

**Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie tendencji i konsekwencji przyszłego rozwoju w dziedzinie usług osobistych, socjalnych, zdrowotnych i edukacyjnych w Unii Europejskiej (opinia z inicjatywy własnej)**

(2013/C 44/03)

Sprawozdawca: **Antonello PEZZINI**

Współsprawozdawca: **Dirk JARRÉ**

Dnia 19 stycznia 2012 r. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny postanowił, zgodnie z art. 29 ust. 2 regulaminu wewnętrznego, sporządzić opinię z inicjatywy własnej w sprawie

*tendencji i konsekwencji przyszłego rozwoju w dziedzinie usług osobistych, socjalnych, zdrowotnych i edukacyjnych w Unii Europejskiej.*

Komisja Konsultacyjna ds. Przemian w Przemysle, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 8 listopada 2012 r.

Na 485. sesji plenarnej w dniach 12–13 grudnia 2012 r. (posiedzenie z dnia 13 grudnia 2012 r.) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 159 do 3 – 11 osób wstrzymało się od głosu – przyjął następującą opinię:

## 1. Wnioski i zalecenia

1.1 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny uważa, że osobiste usługi socjalne, zdrowotne i edukacyjne w Europie stanowią kwintesencję europejskiego modelu społecznego. Usługi te, które są od siebie współzależne i wzajemnie umacniają swą skuteczność, stanowią „złoty trójkąt” o istotnym znaczeniu dla sprawnego funkcjonowania i jakości społeczeństwa.

1.2 EKES twierdzi, że usługi te z jednej strony odgrywają kluczową rolę w integracji jednostek w społeczeństwie, a jednocześnie w utrzymaniu spójności społecznej i tym samym gwarantują faktyczną partycypację demokratyczną i sprawiedliwość społeczną; zaś z drugiej strony mają podstawowe znaczenie dla realizacji celów wytyczonych w strategii „Europa 2020” pod względem zrównoważonego rozwoju, inteligentnego tworzenia miejsc pracy oraz zwiększenia spójności społecznej i gospodarczej w Unii Europejskiej.

1.3 Zdaniem EKES-u potrzebna jest szersza świadomość faktu, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa i wzrostem popytu na opiekę w związku z malejącą dyspozycyjnością członków rodziny do jej zapewnienia (co wynika m.in. z coraz większego udziału kobiet w rynku pracy), sprawą o kluczowym znaczeniu stało się lepsze planowanie i programowanie związane z jednej strony z wymaganiami i szkoleniami dla pracowników tego sektora, a z drugiej z priorytetami w odniesieniu do środków budżetowych.

1.4 EKES jest świadom kompetencji przysługujących państwom członkowskim w tej dziedzinie oraz swobody uznania organów krajowych, regionalnych i lokalnych w zakresie świadczenia takich usług; jednak zwraca uwagę na fakt, że w dziedzinie tej na państwach członkowskich UE spoczywa olbrzymia współodpowiedzialność. Zdaje sobie jednak sprawę, że w traktacie lizbońskim wprowadzono ważne zmiany w tym zakresie za pośrednictwem załączonego do niego Protokołu w sprawie usług świadczonych w interesie

ogólnym; uważa więc, że konieczna jest większa harmonizacja między państwami członkowskimi, by przezwyciężyć obecne nierówności i zapewnić podstawową swobodę w zakresie przedsiębiorczości (przy minimalnym poszanowaniu standardów społecznych zgodnych z przepisami i umowami obowiązującymi w kraju przyjmującym) i świadczenia usług.

1.5 EKES dostrzega znaczenie tego sektora z punktu widzenia jego wkładu do unijnego produktu krajowego brutto, do tworzenia dużych możliwości zatrudnienia oraz nowych miejsc pracy i firm, a także jego zdolność do znajdowania nowatorskich i jakościowych odpowiedzi na zmiany strukturalne i potrzeby społeczeństwa obywatelskiego oraz do realizacji celów traktatu lizbońskiego w tym zakresie; wobec tego zwraca Komisję Europejską, Radę i Parlament Europejski do:

- ustanowienia prawdziwej i odrębnej europejskiej strategii w zakresie nowatorskich i „inteligentnych” usług socjalnych i zdrowotnych, której towarzyszyłoby optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich, doskonalenie zawodowe, określenie zasad jakości, wprowadzenie odpowiednich technologii wspomagających dla usługobiorcy i usługodawcy, utworzenie europejskiego obszaru zintegrowanych usług oraz polityki wspierające;
- promowania większej efektywności wykorzystania zasobów finansowych i ludzkich; skutecznego zarządzania, które byłoby regulowane w ramach rokowań zbiorowych; odpowiedniego udziału sektora prywatnego i wolontariatu; uważnej oceny skuteczności tych usług i ich efektywności pod względem kosztów;
- opracowania przez Komisję wspólnych podstawowych ram usług osobistych, którym towarzyszą ramy regulacyjne i zasady w zakresie jakości oraz jasno określone wymogi dotyczące kwalifikacji, by ułatwić faktyczną mobilność zawodową w skali europejskiej.

1.6 W odniesieniu do poziomu unijnego EKES uważa, że wskazane byłoby w sposób skoordynowany przeznaczyć pewną część funduszy strukturalnych na rozwój infrastruktury socjalnej i usług zdrowotnych, tam gdzie występuje ich brak, i na lokalne inicjatywy w zakresie zatrudnienia w tym sektorze, dbając zwłaszcza o zapewnienie jednej puli finansowej dla obszarów wiejskich. To samo odnosi się do programów „Horyzont 2020” i „Kultura” oraz do działań w zakresie ustawicznych szkoleń zawodowych dotyczących nowych technologii stosowanych w ramach opieki socjalnej i zdrowotnej. Ponadto należy zachęcać do badań nad optymalizacją funkcjonowania usług, a także do prowadzenia dokumentacji i wymiany sprawdzonych rozwiązań.

1.7 EKES jest zdania, że ważne byłoby ustanowienie konstruktywnego i dobrze zorganizowanego dialogu społecznego między wszystkimi szczeblami (lokalnym, krajowym i europejskim) w dziedzinie usług osobistych. Ów dialog społeczny powinien odgrywać kluczową rolę w:

- przyczynianiu się do analizy społecznych i ekonomicznych wyzwań stojących przed tym sektorem,
- badaniu możliwości rozwoju tego sektora,
- przygotowywaniu projektów mających na celu harmonizację na wyższym szczeblu regulacji odnoszących się do tego sektora,
- zwalczaniu pracy na czarno,
- większej profesjonalizacji sektora i lepszych możliwości kariery dla jego pracowników,
- poprawie warunków pracy i płacy pracowników tego sektora,
- zwiększeniu atrakcyjności i poprawie wizerunku sektora,
- kontrolowaniu stosowania układów zbiorowych i regulacji.

Komisja Europejska i państwa członkowskie powinny konkretnie i aktywnie wspierać ustanowienie i rozwój takiego dialogu społecznego oraz organizację związanych z nim prac. Początkowo wsparcie to mogłoby przybrać formę badań nad tym sektorem i organizacji konferencji na szczeblu europejskim dla partnerów społecznych sektora.

## 2. Wstęp

2.1 Celem niniejszej opinii jest określenie przemian dokonujących się wśród obecnych tendencji i przyszłego rozwoju

w dziedzinie osobistych usług socjalnych i zdrowotnych, powiązanych z nimi usług edukacyjnych i szkoleniowych, a także nowych możliwości odpowiedniej jakości zatrudnienia w tym sektorze.

2.2 Usługi socjalne i zdrowotne odpowiadają podstawowym potrzebom jednostek. Działalność w tym sektorze przybiera różne formy: od instytucji, które zajmują się opieką medyczną oraz psychologiczną i socjalną po instytucje, które proponują usługi w zakresie pomocy socjalnej i zdrowotnej, pomocy mieszkaniowej, inne zaś formy dotyczą domów opieki, ośrodków zdrowia psychicznego, opieki nad małymi dziećmi, nad osobami starszymi i pomocy dla niepełnosprawnych.

2.3 Dla sektora tego charakterystyczne są znaczne fale migracji ludności napływowej przybywającej spoza Unii Europejskiej, a także wyraźna tendencja do korzystania z rynku pracy nierejestrowanej wraz ze wszystkimi zgubnymi tego skutkami dla jednostek i ogółu społeczeństwa.

2.4 Zamiarem EKES-u jest przyczynienie się, za pośrednictwem niniejszej opinii, do określenia wartości dodanej, jaką usługi osobiste mogą wnieść do strategii „Europa 2020”, by rozpoznać potrzeby związane z wykwalifikowanymi zasobami ludzkimi oraz nowymi profilami zatrudnienia z myślą o nowatorskich możliwościach socjalnych, nowych i lepszych miejscach pracy i większym dobrobycie wszystkich obywateli dzięki ściślejszej integracji, która wynika z większej spójności społeczeństwa.

2.5 Osobiste usługi socjalne, zdrowotne i edukacyjne w Europie stanowią trzon europejskiego modelu społecznego. Usługi te, które są od siebie współzależne i wzajemnie umacniają swą skuteczność, stanowią „złoty trójkąt” o istotnym znaczeniu dla sprawnego funkcjonowania i jakości społeczeństwa.

2.6 EKES uznaje ideę tzw. złotego trójkąta usług zintegrowanych mającą za cel wysokiej jakości edukację, skuteczny system opieki zdrowotnej i pełną integrację społeczną, które mają zapewnić możliwie najwyższy poziom skuteczności wszystkich trzech rodzajów usług, jeśli chodzi o centralne miejsce przyznane w nich człowiekowi, ich dostępność, powszechność, kompleksowość, ciągłość, wysoką jakość oraz wyraźne ukierunkowanie na wyniki, poszanowanie praw podstawowych, partycypację i partnerstwo, zintegrowane zarządzanie, inwestycje w kapitał ludzki i infrastruktury socjalne, wysoką wydajność, oraz miejsca pracy wymagające kwalifikacji i dobre warunki pracy stwarzające możliwości kariery, solidarność i spójność społeczną.

2.7 EKES twierdzi, że właśnie ze względu na te cechy w pierwszym rzędzie uwagę należy poświęcić „złotemu trójkątowi” wysokiej jakości usług osobistych, by zrealizować cele wytyczone w strategii „Europa 2020” pod względem zrównoważonego rozwoju, rozwoju gospodarczego, tworzenia miejsc pracy oraz spójności społecznej i gospodarczej w Unii Europejskiej.

2.8 Opinia powstała w oparciu o liczne źródła informacji, od badań natury ogólnej po analizy konkretnych przypadków w dziedzinie przedsiębiorczości. Należy zauważyć, że tendencje demograficzne i aktywne starzenie się, a także skutki dla systemów opieki zdrowotnej i społecznej starzenia się społeczeństwa, to tematy, którymi EKES zajął się już we wcześniejszych opiniach<sup>(1)</sup>. Ponadto Komitet podjął się opracowania planu działania dotyczącego szeregu inicjatyw koncentrujących się na problemach dotyczących starzenia się społeczeństwa europejskiego, w kontekście ósmego programu ramowego w zakresie badań i rozwoju, a także na udziale osób starszych w życiu społecznym<sup>(2)</sup>.

2.9 Jeśli chodzi o usługi osobiste w zakresie edukacji, uwzględnia się je w niniejszej opinii, jedynie kiedy dotyczą one wysokiej jakości zaktualizowanych usług opieki społecznej i zdrowotnej. Jeśli chodzi o ważne informacje dotyczące usług w zakresie szkoleń i ustawicznego kształcenia, odsyłamy do licznych opinii już opracowanych na ten temat przez EKES<sup>(3)</sup>.

### 3. Cechy charakterystyczne i perspektywy tego sektora

3.1 Według danych statystycznych Eurostatu dotyczących UE-27<sup>(4)</sup> w 2009 r. ponad 21,5 mln osób w UE znalazło zatrudnienie w sektorze opieki społecznej i zdrowotnej oraz związanych z nimi usługach edukacyjnych. W porównaniu z nowymi państwami członkowskimi świadczone są one głównie w starszych państwach członkowskich, przede wszystkim przez kobiety, które stanowią 78 % pracowników tego sektora, oraz pracowników bardzo młodych (ponad 43 % ma mniej niż 40 lat). W latach 2000–2010 w sektorze opieki zdrowotnej, społecznej i domowej stworzono ponad 4 mln miejsc pracy, co wyraźnie kontrastuje z tendencją spadkową zatrudnienia w Unii Europejskiej w wyniku kryzysu gospodarczego. Wzrost zatrudnienia w sektorze był szczególnie wysoki

w okresie 2008–2010, kiedy powstało około 770 tys. nowych miejsc pracy<sup>(5)</sup>.

3.2 Opieka zdrowotna jest jednym z ważniejszych sektorów w Unii Europejskiej: odpowiada za wytworzenie około 10 % PKB i zatrudnia jedną osobę z dziesięciu. Ponadto odsetek pracowników z dyplomem uczelni wyższej przekracza w tym sektorze wartość średnią<sup>(6)</sup>. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa<sup>(7)</sup> zatrudnienie w tym sektorze stale wzrasta, przy czym udział kobiet w rynku pracy również zwiększa się wraz z rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę społeczną. W związku z tym coraz wyraźniej widać potrzebę wprowadzenia ujednoliconych definicji i standardów kształcenia na poziomie europejskim, by zagwarantować mobilność geograficzną i dynamizm zawodowy, a jednocześnie zadbać o jakość, skuteczność i stabilność tych usług na całym terytorium.

3.3 Pośród zidentyfikowanych profili można znaleźć opiekunów medycznych, pielęgniarki, pracowników sektora zajmującego się młodzieżą, pracowników socjalnych i lekarzy: niedawne badanie<sup>(8)</sup> wskazuje na to, że we wszystkich gałęziach medycyny, bez względu na niski poziom płac i rzadkie przypadki uznania za wykonaną pracę, pracownicy sektora opieki zdrowotnej wykazują wysoki poziom motywacji i odpowiedzialności. Pewne badania wskazują na poważny brak personelu i coraz większe trudności przy rekrutacji odpowiednich i wykwalifikowanych pracowników szczebla kierowniczego i utrzymaniu ich w danym miejscu pracy.

3.4 Potrzebna jest odrębna europejska strategia w obrębie strategii „Europa 2020”<sup>(9)</sup>, by zapewnić wyższy poziom innowacji technicznych i strukturalnych, zmniejszyć koszty i upowszechnić jakościowe zatrudnienie przy jednoczesnym ułatwieniu dostępu do opieki zdrowotnej przede wszystkim na obszarach o niekorzystnych warunkach, a także w określonych dziedzinach medycyny, w których w skali kraju brak jest pracowników, tworzyć sieci wysokiej jakości europejskich ośrodków medycznych zatrudniających personel o wysokich kwalifikacjach i silnych motywacjach, który może być do dyspozycji wszystkich obywateli UE.

<sup>(1)</sup> Opinia EKES-u w sprawie skutków starzenia się społeczeństwa dla systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej, Dz.U. C 44 z 11.2.2011, s. 10; opinia EKES-u w sprawie „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”, Dz.U. C 18 z 19.1.2011, s. 74; opinia EKES-u w sprawie uwzględnienia potrzeb osób starszych, Dz.U. C 77 z 31.3.2009, s. 115; opinia EKES-u w sprawie zncęania się nad osobami starszymi, Dz.U. C 44 z 16.2.2008, s. 109.

<sup>(2)</sup> Opinia EKES-u w sprawie „Aktywne starzenie się/Horyzont 2020”, Dz.U. C 229 z 31.7.2012, s. 13; opinia EKES-u w sprawie wkładu osób starszych w życie społeczne i ich udziału w nim, w oczekiwaniu na publikację w Dz.U.

<sup>(3)</sup> Opinia EKES-u w sprawie uwzględnienia potrzeb osób starszych, Dz.U. C 77 z 31.3.2009, s. 115; opinia EKES-u w sprawie kształcenia dorosłych, Dz.U. C 204 z 9.8.2008, s. 89; opinia EKES-u w sprawie zielonej księgi „Migracja i mobilność: wyzwania i szanse dla wspólnotowych systemów edukacyjnych UE”, Dz.U. C 218 z 11.9.2009, s. 85; opinia EKES-u w sprawie „Zapewnienie jakości w dziedzinie kształcenia i szkolenia zawodowego (VET)”, Dz.U. C 100 z 30.4.2009, s. 136.

<sup>(4)</sup> Eurostat, *Labour Force Survey (badanie aktywności ekonomicznej ludności)*, DS-073433, 3/2010.

<sup>(5)</sup> *Wspólny wkład Europejskiej Federacji Związków Zawodowych Służb Publicznych i Europejskiej Konfederacji Związków Zawodowych do konsultacji KE na temat potencjału usług osobistych i usług dla gospodarstw domowych w zakresie zatrudnienia*; Bruksela, 18 lipca 2012 r.

<sup>(6)</sup> COM(2011) 709 final.

<sup>(7)</sup> Sprawozdanie na temat przemian demograficznych w publikacji „European Economy” nr 4/2011, „The 2012 Ageing Report”, KE, DG ds. Gospodarczych i Finansowych.

<sup>(8)</sup> Badanie EFZZSP na temat płac w sektorze opieki w porównaniu z ogólnymi poziomami płac oraz różnicy w płacach między mężczyznami a kobietami w różnych krajach Unii Europejskiej („Report of EPSU Study on pay in the care sector in relation to overall pay levels and the gender pay gap in different countries in the European Union”), J. Pillinger, 2/2010.

<sup>(9)</sup> COM(2010) 2020 wraz z priorytetowymi inicjatywami, takimi jak „Unia innowacji” i Europejska agenda cyfrowa.

3.5 Jeśli chodzi o poziom wynagrodzeń w tym sektorze, są one na ogół niższe od średnich krajowych wynagrodzeń w podobnych rodzajach zatrudnienia: kobiety, które reprezentują wyraźną większość zatrudnionych, i często są imigrantkami, na ogół otrzymują niższe uposażenie<sup>(10)</sup>, rzadko spotykają się z uznaniem i pracują na umowy na niepewnych warunkach, nawet jeśli są wykwalifikowane, na co wskazują niedawne badania dotyczące podsektorów<sup>(11)</sup>, takich jak: opieka zdrowotna, opieka nad małymi dziećmi, opieka nad osobami starszymi i inne formy opieki nad osobami niesamodzielnymi.

3.6 Jeszcze inne cechy wyróżniają ten sektor spośród pozostałych branż<sup>(12)</sup>:

- średnia liczba godzin pracy w tygodniu jest mniejsza niż w innych branżach gospodarki, choć częstszy jest niż ogólnie w całej gospodarce system pracy zmianowej, praca nocą, praca w niepełnym wymiarze godzin i umowy na czas określony;
- wzrost popytu na ujednoczone usługi, które łączą wszystkie aspekty i kwalifikacje związane z opieką zdrowotną ze specyfiką pomocy społecznej;
- regularne szkolenia zawodowe i językowe są istotne z punktu widzenia częstszego stosowania rozwiązań informatycznych w ramach opieki zdrowotnej pierwszego kontaktu, telemedycyny i telediagnozy;
- potrzeba lepszej i ściślej skoordynowanej infrastruktury dla trzech rodzajów przedmiotowych usług, która jest dostępna dla wszystkich, i której towarzyszą odpowiednie narzędzia (i struktury odniesienia na całym obszarze?).

3.7 Ponadto, jak stwierdzono w odniesieniu do usług osobistych, „należy uwzględniać specyficzne cechy niewielkich podmiotów gospodarczych świadczących usługi w ogólnym interesie gospodarczym, usługi socjalne i usługi niedochodowe, których cechy i szczególnie wkład wniesiony w interesie ogólnym, powinny zostać priorytetowo uwzględnione”<sup>(13)</sup> w ramach dialogu społecznego z partnerami społecznymi i z ogółem społeczeństwa obywatelskiego.

3.8 Sytuacja jest szczególnie niepokojąca na obszarach wiejskich i innych obszarach w niekorzystnej sytuacji, gdzie brak

infrastruktury socjalnej, medycznej i oświatowej często prowadzi do odpływu pracowników wykwalifikowanych, co wpływa na inicjatywę w zakresie tworzenia firm, na ich lokalizację i rozwój takich obszarów: tymczasem trzeba zapewnić bardziej wyrównany rozwój regionalny i promować większą spójność terytorialną, zwłaszcza pod względem osobistej opieki socjalnej, zdrowotnej i edukacyjnej dla dzieci oraz w żłobkach<sup>(14)</sup>.

3.9 W trosce o lepszą integrację pracowników migrujących konieczne jest zadbanie o wspomagające środki finansowe i organizacyjne, takie jak lekcje języka, poprawa postrzegania wykonywanych obowiązków, a także struktury przyjmowania oraz zakwaterowanie, kształcenie zawodowe w zakresie opieki, mając także na względzie powrót na rynek pracy w kraju pochodzenia, by uniknąć drenażu mózgow w branży zdrowotnej<sup>(15)</sup>.

3.10 Wobec tego koszty inwestycji są dość wysokie i często budzą kontrowersje z punktu widzenia możliwości ich pokrycia, gdyż kryzys finansowy uwydatnił konieczność znalezienia lepszej efektywności kosztowej usług zdrowotnych i socjalnych, a państwa członkowskie podlegają stałej presji i muszą znaleźć właściwą równowagę między wymogiem świadczenia powszechnych usług zdrowotnych i przestrzegania ograniczeń budżetowych. Niemniej jeśli wziąć pod uwagę uzyskane wyniki, wyraźnie widać, że inwestycje w sektorze usług są bardzo produktywne i owocne: siła robocza cieszy się lepszym zdrowiem, jest lepiej zintegrowana, ma wyższe kwalifikacje, większą motywację do pracy, a jej sytuacja jest bardziej ustabilizowana.

3.11 Ponadto w traktacie lizbońskim wprowadzono ważne innowacje w tym zakresie za pośrednictwem załączonego do niego Protokołu w sprawie usług świadczonych w interesie ogólnym, „gdyż obejmuje on wszystkie tego rodzaju usługi i wprowadza, po raz pierwszy w Traktacie, pojęcie usług niemających charakteru gospodarczego świadczonych w interesie ogólnym w odróżnieniu od usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym”<sup>(16)</sup>. Doskonale wiadomo, że osobiste usługi mają charakter „gospodarczy” lub „niegospodarczy”. Aspekt dotyczący ogólnego interesu gospodarczego wiąże się z ich znaczeniem dla dobrego funkcjonowania całego przemysłu, wytwórczości i usług, podczas gdy aspekt niegospodarczy odnosi się do ich znaczenia dla integracji wszystkich jednostek i dla spójności społeczeństwa.

3.12 Zdaniem EKES-u „Protokół ten nie jest zwykłą deklaracją interpretacyjną traktatów i wspólnych wartości Unii dotyczącą usług świadczonych w interesie ogólnym, lecz stanowi rodzaj „instrukcji obsługi” przeznaczony dla Unii i państw członkowskich”. „W centrum jego postanowień znajduje się użytkownik, zaspokojenie jego potrzeb i poszanowanie jego wyborów i praw. Zawarto w nim ponadto wspólne zasady, jakimi są: wysoka jakość, bezpieczeństwo i przystępność cenowa, równe traktowanie odbiorców i dążenie do powszechnego dostępu”<sup>(17)</sup>.

<sup>(10)</sup> Opinia EKES-u w sprawie różnic w wynagradzaniu kobiet i mężczyzn, Dz.U. C 211 z 19.8.2008, s. 54; opinia EKES-u w sprawie planu działania na rzecz równości kobiet i mężczyzn 2006 – 2010, Dz.U. C 318 z 23.12.2006, s. 173.; Karta Europejskiej Konfederacji Związków Zawodowych na temat uwzględnienia kwestii płci w związkach zawodowych, kongres ETUC w Sewilli 23 maja 2007 r. i podręcznik Komisji Europejskiej na temat uwzględniania kwestii płci w polityce zatrudnienia, CE 7/2007.

<sup>(11)</sup> Badanie EFZZSP na temat płac w sektorze opieki w porównaniu z ogólnymi poziomami płac oraz różnicy w płacach między mężczyznami a kobietami w różnych krajach Unii Europejskiej („Report of EPSU Study on pay in the care sector in relation to overall pay levels and the gender pay gap in different countries in the European Union”), J. Pillinger, 2/2010.

<sup>(12)</sup> Baza danych AMECO (Annual macroeconomic database) – „Employment in Europe” – EU KLEMS Accounts (Capital (K), Labour (L), Energy (E), Material (M) and Service inputs (S)), przegląd kwartalny, KE.

<sup>(13)</sup> Sprawozdanie: „Przygotowanie do wdrażania dyrektywy w sprawie usług na rynku wewnętrznym w 2010 r.” („Preparation of Implementation of the Directive on Services in the Internal Market 2010”).

<sup>(14)</sup> COM(2011) 66 final.

<sup>(15)</sup> Opinia EKES-u w sprawie „Rola polityki rodzinnej w procesie przemian demograficznych – wymiana najlepszych rozwiązań praktycznych między państwami członkowskimi”, Dz.U. C 218 z 23.7.2011, s. 7; opinia EKES-u w sprawie modernizacji szkolnictwa wyższego, Dz.U. C 181 z 21.6.2012, ss. 143–149.

<sup>(16)</sup> Opinia EKES-u w sprawie „Usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym: jak podzielić kompetencje między UE i państwa członkowskie?”, Dz.U. C 128, z 18.5.2010, ss. 65–68.

<sup>(17)</sup> Zob. przypis 16.

3.13 Wobec tego sektorowi temu należy przede wszystkim zapewnić wyraźny wymiar unijny za pośrednictwem ujednoliconych ram unijnych i wesprzeć go europejską strategią działań strukturalnych, chociaż Komitet podkreślał „zasadniczą rolę i szeroki zakres uprawnień dyskrecjonalnych organów krajowych, regionalnych i lokalnych w zakresie świadczenia, zlecenia i organizowania usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym w sposób możliwie najbardziej odpowiadający potrzebom odbiorców”<sup>(18)</sup>.

#### 4. Działania na rzecz europejskiej strategii nowatorskich i „inteligentnych” usług socjalnych i zdrowotnych

4.1 Zdaniem Komitetu wprowadzenie strategii europejskiej ma zasadnicze znaczenie, jeśli chodzi o antycypowanie obecnych przemian w społeczeństwie europejskim i w jego modelu społeczno-gospodarczym oraz zarządzanie tymi procesami, które wymagają wyszczególnienia priorytetów strategicznych dla europejskiego sektora osobistych usług zdrowotnych, socjalnych i edukacyjnych pod względem:

- zasobów ludzkich, ich kształcenia i informowania;
- odpowiednich technologii;
- europejskiego obszaru zintegrowanych usług;
- lepszych warunków mobilności i wymiany;
- przyjęcia europejskich zasad jakości;
- pełnego uznania kwalifikacji;
- badania w zakresie optymalizacji funkcjonowania usług;
- dokumentacji i wymiany sprawdzonych rozwiązań;
- polityki wspierania, struktur i infrastruktury.

4.2 Zasoby ludzkie są pierwszym, fundamentalnym filarem sektora usług osobistych, jak wskazują środki przewidziane w strategii „Europa 2020” zgodnie z celem polegającym na tym, by w perspektywie długofalowej obywatele UE byli zdrowi, aktywni i społecznie zintegrowani, co ma pozytywny wpływ na wydajność i konkurencyjność. Sektor ten znajduje się wśród priorytetowych elementów „Inicjatywy rynków pionierskich dla Europy” i jest nierozdzielalną częścią inicjatywy przewodniej „Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia”.

4.2.1 Ze względu na znaczenie przedmiotowych usług, europejskie działania strategiczne w odniesieniu do zasobów ludzkich powinny być ukierunkowane na:

- systemy informatyczne służące określeniu koniecznych profili zawodowych i możliwości zatrudnienia;

- środki służące zwiększeniu wiedzy i nabyciu wielorakich umiejętności;
- międzynarodowe uznanie kwalifikacji i dyplomów, by ułatwić mobilność;
- sprawne systemy poradnictwa zawodowego i komunikacji, zwłaszcza mające na celu naukę języków;
- kształcenie w zakresie technologii informatycznych i zdobywanie umiejętności cyfrowych;
- kształcenie i doksztalcenie w zakresie nowych technologii i nowych metod terapeutycznych;
- mechanizmy stabilizacji sektora, warunki pracy i atrakcyjne perspektywy zawodowe, większa równowaga płci;
- poprawę wizerunku różnych zawodów w tym sektorze usług;
- umowę co do zasad dotyczących jakości i ich stosowania, a także jasno określone wymogi dotyczące kwalifikacji;
- wprowadzenie usług pomocniczych, takich jak czasowe zastępstwa, szkolenia i doradztwo, by zagwarantować jakość gospodarki społecznej i leczenia, a także poprawę samopoczucia osób zapewniających opiekę;
- wykorzystanie cennej pomocy wolontariuszy mogących wnieść istotny i bezinteresowny wkład w zakresie jakości, uczuciowości i stosunków międzyludzkich, czyli czynników warunkujących dobrą formę psychofizyczną osób potrzebujących wsparcia.

Takim europejskim działaniom powinny towarzyszyć środki stałego monitorowania opierające się na ścisłej naukowej ocenie.

4.3 **Wprowadzenie odpowiednich technologii** w sektorze, z myślą o wsparciu tak usługodawcy jak i usługobiorcy, stanowi **drugi filar** tej strategii: innowacja, zarówno strukturalna, jak i metodologiczna oraz techniczna, zastosowana do osobistych usług zdrowotnych i socjalnych może pomóc w podjęciu wyzwania związanego ze zrównoważonym rozwojem w kontekście dokonujących się obecnie przemian a także wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu.

4.3.1 Trzeba odwołać się do technologii informacyjnych i komunikacyjnych, by stworzyć warunki sprzyjające niezależności, większej odpowiedzialności oraz kulturze troski o zdrowie osobiste, a także koordynacji usług zdrowotnych i socjalnych w celu opracowania usług coraz bardziej zintegrowanych, w których człowiek znajduje się w centrum skoordynowanego łańcucha usług wysokiej jakości.

<sup>(18)</sup> Zob. przypis 16.

4.3.2 E-zdrowie, szerzenie umiejętności obsługi komputera oraz telemedycyna składają się na podstawowy filar innowacji procesów leczniczych i rehabilitacyjnych, gdyż umożliwiają obywatelowi bez względu na to, gdzie się on znajduje, przedstawienie historii swej choroby i w związku z tym korzystanie z opieki zdrowotnej jak najlepiej dostosowanej do jego potrzeb<sup>(19)</sup>.

4.3.3 Aby zyskać na skuteczności, systemy usług osobistych wymagają zaawansowanej platformy technologicznej, by z jednej strony usługodawcy i usługobiorcy mogli dzielić się owocnymi rozwiązaniami w zakresie opieki długoterminowej, a z drugiej – wytycznymi, które powinny przyświecać procesom decyzyjnym i monitorowaniu jakości na poziomie lokalnym, a ostatecznie, by dopracować mechanizm planowania opieki z myślą o poprawie systemu ponoszenia kosztów świadczonych usług społecznych oraz usług zdrowotnych i paramedycznych<sup>(20)</sup>.

4.3.4 Trzeba umieć maksymalnie wykorzystać, za pośrednictwem krajowych i unijnych programów badań i rozwoju, technologie informacyjne stosowane w osobistych usługach zdrowotnych, socjalnych i edukacyjnych, by uwydatnić nowe profile zawodowe dostosowane do różnych wymagań wynikających z opieki nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi i starszymi, a także z chorób fizycznych i psychicznych.

4.4 **Trzeci filar:** należy poważnie zastanowić się nad utworzeniem **europejskiego obszaru usług zintegrowanych**, z myślą o przezwyciężeniu istniejących nierówności i o właściwym zapewnieniu podstawowej swobody przedsiębiorczości (przy minimalnym poszanowaniu standardów społecznych zgodnych z przepisami i umowami obowiązującymi w kraju przyjmującym) i świadczenia usług (zwłaszcza w tym sektorze o olbrzymim znaczeniu dla zapewnienia swobodnego przepływu usług). Można do tego doprowadzić poprzez wzajemne uznawanie, współpracę administracyjną i, tam gdzie to jest konieczne, harmonizację, by zagwarantować na całym terytorium Unii Europejskiej szereg usług świadczonych w poczuciu odpowiedzialności, w których centrum znajduje się człowiek. Aby zrealizować ten cel, państwa członkowskie i Unia Europejska powinny wspólnie wywiązywać się ze swych zobowiązań.

4.4.1 Wyzwanie związane z przekształceniem gospodarki europejskiej w gospodarkę nowatorską i nowoczesną w oparciu o pełne korzystanie z czwartej swobody (swobodny przepływ usług), a także o rozwój „piątej swobody”, czyli pełnego i swobodnego przepływu wiedzy, pozwoliłoby Europie w pełni wykorzystać swój potencjał twórczy. W tym kontekście, w oparciu o europejski system oceny, który należy w tym celu opracować, należałoby ściśle śledzić wyniki zastosowania innowacji w sektorze usług zdrowotnych i socjalnych.

4.4.2 Należy zagwarantować europejski obszar solidarności, który zapewniałby dostęp do jakościowych usług podstawowych w zakresie osobistych usług zdrowotnych, socjalnych i edukacyjnych, na całym obszarze unijnym także dzięki wdrożeniu „dobrowolnych europejskich ram jakości w różnych

państwach członkowskich w różnorodnych sektorach”<sup>(21)</sup>, włączając użytkowników do definiowania i oceny jakości.

4.4.3 System zintegrowanych usług wymaga – poza zharmonizowanymi zasadami jakości – wzajemnego uznawania kwalifikacji, monitorowania jakości usług, a także prowadzenia na różnych szczeblach dialogu społecznego na poziomie najbliższym obywateli, w którym uczestniczą wszyscy zainteresowani, by rozwinąć wzajemną współpracę.

4.5 **Polityki wspierające, struktury i infrastruktury**, stanowią czwarty filar, na którym musi się opierać europejska strategia dotycząca sektora usług osobistych.

4.5.1 Istotnym elementem tego filaru jest ukierunkowane wdrażanie – równoczesne z działaniami przewidzianymi w strategii „Europa 2020” – unijnych programów i działań strukturalnych, zwłaszcza zaś Europejskiego Funduszu Społecznego, Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich, a także unijnych programów „Kultura” i „Horyzont” na lata 2014–2020.

4.5.2 Należy także przewidzieć na poziomie unijnym środki mające na celu opracowanie zharmonizowanych ram prawnych ułatwiających i promujących uzyskanie dobrych wyników w zakresie kwalifikacji zawodowych i jakości usług, dokumentacji i wymiany sprawdzonych rozwiązań, standaryzowanych systemów monitorowania jakości usług i poziomu zadowolenia klientów oraz stosunku jakości do zaangażowanych środków, w odniesieniu do profesjonalizacji i warunków pracy oraz możliwości kariery wśród usługodawców bądź w odniesieniu do przedsiębiorstw publicznych i prywatnych lub podmiotów gospodarki społecznej aktywnych w tej dziedzinie, a także w odniesieniu do usługobiorców i ich rodzin, jak również dla gospodarki społecznej.

4.5.2.1 W tym zakresie wolontariat stanowi integralną część, która zasługuje na wsparcie głównie z racji tego, iż przyczynia się do rozwoju aspektu ludzkiego, społecznego i emocjonalnego prowadzonych działań. Na szczególną uwagę zasługują mechanizmy europejskie sprzyjające wymianie doświadczeń i sprawdzonych rozwiązań w dziedzinie wolontariatu w służbie potrzebującym.

4.5.3 Trzeba zwrócić uwagę na znaczenie zobowiązań inwestycyjnych, a zwłaszcza na konieczność dywersyfikacji środków finansowych (podatki, różne formy składek z przeznaczeniem na ubezpieczenia społeczne (ochronę socjalną), ubezpieczenia, solidarność międzypokoleniowa, partnerstwa publiczno-prywatne) biorąc pod uwagę fakt, że koszt długoterminowej opieki i wsparcia zdrowotnego przekracza możliwości większości społeczeństwa.

4.5.4 Na poziomie UE wskazane byłoby przeznaczyć pewną część funduszy strukturalnych na rozwój infrastruktury socjalnej i usług zdrowotnych oraz opieki, tam gdzie występuje ich brak, i na lokalne inicjatywy w zakresie zatrudnienia w tym sektorze, zwłaszcza dbając o zapewnienie jednej puli finansowej na ten cel dla obszarów wiejskich oraz innych obszarów w niekorzystnej sytuacji, za pośrednictwem Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich i inicjatywy LEADER.

<sup>(19)</sup> Konferencja na temat e-zdrowia 2012, Kopenhaga.

<sup>(20)</sup> OECD, „Szukacie pomocy? Zapewnienie i opłacanie długoterminowej pomocy” („Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”), 2011 r.

<sup>(21)</sup> COM(2011) 900 final.

4.5.5 Również na poziomie UE należy dokonać przeglądu środków wsparcia dla polityki rodzinnej mających także zagwarantować bardziej elastyczne umowy w miejscu pracy dla tych, którzy podejmują się świadczenia swej rodzinie usług w zakresie opieki.

## 5. Uwagi końcowe

5.1 EKES jest głęboko przekonany, że „W takich dziedzinach jak opieka zdrowotna, opieka nad dziećmi lub opieka nad osobami starszymi, pomoc osobom niepełnosprawnym, budownictwo socjalne, usługi takie stanowią istotną siatkę bezpieczeństwa dla obywateli i wspierają propagowanie spójności społecznej”<sup>(22)</sup>.

5.2 Komitet podkreśla, że osobiste usługi zdrowotne, oświatowe i socjalne odpowiadają interesowi ogólnemu – tak gospodarstwu, jak i niegospodarstwu – i odgrywają ważną rolę dla jakości i funkcjonowania społeczeństwa europejskiego, a także przyczyniają się do ochrony społecznej i do włączenia społecznego oraz w znacznej mierze do wydajności i konkurencyjności gospodarki. Tymczasem podczas gdy zapotrzebowanie na nie wzrasta, zdolność do ich finansowania staje się coraz bardziej ograniczona w wyniku kryzysu gospodarczego, a w bardziej odległej perspektywie, także ze względu na tendencje demograficzne.

5.3 Komitet zdecydowanie popiera zawarte w traktacie lizbońskim cele w zakresie edukacji, ochrony socjalnej i opieki zdrowotnej, które odzwierciedlają wspólną świadomość

społeczną i pragnienie zapewnienia obywatelom jeszcze wyższego poziomu życia zgodnie z potencjałem gospodarczym wszystkich państw członkowskich.

5.4 EKES uważa więc, że w obecnych warunkach dalszy rozwój w tych sektorach wymaga:

- ustanowienia prawdziwej europejskiej strategii nowatorskich i „inteligentnych” usług socjalnych i zdrowotnych oraz odpowiadających im usług edukacyjnych, którym towarzyszyłyby optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich, wprowadzenie odpowiednich technologii wspomagających usługobiorców i usługodawców, utworzenie europejskiego obszaru zintegrowanych usług oraz polityki wspierające struktury i infrastrukturę wraz z prowadzonymi na różnych poziomach dialogiem społecznym i dialogiem ze społeczeństwem obywatelskim;
- większej efektywności wykorzystania zasobów finansowych i ludzkich, a także istniejącej infrastruktury, przy stosowaniu zasad jakości i ocenie wydajności dzięki środkom służącym zwiększeniu wiedzy i nabyciu wielorakich umiejętności; wyższego poziomu konkurencyjności osiągniętego dzięki rokowaniom zbiorowym; większego udziału sektora prywatnego, gospodarki społecznej i wolontariatu; nowych form partnerstwa między sektorami; wnikliwej prognozy wydatków wraz ze wspólną oceną skuteczności tych usług i ich efektywności pod względem kosztów.

Bruksela, 13 grudnia 2012 r.

Przewodniczący  
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego  
Staffan NILSSON

<sup>(22)</sup> COM(2011) 900 final.