :</b> The stakeholders claim different sources of improvement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diminution of DRG</b> through a combined actions of patient coaching and work with specialised facilities : 16.000 DRGs acute care hospital (compared to 120k): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Less hospitalization (readmission, direct hospitalization) of stay but increase in chronic disease facilities</li> </ul> </li> <li>• <b>Other savings as health services</b> comparing the cost of nurses <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40€/H vs 130€/h specialist for 120.000 consultations</li> <li>• A total claim saving by 30 million € compared to 11M€ invested</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patient empowerment:</b> customized health coaching program, patients forums,</li> <li>• <b>Patient remote monitoring:</b> Professional and technical support</li> <li>• <b>Personal information access (EMR)</b></li> <li>• <b>Prevention campaigns:</b> including vigilance</li> <li>• <b>Customer services and administrative procedures</b></li> </ul>

**As a quick conclusion :**

- The time for experiment is over but the question is at what level and who should endorse the system.
- At least Government should propose option to clarify financing model in order industry and service providers can structure an offering.

# Présentation SESIN et Système MADO

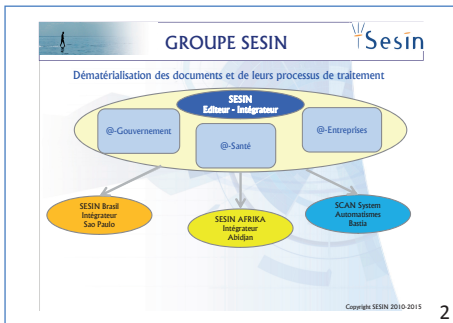
Henri Noat

SESIN President, System MADO.

## PowerPoint presentation



1



2

**Réalisations**

**Ministère des Affaires Etrangères**  
SCHUMAN : Gestion des Télégrammes Diplomatiques :  
Ambassades et consulats de France (15 000 utilisateurs)

**OHADA : Groupe des 17 pays africains francophones**  
Informatisation de toute la chaîne de gestion des déclarations  
d'entreprises ou commerces

**SNECMA: PIM, Poste Intégré Montage des Moteurs**  
6 moteurs d'avions par JOUR  
1 moteur de fusée Ariane par MOIS

Copyright SESIN 2010-2015

3

**Le SYSTÈME HADAGIO**

Maintien de personnes fragiles à domicile  
**Retenu dans les investissements d'avenir (Grand Emprunt)**

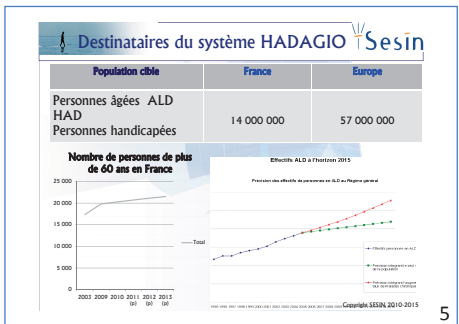
- **Maintenir, le plus longtemps possible, les personnes fragiles à domicile**, par la prévention, le bien-être, la détection de signaux d'alerte et la satisfaction de ses besoins sociaux et médicaux
- **Tester une nouvelle méthode de financement de cette aide.**

**Grâce à INTERNET:**

- 1) **Suppression de la distance**
- 2) **Dissociation de l'assistance à la personne avec la présence humaine**

Copyright SESIN 2010-2015

4



5

**Le projet de vie de la personne fragile**

- > Elaboration du projet de vie par la personne fragile
- > Commentaires de la famille choisie par la personne fragile
- > Décision de la personne fragile
- > Envoi au médecin traitant
- > Organisation de la vie à domicile

**Consultation de médecins traitants**

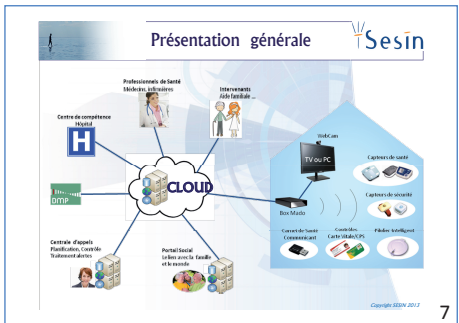
Choix des capteurs et définition des processus de Traitement

Vitalité du domicile par l'infirmière ou l'association qui prend en charge Aménagement

**Projet de vie Médical et Social**

Copyright SESIN 2010-2012

6



7

## Les capteurs



**Aucune saisie: Transmission automatique sécurisée et cryptée**

Les capteurs physiologiques	Les capteurs de sécurité
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pilulier</li> <li>Tensiomètre</li> <li>Poids</li> <li>Oxygène</li> <li>Spiromètre</li> <li>Glucomètre</li> <li>EKG</li> <li>Poids</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chute</li> <li>Gaz</li> <li>Temps au lit ou dans un fauteuil</li> <li>Temps de présence dans une pièce</li> <li>Podomètre</li> <li>Volume d'eau bue</li> <li>Poids des bols alimentaires et vitesse de d'alimentation</li> <li>Ouverture des portes (Option)</li> <li>Franchissement des seuils (Option)</li> </ul>

Copyright SESIN 2010-2015 **8**

## La télémédecine et le carnet de santé

- Téléconsultation avec une faible bande passante,
- Une grande qualité d'images
- 2 caméras possibles,
- Gestion du carnet de santé, annotations (Résultats capteurs)
- Saisie de questionnaires paramétrables

- Télé-expertise
- Télé-surveillance
- Coordination avec les autres professionnels de santé et la famille
- **Sécurisation des personnes fragiles – Réaction aux alertes**

Copyright SESIN 2010-2012 **9**

## L'information thérapeutique personnalisée

- Conduite à tenir en cas de situation aiguës, éducation des proches
- Les conseils des spécialistes adaptés à ma personne
- Mon éducation thérapeutique
- Auto-éducation
- Systèmes experts: Pour le diabète et pour les plaies
- Diagnostics automatiques, dépannage automatiques

Copyright SESIN 2010-2012 **10**

## Le suivi de la nutrition et de l'activité

- Composition des repas en fonction de l'ALD
- Suivi de l'équilibre du régime
- Suivi des repas pris (Poids de l'assiette, photos, vitesse de prise de repas) et du volume d'eau bue
- Distance parcourue chaque jour
- Séances de gymnastique en visio-conférence
- Notation et commentaires des repas servis
- Bilan énergétique

Copyright SESIN 2010-2012 **11**

## Centre d'appels et centre de gestion

Gestion alertes et gestion du journal

Géolocalisation des intervenants possibles

Ecoute des personnes fragiles et des aidants, soutien psychologique

Organisation et suivi des interventions à domicile

Facturation et contrôle des aides à domicile

Suivi des dossiers de demandes d'aides

Suivi des aides de MADO

Copyright SESIN 2010-2011 **12**

## Portail pour le Bien-être à domicile



Copyright SESIN 2010-2015 **13**

## Les relais de terrain

**Les EMS:** **Agrandir les maisons de retraite sans construire**  
Une structure, des médecins salariés pour suivre les personnes fragiles chez elles

**Les ASSOCIATIONS:** Mieux suivre pour faire des économies  
Collaborer avec les médecins libéraux

**Les CIES d'ASSURANCE:** Diminution des risques par un système de prévention sur mesure

**Pour 100 Euros par mois et par personne fragile  
Hors tablette et INTERNET**

Copyright SESIN 2010-2015 **14**

## CONCLUSIONS

- 1) Améliorer la Santé Publique par un système de prévention et de suivi à domicile pour les associations et les EMS
- 2) Réaliser un gain de productivité par une économie de 'temps médical'
- 3) Mieux coordonner le social et le médical en prenant en compte tous les besoins de la personne fragile
- 4) Répondre aux besoins d'une population croissante, les personnes fragiles
- 5) Créer un modèle économique nouveau

Copyright SESIN 2010-2015 **15**

# L'exemple de l'Union Sociale pour l'Habitat en France

Carine Puyol

*Social Union for Habitat European Business.*

*L'Union sociale pour l'habitat représente, en France, environ 800 organismes de logement social, qui construisent et gèrent 4.5 millions de logements destinés aux ménages modestes, voire très modestes.*

Le nombre de personnes âgées est croissant dans le parc de logement social, en France et aussi dans le reste de l'Europe. Leurs revenus sont équivalents à la moyenne des locataires Hlm avec un taux d'effort plus important. On constate une volonté claire et répandue de pouvoir vivre dans son domicile le plus longtemps possible, ceci est renforcé par les politiques publiques qui donnent la priorité au maintien à domicile, tout en favorisant le développement des services à la personne.

Pour les opérateurs HLM, le changement démographique et en particulier le vieillissement de la population impliquent trois niveaux d'intervention :

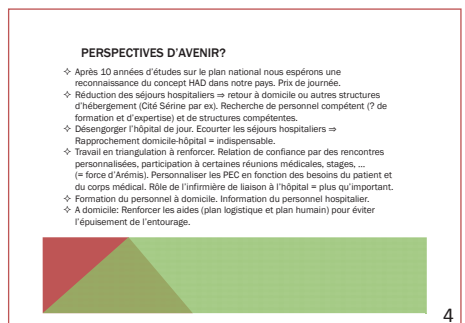
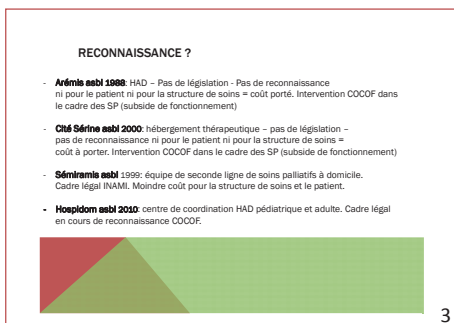
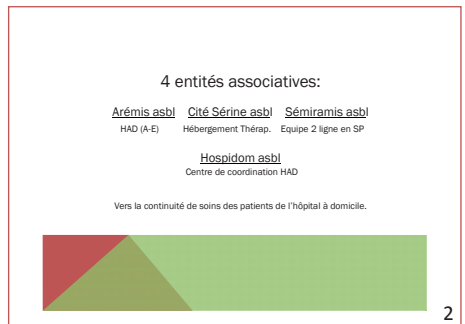
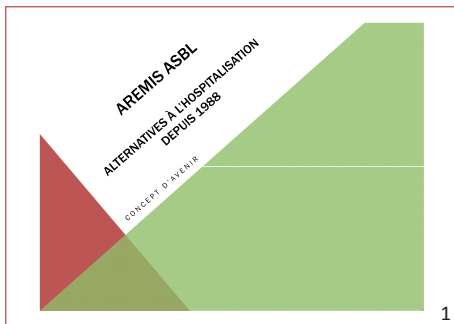
- **Une nécessaire adaptation des immeubles d'habitation** pour compenser les risques liés à la dépendance (remplacement des baignoires par des douches, installation de barres d'appui etc...). Les organismes Hlm doivent intégrer le vieillissement des habitants et les risques de dépendance dans leur stratégie patrimoniale. Des solutions se développent, récemment un label habitat senior a été mis en place à travers 3 engagements des organismes Hlm : l'accessibilité des logements, des services appropriés et la formation du personnel.
- **La mise en place de services à la personne dans les logements avec la mobilisation des secteurs professionnels concernés et l'organisation de partenariat au niveau local** : de nombreux projets se développent, dont le projet HOST, financé par le programme AAL, qui via une plate-forme technologique, permet la prestation de différents services aux personnes âgées.
- **La question du lien social et de la lutte contre l'isolement** : ici les bailleurs sociaux, grâce au personnel de proximité, ont un rôle d'alerte et de veille et peuvent encourager les solidarités de voisinages et en particulier la solidarité intergénérationnelle. Par exemple, à Alicante, en Espagne, un bailleur social a proposé à des jeunes des loyers inférieurs à ceux pratiqués contre prestations de services aux personnes âgées du quartier afin de favoriser le lien intergénérationnel.

# Une alternative à l'hospitalisation

Marion Faingnaert

*Vice-President Aremis.*

## PowerPoint presentation



# **ROUND TABLE III :**

## **RECOMMENDATIONS ON HOW TO MANAGE LONG TERM CARE IN EUROPE**

Moderator : Dr Hugues-Arnaud Mayer

*General Director, CILSO.*

### **Introduction**

La table-ronde n°3 a défini que les principales cibles pour améliorer le Long Term Care en Europe ne sont pas seulement les pathologies les plus lourdes comme Alzheimer, mais aussi des maladies liées au style de vie (créées tout au long de la vie et révélées ou amplifiées avec l'âge, comme l'obésité), ou des fragilités liées à l'isolement des personnes dans un environnement peu solidaire (absence de soutien des familles ou des amis) ou mal adapté (logement et structures ne tenant pas compte de l'affaiblissement des personnes). Pour tous la prévention s'avère primordiale et doit être une priorité des politiques publiques.

Le Long Term Care n'est pas considéré comme un seul facteur de coûts, mais aussi comme une opportunité de croissance pour l'Europe (emplois de services, recherche et développement, nouvelles technologies). A cette fin, les financeurs sociaux ou privés ne veulent pas être des payeurs aveugles et souhaitent associer les partenaires privés et les familles, en particulier sur la prévention et la maîtrise des coûts. Une combinaison de nouvelles technologies et de services professionnalisés (grâce au secteur privé), avec une implication des familles dans un environnement évolutif, permettra baisse des coûts, renforcement de la qualité technique et amélioration du bien-être des personnes vieillissantes. Cette nouvelle équation améliorera aussi la vie des aidants, notamment les familles, trop souvent oubliés jusqu'à présent.

### **10 recommendations: preparatory “homework” (1)**

Hans Peter Graf

*Local NGOS for the Elderly, Geneva.*

1. Do not merely consider ageing and longevity as a challenge or a burden. It also is an opportunity! The elderly are more than just the main target group needing long-term care; they are their peers' and the young's core partners, a major economic and social resource contributing to society, to their families and communities as workers, caregivers, volunteers, mentors, and as active citizens.

Overcome harmful “ageist” stereotypes; improve the knowledge and the image of the elderly in society, in the media and ... among ageing people themselves.

2. Therefore, in shaping and implementing long-term care policies, give due place and consideration to the contributions of the elderly. Involve and empower people throughout the course of their life. This means providing them with access to participation, information, knowledge and skills. Thus give them keys which will help them mobilize their resources in order to cope with the changing world and the circumstances of the different stages of their lives.

Recognize their role as care sharers, as well as caregivers to themselves or to people close to them; promote their self-care.

Empowerment will not only reduce care costs; it will also improve everybody’s quality of life and sense of control, contributing to keeping the elderly independent as long as possible.

3. Adopt a comprehensive elderly policy approach in place of the present-day segmented views which prevail in the different state departments & agencies, opposing health promotion and the prevention of diseases to curative medical care, as well as domiciliary care, housing and nursing to retirement homes. A successful long-term care policy should be preceded by the promotion of healthy behaviors at all ages, in order to prevent or to delay the development of chronic diseases and disabilities. Aim at added years of life to be healthy! Furthermore work at integrating the different steps /stages and types of care.

4. Go beyond an approach focusing only on health, medical & nursing care and on social support. Incorporate the creation of “age-friendly” physical and social environments in the policy agenda.

Appropriate housing and city planning may foster the participation of older people and compensate their impairments linked to age or to (chronic) diseases, thus preventing or delaying that their functional decline leads to situations of disablement / disadvantage / handicap <sup>(2)</sup>. Therefore promote customized advice & the adaptation of the living environment, e.g. by ergotherapists as well as rehabilitation. Pay special attention to geriatric frailty (i.e. the decline in physiological reserves and in resilience), a widespread health status when advancing in age, especially for older women and for people of lower socio-economic status. A favorable environment offers a good quality of life and avoids (or at least reduces and delays) the risks of isolation, loneliness, disability, falls, dependency, institutionalization, hospitalization and mortality.

5. In shaping and implementing long-term care policies, include all stakeholders involved: public institutions, associative and private groups, and of course, the first concerned: the elderly.

Do not just address the providers of care and support for basic & instrumental activities of daily living (BADLs & IADLs). Also involve all the other suppliers of relevant goods and services such as supermarket chains, pharmacists, bakers, architects, real estate developers, urban planners, transport, culture, churches, mosques & synagogues, insurers, etc.

Do not forget the manufacturers of consumer goods (are they ergonomic / age-friendly? what about universal design?) and of housing equipment as well of assistive devices and services, .....

Promote the development of adapted and assistive services & goods, including gerontechnology.

6. Providing long-term care opens a huge market and is a growing source of employment. Do not ignore the development of private providers, but orchestrate, channel and supervise it. Offer the care receivers a choice. Avoid private suppliers just “skimming the fat off”, thus leaving problematic and less lucrative market segments to public care schemes.

7. Foster collaboration between professional and informal caregivers: the latter represent the predominant pattern of support for (and by!) the elderly. Inform, train, brief, debrief, motivate, supervise informal caregivers, alleviate their burden by offering them support, advice and some time off, as well as recognition, which should include financial or fiscal compensation.

Help them avoid (alas frequent) situations of overload, burnouts and other negative impacts on their own health.

Involve all the people who are likely to give support, such as concierges, taxi drivers, cleaning staff, ...

Don't forget that, for a lot of elderly people, especially when they are isolated and lonely, the quality of their relationship with their caregiver counts more than the type of care they are given!

8. Overcome the dichotomy between ageing at home and institutionalization in elderlies' nursing homes or in hospitals). Favor the emergence of intermediary structures and alternative approaches, such as temporary beds with low level medical attendance when leaving the hospital, protected housing, age-adapted housing, service housing, community housing, neighborhood support, intergenerational cooperatives, ...

Evaluate and popularize innovative practices and benchmarks.

Spread awareness and acceptance of the fact that, for many older people with heavy health problems or impairments, combined with unfavorable settings, institutionalization – though more expensive and often disliked - may be a better solution. Under the above-mentioned circumstances, spending the last period of one's life in a nursing home, i.e. an age-friendly living place, not only offers a better quality of life; it is also much cheaper than hospitalization!

9. Even if the onset of disability is delayed, the swelling importance of the oldest age groups members (i.e. those most at risk of disability and cognitive impairment) will inevitably result in an increased demand for long-term care. We are therefore faced with the challenge of maintaining and developing affordable and sustainable (for families and society) schemes for long-term care, especially for those who depend on society's solidarity because of their low level of financial, social or knowledge resources.



10. Last but not least, the challenges and opportunities linked to long-term care invite us to examine our values, those we want to stand for. How do we conceive ageing, caring for old people and for ourselves since, unavoidably, all of us are concerned? How should we handle the growing number of mentally impaired elderly?

This discussion includes the sensitive end-of-life issue. In this respect the propagation of Advance health care directives offer an appropriate instrument to help us think ahead and express our wishes concerning medical care, especially during the terminal phase of our life: to what degree we wish our life not be unnecessarily prolonged, avoiding painful, expensive and emotionally burdensome treatments and mental decline.

On the level of society this debate is even more delicate:

What about the rationing of treatments? Where does mal-treatment of the elderly start? What about assisted dying / assisted suicide? What meaning for worthiness of life? To what degree does clinging on to life strain intergenerational solidarity? The development of palliative care may offer the choice to face death with dignity as it provides the best possible quality of life during this ultimate part of our journey.

The debate is open; it has to be conducted!

(1) Based on my understanding, reading, teaching & lobbying, as well as on my own “field” experience including as a caregiver. My present recommendations have notably been inspired by my hearing, on January 11th, 2013, by a Commission of the Geneva Parliament ([www.faa-gc.ch/images/stories/pdf-doc/RD952\\_AuditionFAAG\\_CommSanteGC13011.pdf](http://www.faa-gc.ch/images/stories/pdf-doc/RD952_AuditionFAAG_CommSanteGC13011.pdf)) on the cantonal Government report RD 952, Rapport du Conseil d’Etat au Grand Conseil sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d’autonomie. While writing this text (English is no longer my working language) I found useful inspiration and terminology in International Istanbul Initiative on Ageing Official Congress Declaration, 4-6 October 2013, International Federation on Ageing (IFA), [www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/12/Istanbul-Congress-Declaration.pdf](http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/12/Istanbul-Congress-Declaration.pdf) and Good health adds life to years Global brief for World Health Day 2012, Geneva: World Health Organization, 26 p. - [http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf)

(2) Refer to the crucial concept of Human Development Model - Disability Creation Process (HDM-DCP) / Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH)/ Prozess der Erzeugung von Behinderung, cf. [www.indcp.qc.ca/hdm-dcp/how-use-dcp/quebec-classification-disability-creation-process](http://www.indcp.qc.ca/hdm-dcp/how-use-dcp/quebec-classification-disability-creation-process)

# L'exemple d'Inter Mutuelles Assistance en bref

Dr Philippe Aiillères

*Direction Médicale, Inter Mutuelles Assistance.*

Le « long term care » est un des challenges que l'Europe doit relever comme le montrent de nombreuses études épidémiologiques et démographiques. Le thème choisi pour ce colloque au sein du parlement Européen atteste cette préoccupation à laquelle sont exposés tous les états occidentaux.

Nous proposons de placer le « patient » et sa famille, ainsi que son réseau naturel ou professionnel d'aidants, au centre de notre réflexion pour mieux comprendre son projet de vie et identifier quels sont ses besoins, quelles sont les ressources à mobiliser et comment optimiser leur emploi.

Le maintien à domicile peut être amélioré grâce à des actions coordonnées dans trois principaux domaines :

- L'habitat (institutionnel ou non), sécurisé, adapté et adaptable au niveau d'autonomie souhaité et possible.
- Le domaine de l'environnement familial, social, du voisinage, médical et paramédical, de tous ceux qui interviennent dans le périmètre de la personne.
- Le domaine médical, qui grâce à des outils de télémétrie et de télé médecine peut améliorer les possibilités de prise en charge médicale, tant sur le plan thérapeutiques que sur celui de l'observance, de la réadaptation, de l'éducation thérapeutique et de la « sécurité médicale ». Dans ce domaine, de nombreuses études européennes montrent le bénéfice pour le patient et les économies substantielles réalisées. Notamment en permettant d'éviter des hospitalisations et des venues aux urgences hospitalières, longues et pénibles ou en facilitant la sortie de l'hôpital.

L'essentiel des acteurs opérationnels sont déjà présents et actifs : le médecin traitant, les aidants familiaux ou professionnels, les associations, l'hôpital, les professions para médicales, l'assistante sociale etc... Il ne s'agit donc pas de les remplacer, mais de les accompagner et de les aider. Tous ont besoin de coordination, tous ont besoin de partager de l'information, tous ont besoin d'un réseau coordonné d'expertise pour les accompagner dans le domaine médical, dans celui de l'action sociale et dans celui du logement, de son ergonomie et de son environnement.

Le défi majeur est celui de la coordination des financements publics (assureurs vieillesse, action sociale et maladie) et privés (assurances IARD, instituts de prévoyance, assureurs santé).

C'est une clé essentielle de la réussite pour organiser le « long term care ». Selon nous, la vision politique qui considère que le « papy boom » est un levier de croissance est juste et il est indispensable que les décisions politiques permettent

à ces financements aujourd'hui atomisées et épuisables, de trouver un modèle économique pérenne utile, efficient et porteur de croissance. Nous gageons que cela est possible. En donnant de la visibilité au marché, les investisseurs pourront intervenir, comme nous avons déjà pu le voir dans le domaine des maisons de retraite. Les investisseurs potentiels sont les assureurs, publics et privés, mais aussi les industriels et les fonds de pension. Donner de la visibilité est essentiel pour passer du temps de l'expérimentation vers celui de l'organisation.

Nous proposons six axes majeurs pour priorité :

- 1/ définir les droits à l'information, à l'autonomie de décider et à la dignité de celui et ceux pour qui nous organisons les services d'accompagnement. Reconnaître la sénescence comme un processus naturel d'évolution de l'homme.
- 2/ Organiser la prévention et le dépistage des situations à risques, y compris pour les aidants.
- 3/ Gagner en qualité de service et en efficacité en se dotant des moyens de coordination opérationnelle tels que peuvent les offrir les opérateurs d'assistance, déjà habitués à « industrialiser » des centres d'appel, à brasser des données numériques et à animer des réseaux d'intervenants.
- 4/ Permettre par la loi, l'innovation financière et l'investissement en donnant de la lisibilité et de la transversalité (champ médical, habitat, champ social) aux acteurs du financement paritaires ou non,
- 5/ Encourager le développement des services à la personne en développant les formations pour les métiers d'aide et en balisant les évolutions de carrières possibles.
- 6/ Encourager le développement des technologies utiles, définir les normes d'interopérabilité.

Avec plus de trente ans d'expertise, 40 millions de bénéficiaires, 1 personne assistée toute les 10 secondes, 9 mille établissements de soins référencés dans le monde, Inter mutuelles Assistance (IMA) est la société d'assistance des assurances issues du mouvement mutualiste français. Notre appartenance à l'économie sociale, nous permet de placer nos bénéficiaires ou nos sociétaires au centre de nos offres de services en privilégiant l'écoute de leurs besoins dans le souci de préserver leur droit et leur dignité pour apporter une réponse globale et efficiente.

IMA anime plusieurs filiales en France et en Europe, en partenariat avec des assureurs européens. Notre champ d'expertise englobe notamment le conseil et l'évaluation sociale, l'ergothérapie, la télésurveillance, le conseil expert multi-services la réparation des dommages aux habitations. Ainsi, autour de nos plateaux d'appels (entrants et sortants) ouverts 24h/24, nous entretenons et mobilisons un réseau de professionnels dédiés à la prestation de ces services et à destination des aidants et des personnes fragilisées, et ce, en plus de notre métier d'origine centré autour du dépannage automobile et du rapatriement sanitaire.

Ainsi, les plateformes de coordinations de l'assistant utilisent les moyens de communications et les technologies pour les activités d'urgence (E call, téléalarme, télé vigilance etc.). Cette organisation face à l'urgence (panne, accident, blessé, malade) a été un levier de croissance, à la fois dans le domaine des services (dépannage remorquage automobile, services domiciliaires, dispositifs d'alarme, ambulances, taxi...) et pour l'industrie (réparation automobile, domotique, télésurveillance). Ce modèle, mis en place à l'initiative des assureurs de biens privés, peut également être déployé pour des assureurs de personnes, privées ou publiques. Passer de l'assistance d'urgence à l'assistance de l'accompagnement est le défi que nous souhaitons relever.

## PowerPoint presentation

**IMA en bref**

Des filiales exportées

IMA, expert sur le marché de l'assistance en Europe et dans le monde

Des engagements auprès de la Commission Européenne

500 M d'e de CA

3 personnes assésées dans les 3 secondes

3 de 20 Millions de bénéficiaires

Des Acteurs acteurs de l'économie sociale

IMAginons vos solutions

1

**INTER-MUTUELLES ASSISTANCE**

Medical care (medical parameters)

Medical advice

Treatment compliance

GP support

Nurses support...

**IMATECH**

**Serena**

Family and social economy

HOUSING ASSISTANCE

IMH

- Evaluations
- Economy
- Concierge
- Housing
- Help for careers
- Occupational therapy
- Evaluation
- Housing adaptation
- Home automation...

IMAginons vos solutions

2

**Assistance for timely action**

Domicile

Time for coordination and support long time care

After care and rehabilitation

Elderly House

Mobility threshold

Time for prevention

HEALTH

SOCIAL

Time for a new economic model

IMAginons vos solutions

3

# Presentation, example and recommendations from ICCR

Jean-Claude Coubard

ICCR executive Director; Chair Cardio metabolic risks.

## PowerPoint presentation

**International Chair on Cardiometabolic Risk**

The International Chair on Cardiometabolic Risk is affiliated with Université Laval

myhealthyval.org | International Chair on Cardiometabolic Risk | UNIVERSITÉ LAVAL | CHAIR ON CARDIOMETABOLIC RISK

1

**Presentation and Objectives**

- International, independent and multidisciplinary platform affiliated with Laval University in Quebec City
- 26 members chosen for their expertise and their outstanding contribution to the scientific community, as well as their status as a world leader of opinion in their respective disciplines.
- Forum for the stimulation and promotion of research, evaluation and management of patients with abdominal obesity and its related pathologies such as type 2 diabetes and cardiovascular disease
  - Identify and list of priority research projects
  - Coordinate and analyze epidemiological studies necessary to the developed program
- Participate with all international organizations for the recognition of abdominal obesity as a major risk factor that has to be acknowledged and used by health professionals

myhealthyval.org | International Chair on Cardiometabolic Risk | UNIVERSITÉ LAVAL | CHAIR ON CARDIOMETABOLIC RISK

2

**Behaviour changes**

Life expectancy has dramatically increased in the last decades

People live longer

Healthy aging and long term care

myhealthyval.org | International Chair on Cardiometabolic Risk | UNIVERSITÉ LAVAL | CHAIR ON CARDIOMETABOLIC RISK

3

**ICCR main mission and key messages**

Supporting the importance of changing behaviour to achieve a healthy aging

myhealthyval.org | International Chair on Cardiometabolic Risk | UNIVERSITÉ LAVAL | CHAIR ON CARDIOMETABOLIC RISK

4

**The Diabetes Epidemic in Europe:**

**A "Lifestyle" Disease**

myhealthyval.org | International Chair on Cardiometabolic Risk | UNIVERSITÉ LAVAL | CHAIR ON CARDIOMETABOLIC RISK

1

**Half of people with diabetes don't know they have it.**

UNDIAGNOSED PERCENTAGE AND UNDIAGNOSED CASES OF DIABETES (20-79 YEARS) BY REGION

Region	Undiagnosed Percentage	Undiagnosed Cases
Spain	50%	1,000
France	45%	900
Germany	40%	800
Italy	35%	700
UK	30%	600
USA	25%	500
Canada	20%	400
World	15%	300

Source: IDF Diabetes Atlas 10<sup>th</sup> Edition 2018 Update

myhealthyval.org | International Chair on Cardiometabolic Risk | UNIVERSITÉ LAVAL | CHAIR ON CARDIOMETABOLIC RISK

2

## Type 2 Diabetes

- Known prevalence in Europe is 4.4-9.8 %
- Health expenditure for diabetes in EU member states ~\$110 billion (USD) in 2011
- Diabetes is a major risk factor for cardiovascular disease (CVD) – around 2/3 die from CVD
- ~2/3 of patients in the coronary care units have diabetes or prediabetes
- Major cause of adult blindness and renal transplantations



3

## Type 2 Diabetes and Abdominal Obesity



The obesity epidemic  
(and smoking!)

AND

Health professionals and individuals can use good and easy markers of individual risk of type 2 diabetes (such as waist circumference)



4

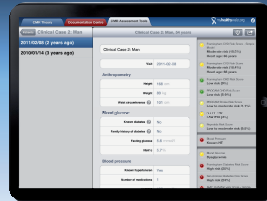
## ICCR objectives for behaviour changes

- Health professionals education
- Lay public information
- E-technology can help assess/change behaviour



1

## Innovative iPad Application



2

Business opportunities to create new electronic support to help people, patients, follow-up for behaviour changes

- Nutritional habits
- Drinking habits
- Sedentary habits
- Physical activity/exercise



3

## **Feedback from EC, DG Employment**

**Arnaud Senn**

*European Commission - DG Employment.*

The EU Social Protection Committee, under the responsibility of Commissioner Andor, has agreed a set of common objectives on access to financially sustainable, high quality long-term care and this objective guides collaboration on long term care issues at the EU level. A first document, called Staff Working Document has been completed in cooperation with the Working Group Age of the Social Protection Committee. The objective of this first document was to make a progress point on existing knowledge in LTC field, both at research and practice level.

Based on this knowledge, that is now commonly agreed with the Member States, the Commission will soon finalize a SPC Report on LTC issues, with a view to identifying the most promising avenues to narrow the existing social protection gap in Long-Term Care field. This report will aim at narrowing the social protection gap we observe in the field of Long-Term Care, more precisely on the such points as: the best strategies to contain LTC needs, the role of prevention, the best strategies to improve the delivery of LTC, etc.. Our report will be finalized in early 2014 and presented to SPC for endorsement around March 2014.

# Presentation: European Association of Paritarian Institutions of social protection (AIEP)

Magdalena Machalska  
 Health Affairs Advisor Capital AIEP.

## PowerPoint presentation



Association Européenne des Institutions Paritaires de Protection Sociale  
 European Association of Paritarian Institutions of Social Protection

# AEIP

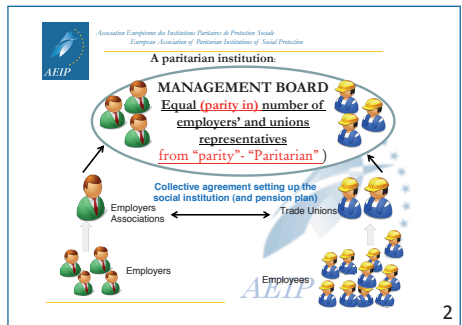
European Association of Paritarian Institutions of social protection

*Long Term Care : What challenges for Europe*

11 November 2013  
 Magdalena Machalska  
 Health Affairs Advisor

AEIP

1




Association Européenne des Institutions Paritaires de Protection Sociale  
 European Association of Paritarian Institutions of Social Protection

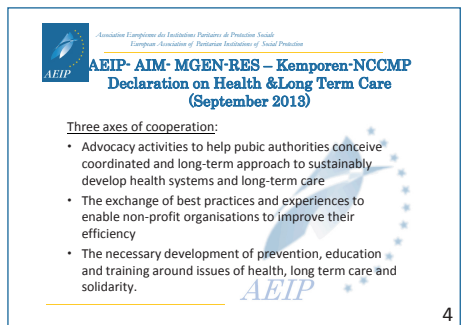
## AEIP: Who we represent

AEIP represents – and is made up of – those institutions of social protection which are jointly set-up and managed by the social partners (paritarian institutions):

- Pension institutions managing statutory schemes « 1 pillar »;
- Pension funds (occupational pensions, supplementing the State ones: « 2 pillar »);
- We also represent institutions providing Healthcare Benefits, Benefits for the unemployed people, Pay during holidays, Health and safety at work institutions (providing trainings, etc...)

AEIP

3



Association Européenne des Institutions Paritaires de Protection Sociale  
 European Association of Paritarian Institutions of Social Protection

## AEIP- AIM- MGEN-RES – Kemporen-NCCMP Declaration on Health & Long Term Care (September 2013)


Three axes of cooperation:

- Advocacy activities to help public authorities conceive coordinated and long-term approach to sustainably develop health systems and long-term care
- The exchange of best practices and experiences to enable non-profit organisations to improve their efficiency
- The necessary development of prevention, education and training around issues of health, long term care and solidarity.

AEIP

4





Press Release  
20 September 2013

**Health mutuels and paritarian institutions commit to international cooperation to improve management of long-term healthcare**

From 18-20 September, representatives from health mutuels, paritarian institutions and public-sector organisations from Europe, North America, Africa and Japan gathered together to share their experiences in managing the loss of autonomy. At the end of this conference, these mutuels and paritarian institutions signed a declaration marking their mobilisation in favour of ensuring long-term care in health systems is taken into account to a greater extent.

The international conference "Evolution of health systems regarding the challenges of long-term care" was attended by over 150 representatives of health mutuels, provident societies and public authorities from about 20 different countries.


This conference, organised by the MGEN group, the Education and Solidarity Network, AIM (Association Internationale de la Mutualité) and AEP (European Association of Paritarian Institutions of Social Protection), was supported by Kemponen (National Federation of Health Insurance Societies, Japan) and the NCCMP (National Coordinating Committee for Multinational Plans, United States).

At the end of the conference, the six organisations signed a declaration of intent with the aim of continuing their cooperation.

This declaration marks, for the first time ever, the joint mobilisation of international non-profit-making, mutualist, and paritarian social protection actors, in terms of management of loss of autonomy.

It commits the signatory organisations to increasing their exchanges of knowledge and experience and to carrying out concerted actions with national and international public-sector organisations to provide shared international solutions that draw on civil society and are opposed to the commodification of healthcare.

**1**



**International Conference "Evolution of Health Systems regarding the challenges of Long-Term Care"**

**Final Declaration**

Introduction

The conference attended by over 150 participants from 18-20 September in Paris was the starting point for the mobilisation of non-profit-making actors in the European, Japanese and North American social protection systems.

The debates on ageing, handicap and chronic conditions illustrated the scale of the challenges that long-term care represents for our healthcare systems.

The non-profit-making social protection actors noted however that governments and national and international public-sector actors do not sufficiently participate the public's growing long-term care needs, with the remarkable exception of Japan to a certain extent.

They are also concerned about the predominance of short-term financial approaches and consider that on the contrary, everything must be thought out in the long term, based on the human person and on human rights.

It is for this reason that non-profit-making social protection actors are becoming mobilised and are committed to taking action:

- to obtain public responses commensurate with what is at stake for the coming decades
- and to develop their own solidarity-based responses.

As regards public responses, the conference also brought to light the following facts:


- health is not an ordinary commodity and it constitutes a fundamental right
- as such, all others should have access to healthcare and quality long-term care.
- the funding of such healthcare and long-term care should be based on solidarity, without selection, independently of the person's state of health or their ability to pay.

Following debates on the evolution of healthcare systems and the needs to manage patients under long-term care, 4 vital areas for future work emerged:

- ensuring that management of patients under care is both efficient and guarantees their right to live in dignity and in the best social and material conditions possible.
- improving the coordination of actors carried out by the various actors.
- optimising the use of new technologies for a humanist and effective approach to care.
- structuring the legal, institutional and financial framework accordingly.

These areas of work form the basis of commitments made by the non-profit-making actors represented at the conference.

**2**



Declaration

"We, signatories of the present declaration, are convinced of the vital role of non-profit-making actors for the efficient management of long-term healthcare.

As healthcare actors and players in the field of social action, in direct contact with the public, we should enjoy greater recognition on the key interface with public authorities and participate in the organisation of long-term care.

On this basis, we commit to working together in 3 areas:

1. Having noted the importance of exchanging experience and best practices, as illustrated by the conference held on 18, 19 and 20 September 2013, we are continuing our cooperation in order to share and disseminate best practices between non-profit-making actors for the benefit of those needing care.
2. We will endeavour to promote our vision, solidarity-based, non-profit-making and non-exclusive, among international bodies and organisations, particularly those in charge of social protection and health.
3. We will involve people and actors from civil society (groups advocating mutual health insurance and community activities, trade unions, employer organisations etc.), who take part in the governance of our organisations, in order to increase awareness and understanding of the issues affecting the evolution of healthcare systems and long-term care. We will carry out actions in terms of raising awareness and providing training and education based on these issues and their causes (ageing, handicap, chronic conditions, etc.) so that prevention and awareness become the focal point of health policies.

The presence of participants from all over the world at our conference, and the support shown by numerous regional and international organisations, have shown us that such mobilisation can indeed produce results and influence the course of things.

The commitment will take the form of regular seminars and will also be based on a common platform for information exchange.

**3**



**MGEN** The MGEN group, a healthcare, protection, autonomy and retirement mutual insurer, manages compulsory health insurance for professionals working for the State, Education and several other French ministries. It also proposes complementary health services for all. A key player in health care, the MGEN group manages some 33 medical, social welfare and healthcare establishments in France. In 2012, the MGEN group provided protection for over 3.5 million people and generated turnover of over 42 billion. It is a member of the leading French complementary social protection mutual group, Itavie.

**Réseau Education et Solidarité** Founded by the MGEN group, AIM and Education International, the Education and Solidarity Network aims to support teachers' initiatives worldwide to develop and promote solidarity-based social protection systems. The network provides them with solutions based on solidarity, non-profit and democratic governance.

**Association Internationale de la Mutualité (AIM)** is a grouping of autonomous health insurance and social protection bodies operating according to the principles of solidarity and non-profit-making operation. Currently, AIM's membership consists of 50 members representing 28 countries.

In Europe, they provide social coverage against sickness and other risks to more than 140 million people. AIM strives via its network to make an active contribution to the preservation and improvement of access to health care for everyone.

**AEP** The European Paritarian Institutions of Social Protection gathers 27 leading large and medium-sized Social Protection Management Organizations, which equally represent the employees and the employers through a joint governance scheme, plus 39 affiliates from 22 countries.

AEP represents its members' values and interests at the level of both European and International Institutions. In particular, AEP - through its working groups - deal with EU coordinated pension schemes, pension funds, healthcare schemes, unemployment schemes, provident schemes and paid holiday schemes. The final goal of AEP is to achieve pan-European paritarian schemes of social protection.

Press conference contact: [cc@allie@mgens.fr](mailto:cc@allie@mgens.fr) - +33 (0)1 40 47 23 92

Internet: [www.mgens.fr](http://www.mgens.fr), [www.education-solidarite.org](http://www.education-solidarite.org), [www.aim-mutual.org](http://www.aim-mutual.org), [www.aep.net](http://www.aep.net)

**4**

# **FINAL REMARKS: WHAT CAN EUROPE DO TO MOVE FORWARD?**

**Jorge Pinto Antunes**

*European Commission - DG Sanco.*

## **Policy issues**

There is increasing acknowledgement that present arrangements cannot cope with challenges that ageing society poses on us.

Biological ageing is inevitable but we can (or should) control the consequences of this ageing process.

Regardless of the effectiveness of the strategies on healthy ageing, many people will experience significant functional decline towards the end of life and will require long term support.

There is thus a need to explore:

- How independence can be maintained as long as possible among older people, and what contribution health promotion and disease prevention can make?
- How can sustainable systems of good-quality long term care be developed to meet the needs of those who can no longer live fully independent?

## **Background**

Many international organisations and actors are contributing to various aspects of policy analysis on ageing.

- The OECD is active in the fields of financing and quality of long term care;
  - WHO has in 2012 issued a regional strategy on ageing
- Many other public and private sector stakeholders are also active in this area, as we heard about it here today.

## **EC Policy response**

In the European Commission the response to the challenge of ageing of the population has been two-fold: work on prevention of dependency and work on strengthening LTC systems, led by DG SANCO and DG EMPL (as presented earlier by my colleagues).

On prevention of dependency, the European Commission has launched in 2011 the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.

On strengthening care systems, the Commission has worked intensively on Long Term Care issues over the last years and months. In particular, in the context of the Open Method of Coordination (OMC), the EU Member States have defined broad objectives aimed at ensuring accessible, high-quality and sustainable long-term care.

Both these initiatives point to the fact that it is clear that Europe needs to:

- Reduce the incidence of frailty and disability through active and healthy ageing that involves prevention and rehabilitation strategies
- Improve effectiveness of medical care and rehabilitation
- Support informal care-givers
- Conduct research into determinants, monitoring trends and evaluation of policy impact
- Raise the productivity of care delivery through better organisation, re-engineering, innovation and quality control
- Enable older people to continue to lead independent lives with functional limitations with the help of adapted housing and the use of ICT

## **Conclusions**

From today's debate, I take two points:

- A lot of experiences are already happening regarding long term care and this already testifies to a lot of evidence that currently exists in Europe.

- Also, a lot of us are already speaking the same language; we have the same vocabulary, we have the same vision.

It follows from these two points that we now need to act.

The willingness is there, from all different stakeholders in Europe - from member states to the different actors. We've listened that much from different actors, here, today, from industries to NGOs to public organisations.

So I am happy to note that the outlook is positive. The Commission has obviously a keen interest in terms of seeing better coordination in these areas. We would like to see more exchange of what are the good experiences happening in Europe and we would also like to see more aggregation of the existing evidence.

In 2014 the Commission will come up with a staff-working document on long-term care. We will also continue implementing the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.

I would therefore like to conclude by asking all the different stakeholders to step-up their work in this area and to start coalitions of stakeholders working on this area. Thank you.



## **Questions de politique générale**

Il est de plus en plus reconnu que les dispositions actuelles ne peuvent pas faire face aux défis que nous pose le vieillissement de la société.

Le vieillissement biologique est inévitable, mais nous pouvons (ou devons) maîtriser les conséquences de ce processus de vieillissement.

Indépendamment de l'efficacité des stratégies sur le vieillissement en bonne santé, beaucoup de gens connaîtront un déclin fonctionnel important vers la fin de la vie et auront besoin de soutien à long terme.

Il est donc nécessaire d'explorer :

- Comment l'indépendance peut être maintenue aussi longtemps que possible chez les personnes âgées, et quelle peut être la contribution de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie?
- Comment peut-on durablement développer des systèmes de soins de longue durée de qualité pour répondre aux besoins de ceux qui ne peuvent plus vivre pleinement indépendants ?

### **Contexte**

De nombreuses organisations et acteurs internationaux contribuent aux différents aspects de l'analyse de la politique sur le vieillissement.

- L'OCDE est active dans les domaines du financement et de la qualité des soins de longue durée ;
  - L'OMS a publié en 2012 une stratégie régionale sur le vieillissement
- Beaucoup d'autres parties prenantes du secteur public et privé sont également actifs dans ce domaine, comme nous avons pu en entendre parler durant ce symposium.

### **Réponse politique de la CE**

Pour la Commission européenne la réponse au défi du vieillissement de la population a été double : Un travail sur la prévention de la dépendance et un travail sur le renforcement des systèmes de LTC , menés par la DG SANCO et la DG EMPLOI ( comme cela a été présenté plus tôt par mes collègues )

Sur la prévention de la dépendance, la Commission Européenne a lancé en 2011 le partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et sain. Pour le renforcement des systèmes de soins, la Commission a travaillé intensivement au cours des derniers mois et années, sur les questions de soins de longue durée, en particulier, dans le cadre de l' Open Method of Coordination (MOC ) , les États membres de l'UE ont défini des objectifs généraux visant à garantir l'accès de haute qualité et durable à des soins de longue durée .

Ces deux initiatives soulignent le fait qu'il est clair que l'Europe doit :

- Réduire l'incidence de la fragilité et de l'invalidité par le vieillissement actif et en bonne santé qui implique des stratégies de prévention et de réadaptation.
- Améliorer l'efficacité des soins médicaux et de réadaptation.
- Soutenir les aidants informels.
- Mener des recherches sur les déterminants, les tendances et l'évaluation de l'impact des politiques de surveillance.
- Augmenter la productivité de la prestation des soins par une meilleure organisation, un re-engineering, une innovation et un contrôle de la qualité.
- Permettre aux personnes âgées de continuer à mener une vie indépendante malgré des limitations fonctionnelles à l'aide de logements adaptés et l'utilisation des TIC.

## **conclusions**

Du débat d'aujourd'hui, je voudrais insister sur deux points:

- Un grand nombre d'expériences sont déjà en cours en ce qui concerne le LTC, et cela témoigne déjà du grand nombre d'expériences concrètes qui existent actuellement en Europe.

- En outre, beaucoup d'entre nous parlent désormais la même langue, nous avons le même vocabulaire, et nous avons la même vision.

Il résulte de ces deux points que nous devons maintenant agir.

La volonté est là, venant de toutes les différentes parties prenantes en Europe, des Etats membres aux différents acteurs qui sont intervenus aujourd'hui tels que, de l'industrie les ONG et les organismes publics.

Je suis donc heureux de constater que les perspectives sont bonnes. La Commission a de toute évidence, un grand intérêt à voir une meilleure coordination de tous ces secteurs. Nous aimerions voir davantage d'échanges en ce qui concerne les bonnes expériences qui se déroulent en Europe et nous aimerions aussi voir plus d'agrégation des données existantes.

En 2014, la Commission présentera un document de travail sur les soins de longue durée. Nous allons également poursuivre la mise en œuvre d'un partenariat européen d'innovation sur le vieillissement actif et en bonne santé.

Je voudrais donc conclure en demandant à tous les différents acteurs d'intensifier leur travail dans ce domaine et de constituer et de lancer des groupes de travail d'intervenants ad hoc. Merci.



# How to contribute to EIH working sessions ?

## 1- Why the European Institute for Health (EIH)?

Europe is facing many Health challenges: by 2025 about one-third of Europe's population will be aged 60 years and over and there will be a particularly rapid increase in the number of people aged 80 years and older. EU Member states must develop strategies to meet this challenge. EU Member states have to promote good health and active societal participation among the older citizens, to fight the burden of chronic diseases and keep their health budgets under control. The opportunity to use technology to improve health challenges will be crucial.

To achieve this goal, Europe needs to build solid partnerships across borders and to address strong and efficient messages on health challenges.

There are some obvious diagnosis, before proceeding with any forward-looking approach, that we found at the same time that we see the growing awareness of European citizens ,of the strong principle of the European Union: "The equality of all Europeans in access to quality health and safety of a high level."

The European Institute for Health was created to raise EU health challenges and is willing to provide recommendations to decision makers, NGOs and practitioners, on how to get into action to promote appropriated answers. The EIH goal is exchange of knowledge and experience among the European Union Member States. The main aims have been to review and analyse existing data on health, to produce some reports with recommendations and to develop a comprehensive strategy for implementation of these recommendations.

Today, Europe needs medium/ long term decisions on Health for the greater benefit of European citizens.

## 2-What is the EIH?

### EIH is an european body

- Type : AISBL (Association Internationale Sans But Lucratif)
    - An Independent and permanent structure, a think tank not a pressure group.
    - Foundation date : End 2008 (Kick-off : European Health Ministers Council)
- Location : Brussels

### GOALS

- To contribute to the improvement of health in Europe:

- By anticipating the changes on health at large
  - Science & technology
  - European consumers expectations, lifestyle and ageing
  - Medical practices and actors
  - Health governance
- By developing guidelines for health in Europe
  - Through studies, seminars and various publications
  - Through work groups (task forces)
- By sharing effective and innovative solutions

## APPROACH

A prospective project

- 1- First study dealing with health in 2030

A multi-states, multidisciplinary approach

- 2- Gathering of all actors of « Global Health »
- 3- Establishing working links with all the EU bodies

An European initiative

4- Helping the European Community in its addressing of European consumers interests

5- Providing to European actors a new opportunity to contribute to policy development at an early formative stage

- Our First study In partnership with Accenture

« Emerging Health Challenges for Europe over the next 20 years » was presented during a symposium at the European Parliament, June 7, 2010

- Allowed the attendance of a wide panel of experts and professionals of the « Global Health »
- Allowed the emerging of leads for our future works

A Facilitator:

In the sharing of diagnosis and in the implementation of actions to improve health decisions in social and economic terms

## **3-What has made by EIH?**

After its founding Symposium June 2010 on the theme: ‘Emerging health challenges for Europe over the next 20 years’ at the European Parliament, and from a study by Accenture, EIH is entering a new phase of works (2011/2012). Following the recommendations made by various actors from the symposium and by many experts, always from our initial assumption and in a prospective way two working groups worked on a regular basis on the following themes:

‘Prevention as a new paradigm’ (*Should Prevention be integrated in European healthcare strategies?*)

“Ubiquitous and cost effective technologies” (*Could technologies provide European citizen a better access to healthcare?*)

“Long Term Care: What Challenges for Europe”: A symposium: devoted to dependence given that it represents a major issue in European countries, taking into account the European cultural differences and the various senses of dependence across Europe” we will consider successively: definitions and various problematic, key facts figures, learning from international perspectives and experiences, and we conclude by recommendations to reinvent long term care in Europe.

*You can find documents relating to the founding symposium and to these works by visiting our website: [www.eih-eu.eu](http://www.eih-eu.eu)*

#### **4- What are the future activities of EIH?**

In the coming years, EIH will continue to develop subjects from health challenges identified, in the broadest consensus of global health actors

AGENDA 2014:

We are also considering a symposium on an economic subject as Healthcare as an engine of growth for the European economy. I

In most European countries, the health sector is considered as a constraint to the extent that it contributes greatly to budget deficits. The share of health expenditure in the budget deficits of European countries is significant and no improvement is expected: the European population ages, chronic diseases dominate the quality of care is improving with technologies more and more sophisticated but more expensive. In this context, the health sector is rarely seen as a contributor to economic growth and as a source of competitive advantage for Europe. The objective of the symposium is to better characterize this opportunity. This will be based on a study by Accenture which is a partner of EIH

If you are interested in our approach and our works, you can join us:

Contact us on our website [www.eih-eu.eu](http://www.eih-eu.eu) or by email: [ceo@eih-eu.eu](mailto:ceo@eih-eu.eu)







*Contributing to better health  
for the European citizens*

EIH is an « Association Internationale Sans But Lucratif »  
Siège social : rue Abbé Cuypers, 3 / B-1040 Bruxelles  
Web site : [www.eih-eu.eu](http://www.eih-eu.eu) Mail : [ceo@eih-eu.eu](mailto:ceo@eih-eu.eu)