

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie gwarantowania powszechnego dostępu do opieki długoterminowej oraz stabilności finansowej systemów opieki długoterminowej dla osób starszych

(2008/C 204/21)

Pismem z dnia 19 września 2007 r. przyszła prezydencja słoweńska, działając na podstawie art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, zwróciła się do Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego o opracowanie opinii w sprawie

gwarantowania powszechnego dostępu do opieki długoterminowej oraz stabilności finansowej systemów opieki długoterminowej dla osób starszych

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 21 lutego 2008 r. Sprawozdawcą była Waltraud KLASNIC.

Na 443. sesji plenarnej w dniach 12–13 marca 2008 r. (posiedzenie z 13 marca) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny 99 głosami — 1 osoba wstrzymała się od głosu — przyjął następującą opinię:

1. Wnioski i zalecenia

1.1 Wnioski

1.1.1 Konieczność korzystania z długoterminowej opieki stanowi ryzyko życiowe, z którego następstwami jednostce trudno jest radzić sobie samodzielnie, dlatego też wymaga ona solidarnej współodpowiedzialności międzypokoleniowej ⁽¹⁾.

1.1.2 Forma tej współodpowiedzialności musi być uregulowana przede wszystkim na szczeblu krajowym lub regionalnym, z uwzględnieniem danych struktur rodzinnych i systemów podatkowych, sytuacji w zakresie zatrudnienia, mobilności, warunków mieszkaniowych, gęstości zaludnienia, a także zakorzenionych tradycji i postaw.

1.1.3 Ponieważ jednak problemy w tej dziedzinie nie tylko są podobne we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej, ale także istnieją kwestie o zasięgu ponadkrajowym, celowe i konieczne jest podjęcie tego zagadnienia przez instytucje UE. Szczególne znaczenie ma przy tym wymiana doświadczeń w ramach otwartej metody koordynacji (OMK), a w niektórych przypadkach potrzebne są środki legislacyjne.

1.1.4 Podobnie jak w systemie ochrony zdrowia, także i w przypadku długoterminowej opieki większa część kosztów przypada na ostatnie lata życia. Od chwili opracowania obecnych systemów zabezpieczenia społecznego (ochrony zdrowia i emerytalnych) średnia długość życia znacznie wzrosła. Sprostanie nowym potrzebom, które z tego wynikają, oznacza

podjęcie trudnych kwestii sprawiedliwości i solidarności międzypokoleniowej i wymaga odpowiedniego nakładu pracy uświadamiającej, edukacyjnej i informacyjnej, a także działań politycznych ⁽²⁾.

1.1.5 Celem musi być umożliwienie osobom w wieku starszym i sędziwym w Europie godnego oraz bezpiecznego życia i starzenia się, nawet w sytuacji wymagającej długoterminowej opieki. Jednocześnie należy w duchu solidarności międzypokoleniowej dbać o to, by nie powstały w związku z tym obciążenia dla następnych pokoleń, których nie byłyby one w stanie udźwignąć.

1.2 Zalecenia

1.2.1 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wzywa Radę i Komisję Europejską, aby wspólnie z państwami członkowskimi pilnie zajęły się problemami starzejącego się społeczeństwa w celu zapewnienia wszystkim starszym osobom takiego wsparcia i jakości opieki, jakich potrzebują.

1.2.2 Aby sprostać wyzwaniom i problemom związanym z opieką długoterminową konieczne jest podjęcie szeregu środków. Ważnymi aspektami są przy tym:

Finansowanie i dostępność

— należy zapewnić w praktyce powszechny dostęp do wysokiej jakości opieki, także dla osób ze szczególnymi trudnościami lub o niskich dochodach;

— należy tworzyć zrównoważone systemy finansowania, które nie pozwolą jednostkom na samotne borykanie się ze skutkami ryzyka życiowego, ale jednocześnie takie, których koszt społeczeństwo będzie w stanie ponieść i które nie obciążą nadmiernie następnych pokoleń;

⁽¹⁾ Por. wspólne sprawozdanie Komisji i Rady „Wspieranie krajowych strategii na rzecz przyszłości opieki zdrowotnej i opieki nad osobami starszymi”, CS 7166/03, marzec 2003 r.

⁽²⁾ Por. opinia EKES-u z 13.12.2007 r. w sprawie komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Promowanie solidarności między pokoleniami”, sprawozdawca: Luca JAHIER (CESE 1711/2007 — SOC/277).

- wspieranie działań zapobiegawczych i prewencyjnych, co ma pomóc w jak największym stopniu zahamować wzrost zapotrzebowania na opiekę w przyszłości; punktem wyjścia powinna być przy tym szeroko zakrojona strategia zapobiegania, łącząca aspekty prewencji zdrowotnej i zabezpieczenia finansowego z aspektami zabezpieczenia społecznego i wzmacnianiem umiejętności radzenia sobie w życiu codziennym;
- należy rozważyć stworzenie zachęt do zabezpieczania się przez osoby prywatne — na przykład zachęty podatkowe do zabezpieczenia finansowego — w przypadku uznania, że byłoby to potrzebne do osiągnięcia leżącego w interesie ogólnym celu, jakim jest zdrowie publiczne.

Opieka i oferta usług

- należy zapewnić rozszerzenie zróżnicowanej i dostosowanej do popytu oferty w zakresie opieki także w regionach, które obecnie znajdują się w niekorzystnej sytuacji pod tym względem;
- należy wspierać i wzmacniać istniejące sieci rodzinne i sąsiedzkie, które obecnie wykonują większą część zadań związanych z opieką (poprzez np. edukację i pomoc dla członków rodziny);
- należy aktywniej angażować w zadania związane z opieką organizacje pozarządowe, inicjatywy społeczno-gospodarcze oraz struktury spółdzielcze;
- w szczególności należy wspierać wolontariat w zakresie opieki niemedycejskiej i pomocy, zwłaszcza poprzez szkolenie wolontariuszy;
- zdrowa konkurencja między różnymi podmiotami oferującymi usługi w zakresie opieki powinna zapewniać zainteresowanym osobom większą swobodę wyboru, a także sprzyjać rozwojowi oferty przy zachowaniu ustalonych standardów jakości, celów, zadań, warunków przetargu oraz istniejących systemów zabezpieczenia społecznego, za które odpowiedzialność ponosiłby organ prawodawczy każdego państwa członkowskiego z uwagi na fakt, że świadczenia te należą do usług socjalnych użyteczności publicznej⁽³⁾;
- osoby starsze i wymagające opieki należy bardziej włączać w sieci społeczne, mając przy tym także na względzie zapobieganie wykorzystywaniu i znęcaniu się;
- należy opracowywać modele wzorcowych rozwiązań w zakresie opieki paliatywnej świadczonej w placówkach opieki oraz w domu;
- należy rozwijać pracę w hospicjach.

Personel świadczący pielęgnację i opiekę

⁽³⁾ Zob. opinia EKES-u z 14.2.2008 w sprawie niezależnej oceny usług świadczonych w interesie ogólnym (sprawozdawca Raymond HENCKS) (TEN/289).

- należy zadbać o zapewnienie zasobów ludzkich w zakresie pielęgnacji i opieki, w szczególności przez dobre kształcenie pracowników, poprawę warunków pracy oraz podniesienie rangi zawodów związanych z opieką;
- należy ułatwiać uznawanie zdobytych kwalifikacji w UE;
- wzywa się Komisję do zbadania uregulowań transgranicznych kwestii związanych z opieką, np. takich jak korzystanie z opieki za granicą czy migracja pracowników;
- w trosce o zlikwidowanie pracy na czarno trzeba podjąć działania służące włączeniu do systemu prawnego regulującego stosunki pracy opieki świadczonej dotychczas nielegalnie, z uwzględnieniem szczególnych przypadków czynności wykonywanych w gospodarstwach domowych.

Opieka i pielęgnacja świadczona przez członków rodziny

- należy wzmacniać zachęty do świadczenia opieki niemedycejskiej i pomocy, czy to w stosunku do członków rodziny, czy na zasadach wolontariatu⁽⁴⁾;
- należy rozwijać strategie i oferty dotyczące zagadnień demencji oraz depresji w wieku podeszłym, które obecnie stanowią jedno z największych wyzwań dla rodzin i systemu opieki;
- należy poprawiać możliwości godzenia życia rodzinnego i zawodowego poprzez działania wspierające i odciążające członków rodzin, którzy sprawują opiekę, jednocześnie pracując zawodowo (np. punkty opieki nad osobami starszymi w dużych przedsiębiorstwach, oferta świadczeń odciążających osoby opiekujące się członkami rodziny, opieka dochodząca).

Regulacje, standardy i jakość

- należy opracowywać standardy jakości we wszystkich dziedzinach związanych z opieką nad osobami starszymi, a także zapewniać efektywną kontrolę ich dotrzymania przez niezależne organizacje i organy nadzoru oraz przez uznane instytucje stojące na straży praw człowieka;
- w ten sposób należy także zapewnić, aby w placówkach opieki, tak prywatnych, jak publicznych, szanowane były prawa i godność człowieka, a także aby ograniczona zdolność działania oraz zależność osób wymagających opieki od podmiotów ją świadczących nie była wykorzystywana na ich niekorzyść.

Wykorzystywanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych

- należy wspierać wykorzystywanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych, telematyki oraz pomocy technicznych do celów opieki i nadzoru, uwzględniając przy tym aspekty etyczne.

⁽⁴⁾ Na temat wspierania wolontariatu zob. także opinię EKES-u z 13.12.2006 r. w sprawie: „Działalność wolontariacka: jej rola w społeczeństwie europejskim i jej oddziaływanie”, sprawozdawca: Erika KOLLER (Dz.U. C 325 z 30.12.2006).

2. Kontekst

2.1 Prezydencja słoweńska chciałaby kontynuować ogólnoeuropejską debatę nad sposobami reagowania na zmiany demograficzne i zwróci szczególną uwagę na solidarność międzypokoleniową. Zmienia się stosunek procentowy między pokoleniem osób młodych, w średnim wieku i starszych. Stale rośnie odsetek osób starszych. W niektórych okolicach liczebność obecnego młodego pokolenia jest o połowę mniejsza niż pokolenia urodzonego po II wojnie światowej. Wszystko to powoduje, że rodzi się szereg pytań dotyczących solidarności międzypokoleniowej i współlistnienia pokoleń. Dzisiejszy tryb życia i podział pracy (zwłaszcza w miastach) niekorzystnie wpływa na relacje między pokoleniami oraz osłabia i znacznie zmienia powiązania między nimi. Poszczególne pokolenia traktuje się w coraz większym stopniu odrębnie oraz z punktu widzenia uzyskanych przez nie praw. Niewłaściwa reakcja może w tym kontekście prowadzić nawet do konfliktu między pokoleniami.

2.2 Słoweńska prezydencja Rady planuje zorganizowanie konferencji poświęconej solidarności międzypokoleniowej i współlistnieniu pokoleń (28-29 kwietnia 2008 r.), która skupiaby się na następujących zagadnieniach:

- 1) solidarność międzypokoleniowa w odniesieniu do opieki zdrowotnej, życia rodzinnego i budownictwa mieszkaniowego;
- 2) opieka długoterminowa dla osób starszych.

2.3 W związku z tym prezydencja słoweńska zwróciła się do Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego o opracowanie opinii rozpoznawczej w sprawie „Gwarantowanie powszechnego dostępu do opieki długoterminowej oraz stabilność finansowa systemów opieki długoterminowej dla osób starszych (Dz.U. C 74 z 23.3.2005)”.

3. Opieka długoterminowa jako wyzwanie europejskie

3.1 Zagadnienie opieki długoterminowej należy do głównych wyzwań społeczno-politycznych, przed którymi stoją wszystkie państwa Unii Europejskiej. Dlatego też musi ona zostać odpowiednio uwzględniona także w planach działań instytucji europejskich.

3.2 Instytucje europejskie poruszały to zagadnienie — niezależnie od kompetencji krajowych w tym zakresie — w wielu inicjatywach⁽⁵⁾, a w szczególności wspierały wzajemną wymianę doświadczeń w ramach otwartej metody koordynacji⁽⁶⁾. Należy kontynuować i zwiększać te wysiłki, przy czym

⁽⁵⁾ Np. Rada Unii Europejskiej, *Wspólne sprawozdanie 2007 w sprawie ochrony socjalnej i integracji społecznej*, konferencja dotycząca transatlantyckiej wymiany poglądów i doświadczeń w zakresie opieki długoterminowej, Bruksela 2006, konferencja na temat: „Opieka długoterminowa dla osób starszych”, 2005, i in.

⁽⁶⁾ Por. Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów „Modernizacja ochrony socjalnej w celu ukształtowania efektywnej, dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej: wsparcie strategii krajowych przy użyciu otwartej metody koordynacji” z 20.04.2004 r., COM(2004) 304, a także opinia EKES-u w tej sprawie z 28.10.2004 r., sprawozdawca: p. Paolo BRAGHIN (Dz.U. C 120 z 20.5.2005).

w ramach tej metody EKES kładzie największy nacisk na zaangażowanie partnerów społecznych i podmiotów społeczeństwa obywatelskiego.

3.3 Sprawozdania opracowane na ten temat przez poszczególne kraje wskazują, że wiele wyzwań — mimo różnych uwarunkowań i sytuacji wyjściowych — w większości krajów przedstawia się tak samo. Dlatego też sensowna byłaby tutaj współpraca przy poszukiwaniu rozwiązań.

3.4 W sprawozdaniach tych potwierdzono także uzgodnione wspólnie w UE cele dotyczące powszechnego dostępu do usług, wysokiej jakości usług oraz stabilności finansowej systemów. Cele te stanowią także podstawę niniejszej opinii.

4. Kontekst demograficzny i społeczny

4.1 Rosnące wyzwania w dziedzinie opieki długoterminowej są wynikiem zjawisk, które powodują zaostrzenie tego problemu w wielu aspektach.

4.2 Następstwem stale rosnącej średniej długości życia w naszych społeczeństwach jest znaczny wzrost liczby osób bardzo starych (w wieku powyżej 80 lat): prognozowany przyrost wynosi 17,1 % w latach 2005-2010 i 57 % w latach 2010-2030. Tym samym w roku 2030 w Europie będzie żyło prawie 34,7 mln osób w wieku powyżej 80 lat, w porównaniu z ok. 18,8 mln obecnie. W 1975 r. odsetek osób powyżej 80. roku życia w całkowitej liczbie ludności w krajach UE wynosił jedynie 2,0 %, natomiast w 2050 r. wyniesie on 11,8 %⁽⁷⁾.

4.3 Pomimo wspólnych tendencji występują wyraźne różnice w obrębie poszczególnych państw członkowskich i pomiędzy nimi. I tak, średnia długość życia w państwach członkowskich UE wynosi od 65,4 do 77,9 lat dla mężczyzn oraz od 75,4 do 83,8 lat dla kobiet.

4.4 Jednocześnie coraz więcej osób starszych mieszka samotnie, ponieważ członkowie ich rodzin wyprowadzili się lub ponieważ one same owdowiały. Mobilność — także międzynarodowa — wspierana w innych obszarach polityki europejskiej i polityk krajowych, w dziedzinie opieki jest źródłem dodatkowych wyzwań.

4.5 Ze względu na niskie wskaźniki urodzeń (w 1960 r. wskaźnik płodności w prawie wszystkich krajach UE wynosił więcej niż niezbędne 2,1 %, natomiast w roku 2003 wszystkie kraje UE bez wyjątku miały wskaźnik niższy) nie tylko zmniejszy się potencjał wsparcia międzypokoleniowego (relacja

⁽⁷⁾ Komunikat Komisji dotyczący zielonej księgi „Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność pomiędzy pokoleniami” z 16.03.2005 r., COM(2005) 94

między osobami wymagającymi opieki a potencjalnymi opiekunami), a tym samym potencjał świadczenia opieki w rodzinie, lecz będzie też coraz trudniej pokryć zapotrzebowanie na zawodowych opiekunów na rynku pracy. Dodatkowo zjawisko to zaostrza problem finansowania opieki długoterminowej.

4.6 Kolejny aspekt zmian demograficznych i społecznych, jakim jest zmiana struktury rodziny oraz wzrost liczby kobiet pracujących zawodowo, prowadzi do tego, że wiele usług związanych z opieką, które kiedyś świadczone były przez rodzinę — zwłaszcza przez kobiety — w przyszłości nie będzie mogło być świadczonych wcale lub nie w takim stopniu jak dotychczas. ⁽⁸⁾

4.7 Większe możliwości medycyny w znacznym stopniu przyczyniają się do wzrostu średniej długości życia oraz do poprawy jego jakości. Terapia często jest w stanie znacznie wydłużyć życie, nie gwarantując jednak wyleczenia. Wskutek tego wzrasta liczba przypadków chorób przewlekłych lub długotrwałych, wymagających dużego nakładu opieki.

4.8 Szczególnym problemem jest w związku z tym rosnąca liczba zachorowań na choroby demencyjne, wymagające dużych nakładów czasu i kosztów na opiekę nad osobami nimi dotkniętymi, a także depresje wieku podeszłego, które często idą w parze z objawami demencyjnymi lub innymi i które stwarzają podobne trudności w zakresie opieki. Potrzebne są wyspecjalizowane oferty oraz placówki, w których osoby takie będą mogły otrzymywać opiekę z poszanowaniem ich godności. Jest to tym ważniejsze, że ryzyko zachorowania na demencję starczą rośnie proporcjonalnie do wzrostu średniej długości życia. W tym kontekście niepokojący jest także problem wzrostu liczby samobójstw wśród osób starszych.

4.9 Wraz z wkraczaniem coraz to nowych roczników w wiek, w którym może wystąpić potrzeba opieki, zmieniają się zarówno warunki społeczne, jak i postawy, wymagania oraz możliwości osób z tej opieki korzystających. Opracowując koncepcje na przyszłość, należy wziąć pod uwagę dynamikę tych zmian.

5. Zapewnienie dostępu do zróżnicowanej oferty w zakresie opieki

5.1 Opieka długoterminowa polega na wspieraniu osób, które nie są w stanie żyć samodzielnie i dlatego w życiu codziennym są zależne od pomocy innych. Potrzebują one pomocy począwszy od przemieszczania się i opieki społecznej, przez zakupy, gotowanie i inne prace domowe, aż po mycie i przyjmowanie pożywienia. Do tego rodzaju opieki długoterminowej niekoniecznie potrzebne są kwalifikacje medyczne. Dlatego też w wielu państwach członkowskich często jest ona pozostawiana członkom rodziny, zazwyczaj małżonkom lub potomstwu, na których nadal spoczywa większość zadań w zakresie opieki długoterminowej.

5.2 Z przytoczonych wyżej powodów w przyszłości nie będzie już można oczekiwać od członków rodziny przejmowania opieki w tym samym stopniu co wcześniej. W związku z tym rosnąca liczba niedołączonych osób starszych jest zdana na

zawodowych opiekunów, którzy świadczą opiekę w specjalnych ośrodkach lub w domu osoby wymagającej pielęgnacji. Opiekunowie ci powinni zostać odpowiednio przeszkoleni.

5.3 Opieka długoterminowa może być sprawowana na różne sposoby. Oprócz opieki w rodzinie, opieka profesjonalna może być świadczona w domu, w ośrodkach pobytu dziennego, we wspólnotach mieszkaniowych, specjalnych placówkach opieki lub w szpitalach. Osoby wymagające pielęgnacji potrzebują zazwyczaj wielu form opieki medycznej i niemedycznej, co rodzi potrzebę dobrej współpracy między rodzinami, zawodowymi opiekunami oraz personelem medycznym. Tym samym koordynacja tych usług ma duże znaczenie (zarządzanie punktami kontaktowymi, zarządzanie poszczególnymi przypadkami chorobowymi).

5.4 W przypadku opieki długoterminowej nie istnieje użyteczna strategia oferująca tylko jedną opcję. Różne potrzeby osób zainteresowanych wymagają zróżnicowanej oferty usług związanych z opieką. Tym ważniejsze jest wykorzystanie doświadczeń z różnych krajów w zakresie rodzaju, organizacji i funkcjonowania tej oferty.

5.5 Należy dążyć do zapewnienia każdemu jak największej swobody wyboru formy opieki oraz podmiotu ją świadczącego. Wymaga to nie tylko udostępnienia różnorodnej oferty, lecz także stworzenia odpowiednich warunków ramowych dla działalności dużej liczby usługodawców prywatnych, niekomercyjnych i publicznych oraz wspieranie konkurencji między nimi służącej stałemu doskonaleniu oferty. Aby konkurencja ta nie obciążała osób korzystających z opieki, musi ona toczyć się w ramach ustalonych standardów jakości, które trzeba także odpowiednio kontrolować. Ponadto, ponieważ chodzi tu o usługi społeczne użyteczności publicznej, za konkurencję tę powinien odpowiadać organ ustawodawczy, który określałby zadania do wykonania, cele, jakie należałoby zrealizować oraz oceniałby osiągnięte rezultaty.

5.6 Mechanizmy ochrony społecznej w poszczególnych krajach wpływają na sposób, w jaki organizowana jest opieka. Gdy na przykład przeznaczają się większe środki na ośrodki opieki niż na opiekę domową, więcej osób będzie mieszkało wtedy w tego rodzaju placówkach.

5.7 Zasadniczo wiele przemawia za tym, aby dawać pierwszeństwo opiece domowej. Odpowiada to pragnieniu wielu osób, które chciałyby mieszkać w domu również w starszym wieku lub w przypadku choroby. Koszty opieki domowej świadczonej przez członków rodziny są niższe niż w przypadku opieki stacjonarnej. Nie może to jednak prowadzić do sytuacji, że na członków rodziny — a zwłaszcza na kobiety — wywierany jest nacisk, by sami ponosili te obciążenia.

5.8 Celem powinno być znalezienie w każdej indywidualnej sytuacji najlepszej formy opieki uwzględniającej interesy wszystkich zainteresowanych stron. W wielu przypadkach nie ma jednak innej możliwości niż umieszczenie danej osoby w ośrodku stacjonarnym.

⁽⁸⁾ Por. opinia EKES-u z 14.03.2007 r. w sprawie: „Rodzina a zmiany demograficzne”, sprawozdawca Stéphane BUFFETAUT (C 161 13.7.2007)

6. Finansowanie systemów opieki

6.1 Obecnie sposób finansowania systemów opieki znacznie się różni w poszczególnych państwach członkowskich, a niekiedy także w ramach tego samego państwa. Powodem tego jest fakt, że opieka długoterminowa często jest podzielona między różne struktury i budżety organów publicznych, świadczona na szczeblu lokalnym, a także istnieją różne systemy ubezpieczeń społecznych, ubezpieczeń prywatnych oraz podatkowe.

6.2 Systemy finansowania opieki długoterminowej nadal będą się różnić w najbliższej przyszłości ze względu na ich zależność od krajowych i regionalnych uwarunkowań oraz strategii politycznych. Jako że w wielu krajach są one obecnie przedmiotem dyskusji, potrzebna i ważna jest wymiana doświadczeń w zakresie kształtowania i sposobu działania poszczególnych instrumentów finansowych (np. systemy ubezpieczeń, zachęty podatkowe), a także systemów świadczenia opieki (np. osobisty budżet na opiekę, świadczenia pieniężne, świadczenia rzeczowe).

6.3 Kluczową kwestią w przypadku długoterminowego finansowania opieki powinno być stwierdzenie, w jaki sposób można ograniczyć dodatkowy wzrost kosztów w tej dziedzinie. Jako środki i strategie w tym zakresie można rozważyć:

- utrzymanie i wzmocnienie rodzinnych możliwości opieki, w szczególności poprzez mechanizmy motywacyjne oraz ofertę świadczeń odciążających osoby opiekujące się członkami rodziny (np. opieka krótkoterminowa, na czas urlopu, placówki pobytu dziennego);
- stały rozwój i ulepszanie oferty w zakresie opieki i pielęgnacji, także pod względem proponowanych świadczeń, kosztów, jakości i jej efektywności;
- ustanowienie struktur konkurencyjnych (tam, gdzie jest to możliwe i celowe), aby poprzez konkurencję stymulować świadomość w zakresie kosztów i rozwój;
- wdrażanie kompleksowej strategii zapobiegania w dziedzinie opieki; powinna ona uwzględniać szeroki zakres zagadnień — od środków zapobiegawczych związanych z ochroną zdrowia, zapobiegania potencjalnym urazom (zapobieganie upadkom w domu), przez prywatne zabezpieczenie finansowe, tworzenie dla osób w wieku starszym nowych sieci społecznych, które mogą świadczyć pomoc, aż do wzmacniania umiejętności radzenia sobie w życiu codziennym (np. umiejętności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego);
- zwiększenie zaangażowania wolontariuszy w świadczenie usług opieki (np. pomoc sąsiedzka, usługi takie jak odwiedziny i zapewnianie towarzystwa, pomoc w pielęgnacji, opieka w hospicjach), włączając w nie także — w duchu podejmowania zagadnienia relacji międzypokoleniowych — uczniów i młodzież;

- większe wykorzystanie w opiece technicznych środków pomocniczych oraz technologii informacyjnych i komunikacyjnych (np. *smart housing* — „inteligentny dom”, nadzór na odległość, nauczanie osób w podeszłym wieku, jak komunikować się przy pomocy technologii informatycznych).

7. Jakość opieki długoterminowej

7.1 Osoby potrzebujące pomocy również zasługują na usługi wysokiej jakości. W tym kontekście Unia Europejska postawiła sobie za cel zapewnienie dostępu do zrównoważonej opieki wysokiej jakości. ⁽⁹⁾

7.2 Według sprawozdań poszczególnych państw członkowskich występują obecnie znaczne różnice w zakresie formułowania standardów jakości w dziedzinie opieki, ich mocy prawnej oraz kwestii obowiązywania poszczególnych norm na szczeblu krajowym bądź regionalnym. Ogólnie większość krajów przyznała, że w tej dziedzinie istnieje zbyt mało norm, a regulacje są niewystarczające.

7.3 Podobnie jak w przypadku finansowania, także tutaj będą nadal obowiązywały przepisy krajowe i regionalne. Jednak to właśnie w tym zakresie wymiana doświadczeń między wszystkimi państwami UE mogłaby dostarczyć cennych impulsów i punktów odniesienia dla przepisów krajowych i regionalnych. Dlatego też EKES zachęca, aby w ramach wspólnego projektu obejmującego całą UE opracować kryteria jakości dla opieki długoterminowej, które mogłyby służyć poszczególnym krajom jako wskazówki przy ustanawianiu ich własnych norm, a także uwzględniały rosnącą mobilność osób korzystających z opieki oraz personelu ją świadczącego.

8. Sektor opieki długoterminowej na rynku pracy

8.1 Sektor opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej ma znaczący udział procentowy w całkowitym zatrudnieniu w Unii Europejskiej (9,7 % całkowitego zatrudnienia w UE w 2001 r.) i przyczynił się do powstania w latach 1997-2002 1,7 mln nowych miejsc pracy w UE-15. W dziedzinie opieki i pielęgnacji w Europie istnieje znaczący rynek pracy — częściowo legalny, a częściowo także wiążący się z pracą „na czarno”.

8.2 Sektor opieki oferuje szanse na rynku pracy także grupom, które mają na nim często trudności (np. osoby powracające do pracy po przerwie, imigranci). EKES zachęca do

⁽⁹⁾ Por. wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013

uwzględnienia tych okoliczności w odpowiednich programach krajowych na rzecz wspierania rynku pracy, a także w europejskich programach dotyczących zatrudnienia (przekwalifikowanie, zdobywanie kwalifikacji).

8.3 Szybko rozwija się rynek usług indywidualnych świadczonych w prywatnych gospodarstwach domowych. Pod wieloma względami umożliwiają one w społeczeństwie, w którym obowiązuje podział pracy, urzeczywistnienie wolności wyboru w odniesieniu do wykonywania zawodu oraz mogą ułatwiać niektórym osobom godzenie życia zawodowego i rodzinnego. Praca w gospodarstwie domowym jest formą zatrudnienia, która odbiega nieco od klasycznej relacji między pracodawcą a pracownikiem. Istnieje tutaj potrzeba zlikwidowania pracy na czarno i stworzenia odpowiednich warunków ramowych, by zatrudnienie to było legalnym stosunkiem prawnym.

8.4 W ramach kroków podejmowanych w dziedzinie kształcenia, EKES popiera wykorzystanie Europejskiego Funduszu Społecznego — także w celu podniesienia w dłuższej perspektywie jakości miejsc pracy w sektorze opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, zapobiegania przedwczesnej rezygnacji z działalności zawodowej oraz poprawy jakości, elastyczności, a tym samym efektywności łańcucha zaopatrzenia. Te działania w dziedzinie kształcenia powinny obejmować także osoby działające na zasadzie wolontariatu.

8.5 W kontekście europejskiego rynku pracy należy dążyć do jak najszybszego wzajemnego uznawania wykształcenia w tej dziedzinie, bez nadmiernej biurokracji.

8.6 Praca związana z opieką i pielęgnacją, zarówno medyczną, jak i niemedyką, jest wyczerpująca fizycznie i psychicznie, dlatego ważną rolę musi odgrywać odciążanie i wspieranie opiekunów, aby zapewnić nie tylko jakość opieki, lecz także dalszą pracę tych osób w zawodzie. Niebezpieczeństwo nadmiernego obciążenia jest tutaj bardzo wysokie. Praca związana z opieką i pielęgnacją jest ciężka, wymaga optymalnych warunków i zasługuje na sprawiedliwe wynagrodzenie oraz na uznanie społeczne.

8.7 Praca związana z opieką i pielęgnacją jest wykonywana przede wszystkim przez kobiety, co musi zostać uwzględnione w odpowiednich działaniach UE na rzecz wspierania kobiet i równości płci.

9. Godzenie opieki, życia rodzinnego i życia zawodowego

9.1 W opinii „Rodzina a zmiany demograficzne”⁽¹⁰⁾ Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny wypowiedział się

⁽¹⁰⁾ Por. opinia rozpoznawcza EKES-u z 14.03.2007 r. w sprawie „Rodzina a zmiany demograficzne”, sprawozdawca: Stéphane BUFFETAUT (Dz. U. C 161 z 13.7.2007)

wyczerpująco na temat zmian demograficznych w Unii Europejskiej i ich wpływu na rodziny. Jednak zmiany demograficzne spowodują także, że w przyszłości coraz więcej ludzi obok pracy zawodowej będzie musiało zajmować się opieką nad starszymi członkami rodziny. Należy więc rozważyć rozwój usług w dziedzinie opieki nad takimi osobami, tak aby uwzględnić odciążenie zajmujących się nimi członków rodziny i zapewnić możliwość lepszego godzenia zobowiązań związanych z opieką z życiem zawodowym.

9.2 Zadaniem partnerów społecznych może być tutaj wspieranie wymiany doświadczeń w zakresie już wypróbowanych środków związanych z odciążaniem pracujących zawodowo członków rodziny, którzy opiekują się swoimi krewnymi⁽¹¹⁾.

10. Działalność hospicjów i prawo do godnej śmierci

10.1 W debacie dotyczącej starzenia się społeczeństw nie powinno się pomijać rozważań na temat kresu życia. Według zasad ONZ odnoszących się do osób starszych, wszyscy ludzie powinni mieć prawo do możliwie godnej śmierci, zgodnej z systemem wartości kulturowych danej osoby.

10.2 EKES zajmował się tym tematem w opinii „Praca w hospicjach jako przykład działalności wolontariackiej w Europie Dz.U. C 74 z 23.3.2005”⁽¹²⁾. Odsyła się tutaj do przedstawionych w niej propozycji dotyczących tej tematyki⁽¹³⁾.

11. Opieka a przemoc

11.1 EKES zajmował się niedawno tematyką przemocy związanej z opieką domową i instytucjonalną w opinii⁽¹⁴⁾ poświęconej znęcaniu się nad osobami starszymi i opracował różne sugestie, na które również należy zwrócić uwagę w tym miejscu.

12. Wymiana doświadczeń w ramach otwartej koordynacji, projektów badawczych i działań dodatkowych

12.1 W obliczu faktu, że polityka wspólnotowa w zakresie opieki długoterminowej nie jest możliwa ze względów prawnych, EKES podkreśla, że otwarta metoda koordynacji jest niezwykle ważnym środkiem służącym realizacji celów modernizacji i rozwoju trwałej opieki długoterminowej wysokiej jakości, która byłaby dostępna dla wszystkich.

12.2 EKES wymienił już w swojej wcześniejszej opinii⁽¹⁵⁾ tematy, na których powinna się skupiać analiza i wymiana doświadczeń.

⁽¹¹⁾ Por. opinia rozpoznawcza EKES-u z 11.07.2007 r. w sprawie „Rola partnerów społecznych w godzeniu życia zawodowego, rodzinnego i osobistego”, sprawozdawca: Peter CLEVER (Dz.U. C 256 z 27.10.2007)

⁽¹²⁾ Por. opinia z inicjatywy własnej EKES-u w sprawie «Praca w hospicjach jako przykład działalności wolontariackiej w Europie» z 20.03.2002 r., sprawozdawca: Soscha EULENBURG (Dz.U. C 125 z 27.5.2002)

⁽¹³⁾ Por. Komunikat Komisji do Rady i Parlamentu Europejskiego „Reakcja Europy na starzenie się ludności na świecie — postęp społeczno-gospodarczy w starzejącym się świecie. Wkład Komisji Europejskiej na 2. konferencję światową w sprawie starzenia się” z 18.03.2002 r., COM(2002) 143 końcowy

⁽¹⁴⁾ Por. opinia rozpoznawcza EKES-u w sprawie „Znęcanie się nad osobami starszymi” z 24.10.2007 r., sprawozdawca: Renate HEINISCH Dz.U. C 44 z 16.2.2008.

⁽¹⁵⁾ Zob. przypis 3

12.3 W ramach opinii „Zapotrzebowanie na badania nad zmianami demograficznymi — jakość życia osób starszych oraz potrzeby technologiczne”⁽¹⁶⁾ EKES wskazał na szerokie zapotrzebowanie na badania w zakresie zapobiegania i możliwości leczenia, kwalifikacji w zawodach związanych z pielęgnacją, oferty w zakresie pielęgnacji, rozwiązań technicznych, a także wsparcia dla członków rodziny. Omówione przy tym zagadnienia związane z badaniami są nadal tak samo aktualne jak wyrażone w opinii wezwanie do opracowania na szczeblu europejskim uzgodnionych definicji pojęć w dziedzinie opieki.

12.4 Ponadto konieczne jest organizowanie warsztatów, konferencji itp. w celu wspierania europejskiej wymiany doświadczeń oraz opracowania strategii działania.

12.5 Dodatkowo należy zachęcać do współpracy z organizacjami międzynarodowymi, takimi jak OECD i WHO.

13. Prawo europejskie

13.1 Mimo że dziedzina opieki długoterminowej nie leży w bezpośredniej gestii prawodawstwa europejskiego, jednak poprzez inne obszary prawne ma ono na nią znaczny wpływ. Z

jednej strony nie znamy jeszcze skutków dyrektywy w sprawie usług na rynku wewnętrznym, zwłaszcza w odniesieniu do usług socjalnych użyteczności publicznej, a z drugiej strony Trybunał Sprawiedliwości w Luksemburgu interpretuje w sposób ścisły swobodę świadczenia usług (*). Osoby świadczące usługi w zakresie opieki, ich pracownicy oraz osoby otrzymujące opiekę długoterminową mogą znaleźć się w sytuacji niepewności prawnej, podczas gdy zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi będzie wzrastać we wszystkich państwach UE. Oferta usług oraz ich ceny będą się znacznie różnić w zależności od danego państwa członkowskiego. Powstaje ryzyko zwiększenia, przynajmniej w strefach przygranicznych, turystyki medycznej, która już istnieje i która stwarza istotne problemy dla władz lokalnych. Przy opracowywaniu przepisów w tych obszarach należy zatem uwzględnić ich skutki dla opieki długoterminowej.

13.2 W szczególności na dziedzinę opieki wpływają sprzeczne ze sobą wymogi konkurencji oraz dostępności. Dlatego też należy uwzględnić tę dziedzinę w dyskusji na temat usług transgranicznych, prawa pracy, usług bytowych i świadczonych w interesie ogólnym.

Bruksela, 13 marca 2008 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹⁶⁾ Por. opinia EKES-u z inicjatywy własnej „W kierunku 7. ramowego programu badań: Zapotrzebowanie na badania nad zmianami demograficznymi — jakość życia osób starszych oraz potrzeby technologiczne” z 15.09.2004 r., sprawozdawca Renate HEINISCH (Dz.U. C 74 z 23.3.2005).

(*) Wyrok ETS C-341/05 z 18.12.2007 (Laval-Partneri Ltd v. Svenska Byggnadsarbetareförbundet et alii).