

**Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „W kierunku nowego modelu opieki nad osobami starszymi: lekcje z pandemii COVID-19”****(opinia z inicjatywy własnej)**

(2022/C 194/04)

Sprawozdawca: **Miguel Ángel CABRA DE LUNA**

Wniosek o konsultację	25.3.2021
Podstawa prawna	Art. 32 ust. 2 regulaminu wewnętrznego Opinia z inicjatywy własnej
Sekcja odpowiedzialna	Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa
Data przyjęcia przez sekcję	16.12.2021
Data przyjęcia na sesji plenarnej	19.1.2022
Sesja plenarna nr	566
Wynik głosowania	
(za/przeciw/wstrzymało się)	241/3/3

**1. Cele i zakres opinii: opieka nad osobami starszymi, a zwłaszcza osobami niesamodzielnymi**

1.1. Niniejsza opinia z inicjatywy własnej ma na celu ograniczenie się do analizy różnych modeli opieki długoterminowej dla osób powyżej 65 roku życia znajdujących się w sytuacji utraty autonomii lub niesamodzielności, zwłaszcza w instytucjonalnych domach opieki. Omówiony zostanie także wpływ pandemii COVID-19 na różne modele opieki – instytucjonalne, w domu pacjenta i inne – w państwach członkowskich. Przedstawione zostaną również wnioski w tym zakresie oraz wezwanie do skoordynowanego działania zgodnego ze stwierdzonymi niedociągnięciami, na szczeblu polityki zarówno europejskiej, jak i krajowej.

1.2. Wydłużenie średniego trwania życia stanowi zarówno wyzwanie, jak i szansę demograficzną, społeczną i gospodarczą, a także związaną z mieszkalnictwem i poszanowaniem praw podstawowych, które nie są związane wyłącznie z opieką nad osobami starszymi. Wyzwanie wynika również z innych kwestii związanych z godnym, niezależnym, aktywnym i zdrowym starzeniem się społeczeństwa. Takie bardziej wieloaspektowe podejście będzie jednak musiało zostać opracowane bardziej szczegółowo w innych opiniach EKES-u.

**2. Wnioski i zalecenia***Modele opieki*

2.1. Zdaniem EKES-u należy zwrócić szczególną uwagę na troszczenie się o osoby starsze wymagające opieki długoterminowej<sup>(1)</sup>, a w związku ze zmianami demograficznymi trzeba uznać to za centralny element opracowywania polityki UE. Jest to szczególnie ważne ze względu na fakt, że – według danych sprzed pandemii – do 2050 r. ponad jedna czwarta ludności będzie miała ponad 65 lat, a liczba osób powyżej 80. roku życia wzrośnie dwukrotnie.

2.2. EKES proponuje utworzenie europejskiego obserwatorium do spraw opieki nad osobami starszymi, które umożliwiłoby np. gromadzenie wystarczającej ilości danych statystycznych, porównywanie dobrych praktyk między modelami w różnych państwach; określenie strukturalnych słabości systemów krajowych pod względem zdolności do zaspokojenia zapotrzebowania na pomoc i finansowania, wsparcie techniczne w celu ułatwienia przyjmowania wytycznych polityki unijnej mających na celu opracowanie trzeciego sprawozdania w sprawie opieki nad osobami starszymi, wdrożenie planu działania na rzecz Europejskiego filaru praw socjalnych oraz przyczynienie się do rozwoju europejskiej strategii w zakresie opieki długoterminowej, w tym na rzecz osób starszych. Wszystko to będzie miało na celu wzmoczenie wysiłków na rzecz pomocy osobom starszym w zachowaniu przez jak najdłuższy czas aktywności, samodzielności oraz dobrego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, a także ich motywowania w tym względzie.

<sup>(1)</sup> Należy zasygnalizować, że słowo „opieka” zastosowane w opinii dotyczy wszelkiego rodzaju opieki nad osobami starszymi. Czasami ze względu na interpretację językową słowo „opieka” rozumie się jako opiekę zdrowotną tak jak w przypadku francuskiego słowa „soin”, podczas gdy w języku hiszpańskim odnosi się ono do wszelkiego rodzaju opieki, w tym do wsparcia w wykonywaniu takich czynności jak: pomoc dla osób starszych w rozmowie, podczas spacerów, przemieszczania się, zakupów, sprzątanania mieszkania, a także między innymi takich zajęć domowych, jak gotowanie i ubieranie się. W niniejszym projekcie opinii słowo „opieka” zostało zastosowane w tym całościowym znaczeniu i w związku z tym obejmuje ono pojęcie wsparcia.

2.3. EKES uważa, że konieczne jest ustanowienie ram strategicznych obejmujących średniookresową wizję i całościowe podejście, aby sprostać wyzwaniom związanym z opieką nad osobami starszymi w UE, w ramach tworzenia podstaw długowiecznego i zdrowego społeczeństwa i paktu solidarności międzypokoleniowej w UE. Pandemia ujawniła błędy w prognozowaniu, koordynacji i planowaniu w dziedzinach wpływających na podstawowe usługi w społeczności (takich jak opieka zdrowotna i usługi społeczne) oraz polityce w zakresie badań biomedycznych. Należy szybko zająć się tymi błędami.

2.4. W związku z tym Komitet z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę Komisji dotyczącą ustanowienia nowej europejskiej strategii w zakresie opieki. Wzywa do jak najszybszego przeprowadzenia tego procesu oraz do zaangażowania w niego europejskich instytucji konsultacyjnych, a także uwzględnienia europejskiego dialogu społecznego na różnych szczeblach, z uwzględnieniem porozumień zatwierdzonych przez strony. Ponadto możliwy jest dialog obywatelski z europejskimi organizacjami społeczeństwa obywatelskiego reprezentującymi osoby starsze (m.in. Platformą AGE Europe i jej różnymi członkami), bez uszczerbku dla rozwijania w UE, w nadchodzących latach, specjalnej europejskiej strategii na rzecz osób starszych. Komitet proponuje również włączenie opieki nad osobami starszymi do strategicznych elementów debaty na Konferencji w sprawie przyszłości Europy, ze względu na znaczenie demograficzne tego zagadnienia. Jednocześnie popiera priorytetowe traktowanie integracji „Europy na rzecz zdrowia”, w tym długoterminowej opieki nad osobami starszymi.

2.5. Proponuje również utworzenie w ramach obecnej kadencji EKES-u grupy ad hoc w celu realizacji różnych inicjatyw związanych z opieką nad osobami starszymi, starzeniem się i wyzwaniem, jakie stawia przed nami długowieczność, zgodnie z logiką intergrupy PE ds. wyzwań demograficznych oraz, między innymi, z planowanym Światowym Zgromadzeniem Organizacji Narodów Zjednoczonych w 2022 r. na temat starzenia się.

2.6. EKES wzywa Komisję Europejską i państwa członkowskie do jak najszybszego opracowania – w ramach planu działania na rzecz Europejskiego filaru praw socjalnych – zasad odnoszących się do opieki nad osobami starszymi.

2.7. Zdaniem Komitetu należy włączyć opiekę długoterminową do tzw. testów warunków skrajnych określonych w rozporządzeniu UE w sprawie poważnych zagrożeń transgranicznych.

2.8. Pandemia przyczyniła się do uwypuklenia braków koncepcyjnych, strukturalnych i funkcjonalnych wcześniejszych modeli opieki nad osobami starszymi, niezależnie od tego, czy są one realizowane za pośrednictwem domów opieki, usług opieki domowej, opieki rodzinnej czy opiekunów zawodowych.

2.9. Uważa, że konieczne jest, aby państwa członkowskie ustanowiły lub zaktualizowały swoje przepisy dotyczące wspierania i ochrony samodzielności osób starszych, zgodnie z art. 12 Konwencji o godności i prawach człowieka osób z niepełnosprawnościami ratyfikowanej przez 27 państw członkowskich i UE, oraz aby w ramach systemów ochrony socjalnej tworzyły również segmenty odnoszące się do profilaktyki, utraty samodzielności i samostanowienia osób starszych. W duchu ochrony socjalnej dla wszystkich i innych praw socjalnych, takich jak ubezpieczenie od utraty pracy, ochrona rodzin, dostęp do mieszkań lub opieki długoterminowej, EKES uważa, że należy zagwarantować samodzielność osób starszych na równych zasadach, uznając ją za prawo podmiotowe i obywatelskie w ramach rozwijania filarów państwa opiekuńczego.

2.10. Pandemia COVID-19 uwiarydociła, że dla sporej części obywateli europejskich i ich rodzin niewystarczająca jest podaż przystępnej cenowo wysokiej jakości opieki długoterminowej nad wszystkimi osobami starszymi, a także że występują szczególnie problemy z dostępnością do niej. W związku z tym EKES uważa, że priorytetem państw członkowskich powinno być zwrócenie uwagi na osoby wymagające opieki, które z różnych powodów nie mają do niej dostępu.

2.11. Komitet proponuje, by w celu opracowania i promowania takich krajowych polityk i norm Komisja opracowała propozycje dotyczące antycypowania, profilaktyki i utraty samodzielności przez osoby starsze w celu włączenia ich do strategii opieki zdrowotnej i przyszłych wytycznych dotyczących samodzielnego życia osób starszych, wynikających z europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności.

2.12. Podczas pandemii można było zaobserwować stronnictwą, uwłaczającą, a nawet dyskryminującą wizję osób starszych. To nie opieka nad osobami starszymi stanowi problem, tylko jej brak.

2.13. EKES proponuje, by UE – zgodnie z postulatami zawartymi we wcześniejszych opiniach EKES-u oraz w sprawozdaniu PE w sprawie starzenia się starego kontynentu – opracowała jednolitą definicję w celu lepszego zdefiniowania pojęć zależności i potrzeby pomocy ze strony innych osób w wyniku utraty samodzielności, z uwzględnieniem różnorodności podejść w różnych krajach i ich swobody decydowania o tym, jak kształtować swoje systemy zabezpieczenia społecznego. Wiek nie jest wyznacznikiem naszej tożsamości i nie wszystkie osoby starsze są

zależne lub w sposób nieodwołalny wymagają opieki zewnętrznej, a zależności wynikającej z niepełnosprawności nie można porównywać z utratą samodzielności spowodowaną dysfunkcjami związanymi z wiekiem – choć w dużej części przypadków te dwie okoliczności są zbieżne.

2.14. EKES wzywa Komisję Europejską do ustanowienia Europejskiego Roku Osób Starszych w celu uznania ich praw podstawowych i podkreślenia ich wkładu w społeczeństwo, zgodnie z art. 25 Karty praw podstawowych UE.

2.15. W wielu krajach UE do sądu wniesiono skargi lub pozwy dotyczące traktowania osób starszych w domach opieki lub możliwych przypadków przemocy wobec nich lub naruszenia ich praw podstawowych. W związku z tym EKES wzywa do egzekwowania zasad zapisanych w traktatach europejskich i ONZ, ratyfikowanych przez UE i państwa członkowskie, w celu zagwarantowania praw podstawowych i godności osób starszych; wnosi także o wprowadzenie środków towarzyszących podejmowaniu decyzji przez osoby starsze oraz o przyjęcie zarówno sądowych, jak i pozasądowych środków ochrony prawnej, w ramach usług opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi. Można by również rozważyć utworzenie stanowiska zarządcy ustawowego, mediatora lub innej odpowiedniej funkcji (w zależności od systemu prawnego danego państwa), który działałby w duchu empatii i w najlepszym interesie osób niesamodzielnych – z analiz przeprowadzonych w niektórych krajach wynika, że może to mieć pozytywne skutki. W tym kontekście EKES – zgodnie z propozycjami ONZ – proponuje, by wesprzeć przyjęcie Konwencji w sprawie godności i praw osób starszych.

### *Struktury*

2.16. Zaspokajanie zapotrzebowania na ogólnie mniej zinstytucjonalizowaną opiekę nad osobami starszymi w domach opieki oznacza propagowanie samodzielności, niezależności, możliwości kierowania własnym życiem i kontaktów społecznych niesamodzielnych osób starszych. Wymaga to zapewnienia lokalnych zasobów socjalnych i zdrowotnych, znacznie bardziej ustrukturyzowanych i skutecznych usług zdrowotnych w domu pacjenta, a także nowych alternatywnych mieszkaniowych, takich jak mieszkalnictwo chronione, nadzorowane lub oparte na społeczności lokalnej, wspólne mieszkanie lub inne rozwiązania alternatywne istniejące w różnych krajach UE, w zależności od potrzeb i preferencji osób starszych dotkniętych utratą autonomii. W przypadku osób najbardziej niesamodzielnych należy przeorganizować tradycyjne miejsca zamieszkania zgodnie z mottem „mieszkać jak we własnym domu”. Słabościami systemów opieki, które uwidoczniły się podczas pandemii, trzeba zająć się za pośrednictwem funduszy strukturalnych, Funduszu Spójności, Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności, a także Programu UE dla zdrowia (EU4Health), poprzez zalecenia dotyczące finansowania w ramach europejskiego semestru.

2.16.1. W tym celu EKES wzywa państwa członkowskie do wykorzystania funduszy strukturalnych i Funduszu Odbudowy UE do finansowania przystosowania się do warunków mieszkaniowych, tworzenia jednostek wspólnego zamieszkania lub przekształcania różnych rodzajów miejsc zamieszkania, a także do inwestowania w siłę roboczą i usługi. Takie dostosowania należy przeprowadzać zgodnie z najwyższymi wymogami dostępności, zarówno w odniesieniu do środowiska zbudowanego, jak i towarzyszącego mu ekosystemu cyfrowego.

2.17. Zdaniem EKES-u ze względu na fakt, że gospodarka społeczna (spółdzielnie, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, stowarzyszenia i fundacje) skupia się na osobach, powinna ona być postrzegana i wspierana jako kluczowy podmiot oraz siła napędowa innowacji i przechodzenia na ten nowy model, zgodnie z planem działania UE na rzecz gospodarki społecznej.

### *Zasoby*

2.18. Główną słabością tej kwestii, która leży u podstaw wielu innych, jest niewystarczające finansowanie. Jest to czynnik, który różni się znacznie w poszczególnych państwach członkowskich i wynosi od 0,3 % do 3,7 % PKB. Wiąże się to z pewnością z poszczególnymi modelami opieki, ale również z wpływem polityki wynikającej z niedawnych kryzysów, która wywarła na nie silny wpływ.

2.19. EKES uważa, że ze względu na konsekwencje kryzysu zadłużenia konieczny jest przegląd zasad, które przyczyniły się do tej sytuacji, oraz zapewnienie wystarczającego finansowania publicznego w ramach systemów zabezpieczenia społecznego, zgodnie z istniejącym popytem, wraz z troską o usługi wysokiej jakości.

2.20. Zgodnie z doświadczeniami poszczególnych państw członkowskich Komitet sądzi, że zachodzi potrzeba odpowiedniej regulacji różnych ofert opieki nad osobami starszymi za pomocą systemów zamówień publicznych, w których decydujące znaczenie miałyby jakość usług, a nie ich cena.

2.20.1. W związku z tym EKES zaleca, by w państwach członkowskich, gdzie ma to zastosowanie, zarówno przydzielanie miejsc w ośrodkach wspomaganych przez państwo, jak i przedłużanie umowy uzależniono od przestrzegania proporcji personelu, ustawicznego szkolenia zawodowego pracowników, poszanowania ich warunków pracy oraz wypełniania obowiązków podatkowych.

2.20.2. Podobnie partnerstwa publiczno-prywatne i usługi prywatne – a także usługi publiczne – muszą dysponować jasnymi i skutecznymi mechanizmami oceny, kontroli i inspekcji, zarówno jako wymóg związany ze środkami publicznymi przeznaczonymi dla ośrodków prywatnych lub wspomaganych przez państwo, jak w związku z publiczną odpowiedzialnością za ochronę praw osób starszych.

2.21. Zdaniem EKES-u potrzebna jest dobrze zorganizowana debata, na różnych szczeblach i między różnymi podmiotami, w celu uregulowania kwestii finansowania opieki nad osobami starszymi, które to finansowanie powinno docierać do wszystkich. Środki należałoby analizować nie tylko z punktu widzenia wydatków, lecz również z punktu widzenia inwestycji. W tym celu należy rozważyć sposoby funkcjonowania występujące w poszczególnych państwach członkowskich, a także modele finansowania i różne możliwości jego uzyskania – publiczne, pośrednie lub uzupełniające. Analiza ta powinna obejmować pozytywne efekty zewnętrzne pod względem oszczędności, które mogą wynikać m.in. z wdrożenia nowych technologii, z inwestycji w politykę aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu lub z promocji zdrowia i profilaktyki chorób, lecz należy przy tym zawsze stawiać na pierwszym miejscu jakość życia.

2.22. EKES proponuje wprowadzenie środków mających na celu zapewnienie odpowiedniego szkolenia opiekunów poprzez opracowanie specjalistycznych i zinstytucjonalizowanych kursów szkoleniowych dla personelu opiekuńczego oraz wprowadzenie wymogu posiadania oficjalnego świadectwa podstawowych umiejętności, aby móc pracować w usługach opieki społecznej dla osób starszych. Zaleca również korzystanie z tzw. pomostów do uznawania tego rodzaju kwalifikacji między krajami. Należałoby również przeznaczyć środki finansowe z Europejskiego Funduszu Społecznego na szkolenie opiekunów osób starszych.

2.23. Zdaniem EKES-u kwestia pracowników opieki w UE, w jej różnych formach, w tym prawo do rokowań zbiorowych, powinna zostać włączona do europejskiego dialogu społecznego, zgodnie z autonomicznym porozumieniem ramowym w sprawie aktywnego starzenia się i podejścia międzypokoleniowego (2017 r.). Dialog społeczny powinien odbywać się także na szczeblu międzykonfederacyjnym i federacyjnym oraz sektorowym (osobiste usługi opieki i osobiste usługi społeczne).

2.24. Zgodnie z wnioskiem Rady (COM(2013) 152 final) EKES potwierdza stosowność ratyfikacji przez państwa członkowskie konwencji MOP nr 177 z 1996 r. dotyczącej pracy nakładczej, konwencji nr 189 z 2011 r. dotyczącej godnej pracy dla osób pracujących w gospodarstwie domowym oraz zalecenia nr 201 uzupełniającego konwencję nr 189.

2.25. Zmiany technologiczne mogą z kolei stanowić podstawowe wsparcie w zakresie opieki nad osobami starszymi, ale nigdy nie mogą zastąpić pracy ludzi. Za przykład mogą tu posłużyć telemedycyna lub telerehabilitacja, szkolenie profesjonalistów, kontakty społeczne za pośrednictwem połączeń wideo itp. Inne przykłady to wykorzystanie czujników – w łóżku lub na ciele – w celu śledzenia parametrów życiowych lub zapobiegania upadkom lub infrastruktura i architektura, takie jak automatyka domowa, mające na celu stworzenie przyjaznych warunków lub rozwiązań w zakresie mobilności dla osób starszych.

2.25.1. W związku z tym EKES uważa, że konieczne jest, by wszystkie podmioty zaangażowane w opiekę nad osobami starszymi lepiej wykorzystywały innowacje wynikające z technologii cyfrowych, do czego można by zachęcać w ramach programów związanych z funduszami strukturalnymi. Komitet proponuje również, by rozważyć szkolenie osób starszych wymagających opieki długoterminowej w zakresie technologii cyfrowych.

2.26. Z drugiej strony, wbrew obiegowym opiniom, ochrona osób starszych wymagających opieki nie jest nie do pogodzenia z opieką nad młodzieżą. EKES sądzi, że należy odrzucić te fałszywe ramy koncepcyjne. Podobnie jak transformacja ekologiczna i cyfrowa muszą zostać powiązane z transformacją społeczną, wyzwania i szanse demograficzne muszą opierać się na pakcie międzypokoleniowym, którego najważniejszymi celami byłyby dostęp wszystkich do edukacji wysokiej jakości, regulowane zatrudnienie i godziwe miejsca pracy oraz rozbudowane systemy zabezpieczenia społecznego o charakterze kompleksowym. Odnosi się to zwłaszcza do społeczeństw takich jak europejskie, w którym umowa społeczna opiera się na solidarności międzypokoleniowej. Dlatego też pakt o współpracy międzypokoleniowej stanowi podstawę odnowienia europejskiej umowy społecznej. Ani trwająca transformacja społeczeństwa, ani ożywienie po pandemii nie będą możliwe bez międzypokoleniowej więzi.

2.27. Zdaniem EKES-u w ramach strategii politycznych i działań ukierunkowanych na towarzyszenie osobom starszym i opiekę nad nimi bardzo konieczne byłoby opracowanie szeroko zakrojonych strategii na rzecz a) wczesnego wykrywania słabości mogących wywołać w przyszłości utratę samodzielności oraz przewidywania procesu prowadzącego do takiej utraty i zależności oraz zapobiegania mu, z uwzględnieniem rehabilitacji i finansowania; b) opóźnienia niesamodzielności dzięki zachowaniom sprzyjającym zachowaniu zdrowia – odżywianiu, ćwiczeniom fizycznym czy warunkom pracy; c) przewidywania wpływu zmian (utrata pracy, separacje, zmiany zawodowe oraz związane z przejściem na emeryturę) i samotności na zdrowie; d) określenia osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji w celu stawienia czoła konkretnym sytuacjom (choroby neurodegeneracyjne, depresja i ryzyko samobójstwa, nowotwory itp.); e) wystarczającego i stałego finansowania zbiorowej odpowiedzialności za opiekę nad osobami starszymi; f) towarzyszenia członkom rodziny zajmującym się opieką oraz wspierania ich poprzez instrumenty, szkolenia, środki na rzecz godzenia życia zawodowego

z opieką z uwzględnieniem, że ich funkcja opiekuna może prowadzić do utraty własnej niezależności, bez prawa do środków ochronnych na czas własnej starości.

### 3. Tło i kontekst

#### Rozwój sytuacji

3.1. W UE od dziesięcioleci inicjuje się dyskusje na temat potrzeb niesamodzielnych osób starszych w zakresie opieki.

3.2. Kilka aspektów przyczyniło się do dalszych zmian w początkowej koncepcji opieki długoterminowej. Nastąpiło przejście od koncepcji opiekuńczej do bardziej integracyjnego podejścia uwzględniającego zdrowie i kwestie społeczne – uniwersalnego, skoncentrowanego na człowieku i wysokiej jakości. Zdaniem Rady i Komisji Europejskiej podejście to powinno spełniać trzy kluczowe kryteria: dostęp dla wszystkich, niezależnie od dochodów czy majątku, jakość opieki oraz wystarczające finansowanie systemów opieki zdrowotnej i społecznej.

3.3. Do wzmocnienia tego podejścia przyczyniły się takie zmiany socjologiczne jak starzenie się ludności, większy procent ludności znajdującej się w sytuacji zależności lub utraty samodzielności, wzrost liczby chorób psychicznych w górnej części piramidy ludności, masowe wejście kobiet na rynek płatnej pracy, wzrost liczby osób żyjących samotnie lub zmiany w strukturze rodziny.

3.4. Skutki tych zmian podważyły zarówno charakter opiekuńczy usług społecznych, jak i centralną rolę, jaką w opiece odgrywa rodzina, głównie kobiety, co zwiększyło potrzebę rozwijania – oprócz emerytur, szkolnictwa, służby zdrowia czy opieki długoterminowej – nowego filaru państwa opiekuńczego dotyczącego usług społecznych.

3.5. Poczawszy zwłaszcza od kryzysu zadłużeniowego i polityki oszczędnościowej, która skupiła się m.in. – w zależności od państwa członkowskiego UE – na cięciach budżetowych w służbie zdrowia i opiece społecznej, można zaobserwować w państwach członkowskich odmienne tendencje prowadzące do ponownego położenia nacisku na opiekę i coraz bardziej priorytetowego traktowania najpoważniejszych przypadków zależności lub osób dysponujących ograniczonymi zasobami finansowymi; zahamowania trendu polegającego na uznawaniu opieki świadczonej poza rodziną za podstawę systemu, a także do zwiększenia merkantylizacji świadczenia opieki, z wykorzystaniem środków publicznych lub bez nich.

3.6. Dzieje się tak – w różnym stopniu w poszczególnych państwach członkowskich – w kontekście rosnącej presji budżetowej na systemy emerytalne dla osób starszych, silnego wzrostu zapotrzebowania na opiekę długoterminową, rosnącego bezrobocia w niektórych państwach członkowskich, niepewnego zatrudnienia i nieciągłych ścieżek kariery oraz priorytetowego traktowania osób w wieku powyżej 50 lat w planach redukcji zatrudnienia w przedsiębiorstwach. Bez zdecydowanego wsparcia polityki publicznej sytuacja ta może prowadzić do obniżenia obecnego poziomu emerytur i większych nierówności w dostępie do opieki.

3.7. Inną kluczową kwestią jest to, czy opieka, wsparcie i wspólne zamieszkanie powinny odbywać się w domu czy w placówkach opieki rezydencjalnej. Z wielu sondaży wynika, że większość osób potrzebujących opieki woli pozostać w domu i w swoim środowisku.

3.8. Ta preferencja wynika ponadto z zapotrzebowania strukturalnego, które ma podstawy gospodarcze umożliwiające zwiększenie liczby ludności aktywnej zawodowo: ze względu na wykonywaną opiekę, w tym nad osobami starszymi, 25 % kobiet w UE, w porównaniu z 3 % mężczyzn, twierdzi, że nie ma możliwości podjęcia pracy lub jest zmuszonych pracować tylko w niepełnym wymiarze czasu pracy. Ponieważ rodziny mają mniejsze rozmiary, a finansowanie gospodarstw domowych w wielu przypadkach, z wyjątkiem rodzin jednoosobowych, nie jest pokrywane z jednego wynagrodzenia, opieka nad rodziną staje się coraz bardziej niewykonalna. Aby dostęp do opieki nie był ograniczony do grup o wyższych dochodach, konieczne będzie zwiększenie finansowania.

3.9. W związku z tym należy pilnie podkreślić pozytywne skutki społeczne i gospodarcze systemu opieki wysokiej jakości sprzyjającego włączeniu społecznemu i opartego na życzliwym podejściu, a finansowanie usług opiekuńczych należy postrzegać jako inwestycję przynoszącą duże i wielopłaszczyznowe zyski. Dzięki temu zmniejsza się negatywne efekty zewnętrzne niewystarczającej lub niedostępnej opieki pod względem wydatków na opiekę zdrowotną i społeczną. Poprawie ulega też wymiar społeczny w zakresie wspierania rodzin, godzenia obowiązków zawodowych z życiem rodzinnym, opieki nad innymi członkami rodziny, wsparcia emocjonalnego, prowadzenia działań solidarnościowych i pamięci historycznej. Z punktu widzenia gospodarki taki system opieki ułatwia tworzenie milionów miejsc pracy, finansowanie dużego odsetka gospodarstw domowych o niskich dochodach, zwiększenie dochodów podatkowych i konsumpcji, przekazywanie oszczędności potomkom oraz wspieranie produkcji i przedsiębiorczości w tym zakresie. Ogólnie rzecz biorąc, możliwość opieki w gospodarstwach domowych jest nie tylko o wiele bardziej kompletna i zindywidualizowana, ale też mniej kosztowna niż w placówkach opiekuńczych, z wyjątkiem niektórych przypadków, takich jak osoby o dużej utracie samodzielności mieszkające w domach opieki.

3.10. Podstawowym filarem systemów instytucjonalnych domów opieki i form opieki w domu jest personel opiekuńczy, który w niektórych przypadkach jest niewystarczający, ma niepewne umowy o zatrudnienie, nie ma niezbędnego wsparcia szkoleniowego, cieszy się niewielkim uznaniem zawodowym i otrzymuje zbyt niskie wynagrodzenie; opieką zajmuje się też personel o nieregulowanym statusie (w niektórych krajach jest takich osób znaczny odsetek). W związku z tym na różnych etapach kształcenia zawodowego konieczne jest m.in. włączenie programów kształcenia w zakresie opieki nad osobami starszymi, w tym osobami niesamodzielnymi, co umożliwi szkolenie w formach naprzemiennych.

#### *Skutki pandemii i wyciągnięte z niej wnioski*

3.11. Pandemia przyczyniła się – głównie z powodu wyrządzonych szkód – do dalszego uwypuklenia tego, że starzenie się społeczeństwa stanowi kluczowe wyzwanie strategiczne dla UE i jej państw członkowskich. Uwydatniła potrzeby w zakresie opieki nad osobami starszymi wynikające z utraty autonomii i z zależności. Zgodnie ze sprawozdaniem z 2021 r. o opiece długoterminowej, przygotowanym przez Komisję Europejską i Komitet Ochrony Socjalnej, za 30 lat liczba osób w wieku powyżej 65 lat będzie wynosiła 130,1 mln, powiększając się o 41 %. Ponieważ sytuacje niepełnosprawności i potrzeby opieki i wsparcia długoterminowego są z wiekiem coraz częstsze, podobnie jak rośnie liczba lat zdrowego życia, oczekuje się, że liczba osób, które mogą potrzebować tego rodzaju opieki w UE-27 wzrośnie z 30,8 mln w 2019 r. do 33,7 mln w 2030 r. i 38,1 mln w 2050 r.

3.12. Do większej świadomości zbiorowej na temat wyzwań związanych ze wzrostem średniego trwania życia przyczyniło się kilka aspektów. Wzrosła względna śmiertelność spowodowana pandemią COVID-19, zwłaszcza wśród osób starszych, a szczególnie wśród osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji i mieszkających w domach opieki. Podczas pandemii zaobserwowano uprzedzenia i stereotypy dotyczące osób starszych, dyskryminujące decyzje w zakresie decydowania o leczeniu oraz ukryte lub otwarte kwestionowanie wartości i wkładu tej grupy w życie społeczne.

3.12.1. W debacie publicznej rozpowszechniono również zdeformowany obraz domniemanej konfrontacji między interesami młodzieży a interesami „starych”. Istnieją dowody na błędy koncepcyjne, strukturalne i funkcjonalne w modelach opieki nad osobami starszymi. Rośnie pragnienie większego skupienia się na dostępie do wysokiej jakości opieki i jej przystępności cenowej, poszanowania godności i praw osób starszych, zachowania jak największej autonomii życia i otoczenia społecznego, zapewnienia koordynacji między usługami społecznymi i zdrowotnymi oraz ich finansowania (wydatki publiczne stanowią średnio 1,7 % europejskiego PKB i oczekuje się, że podwoją się do 2050 r. w przypadku pozytywnej konwergencji między państwami członkowskimi).

3.12.2. Uwidoczniły się również niedociągnięcia w kluczowym filarze opieki długoterminowej, dotyczące opiekunów i pracowników tego sektora, w którym zatrudnionych jest 6,4 mln osób i w którym oczekuje się, że do 2030 r. powstanie kolejnych 7 mln miejsc pracy. Ponadto podkreślono po raz pierwszy wkład nieprofesjonalnych opiekunów świadczących opiekę długoterminową (oraz nierówne traktowanie ze względu na płeć w całym sektorze), a także potrzebę poszerzenia pewnych środków na rzecz godzenia życia zawodowego z opieką lub ochrony w odniesieniu do tej grupy. Nadszedł czas działania.

3.13. Zwrócenie większej uwagi na wyzwania i szanse demograficzne oraz na potrzebę opieki nad osobami starszymi w wyniku zależności lub utraty samodzielności, co jest przedmiotem niniejszej opinii, przyczyniło się do przygotowania przez instytucje europejskie ważnych dokumentów dotyczących tych wyzwań, jak również do tematu omówionego w niniejszej opinii.

3.14. Można tu wymienić zieloną księgę Komisji Europejskiej w sprawie starzenia się społeczeństwa, plan działania na rzecz Europejskiego filaru praw socjalnych, rezolucję Parlamentu Europejskiego w sprawie starzenia się na starym kontynencie, raport i konkluzje Rady UE dotyczące włączania starzenia się do polityki publicznej, sprawozdanie Komisji Europejskiej i Komitetu Opieki Socjalnej nt. „Tendencje, wyzwania i szanse starzejącego się społeczeństwa”, dokument roboczy Komitetu Regionów w sprawie „Plan na przyszłość dotyczący opiekunów i opieki – lokalne i regionalne szanse związane z europejskim wyzwaniem”, a zwłaszcza propozycję opracowania nowej europejskiej strategii w zakresie opieki, przedstawioną przez przewodniczącą Komisji Ursulę von der Leyen podczas jej wystąpienia w Parlamencie Europejskim na temat stanu Unii.

3.15. Kryzys uwypuklił potrzebę pogłębienia wiedzy na ten temat w całej Unii. Stwierdza się brak danych statystycznych dotyczących osób starszych, potrzebę większej wspólnej wiedzy na temat modeli ochrony socjalnej i opieki, które są bardzo zróżnicowane w państwach członkowskich, celowość gromadzenia i rozpowszechniania dobrych praktyk w różnych państwach członkowskich oraz potrzebę badania dyskryminacji lub przemocy wobec niesamodzielnymi osób starszych i jej zapobiegania. Podsumowując, istnieje potrzeba szczegółowego i stałego monitorowania tej kwestii.

3.15.1. W tym względzie należy zauważyć, że cel niniejszej opinii, którym jest analiza i porównanie sytuacji w poszczególnych krajach, był przedmiotem różnych badań i sprawozdań. Mowa tu m.in. o dokumentach Komisji Europejskiej i Komitetu Ochrony Socjalnej, opublikowanych niedługo przed opracowaniem niniejszej opinii.

3.15.2. Stwierdza się w nich, że mamy do czynienia z różnorodnością modeli opieki i różnymi sytuacjami w poszczególnych państwach członkowskich, a także omawia doświadczenia, z których można się równolegle wiele nauczyć. Niewyczerpująca lista obejmuje następujące kwestie: i) preferencja opieki domowej lub na zasadzie „jak w domu”; ii) potrzeba lepszej koordynacji usług społecznych i zdrowotnych; iii) kluczowa rola personelu opiekuńczego i jego niezbędne uznanie w różnych aspektach, w tym uwidocznienie pracy nieformalnej; iv) niewystarczające zaspokojenie potrzeby opieki v) konieczność zajęcia się potrzebą wystarczającego, przystępnego i zrównoważonego finansowania; vi) obowiązek zaprzeczenia stronnictwom koncepcjom niezgodnym z uznaniem dla osób starszych i ich godnością; vii) potrzeba większej widoczności, uznania, ochrony i wsparcia opiekunów nieformalnych; viii) niewystarczająca liczba danych statystycznych i socjologicznych dotyczących osób starszych; ix) obowiązek przeanalizowania opieki świadczonej w domu i opieki domowej; x) interakcje między różnymi aspektami wpływającymi na opiekę nad osobami starszymi; xi) znaczący wymiar płci w tym sektorze; xii) konieczność ustanowienia procedur działania, systemów oceny i środków regulacyjnych w zakresie modeli opieki.

3.16. Pandemia pomogła uwypuklić braki wcześniejszych modeli opieki nad osobami starszymi, niezależnie od tego, czy jest ona realizowana za pośrednictwem domów opieki, usług opieki domowej, opieki rodzinnej czy prywatnych opiekunów.

3.17. Niedociągnięcia te uwidaczniają się w tym, czy opieka jest przeznaczona dla wszystkich, czy też nie, a także wynikają one z dywersyfikacji, rozdrobnienia i słabej regulacji usług, trudności w koordynacji poziomów zarządzania, problemów związanych z łączeniem usług społecznych i zdrowotnych, rosnącej merkantylizacji usług oraz potrzeby strategii i środków zapobiegawczych. Pod względem strukturalnym mogą one wiązać się z koncentrowaniem osób starszych, zwłaszcza tych z nich, które są najbardziej niesamodzielne, w domach opieki, a nie w ramach formuł ukierunkowanych na osobę. Pod względem funkcjonalnym słabości wiążą się w dużej mierze z niskim finansowaniem, brakiem materiałów ochronnych lub ich nieadekwatnością, niepewnością zatrudnienia, ryzykiem zawodowym (w tym związanym ze zdrowiem psychicznym), brakiem szkoleń oraz brakiem uznania zawodowego pracowników.

3.18. Pandemia COVID-19 uwidoczniała, że dla dużej części obywateli europejskich niewystarczająca jest podaż opieki długoterminowej po przystępnych cenach nad wszystkimi osobami starszymi. W związku z tym priorytetem jest zwrócenie uwagi na osoby starsze i określenie liczby tych osób wymagających opieki, które jednak nie mają do niej dostępu z różnych powodów (brak miejsc, koszty finansowe itp., w istocie, w UE-27 spośród osób w wieku co najmniej 65 lat mających poważne trudności z niezależnością osobistą, w 2014 r. tylko jedna trzecia tych osób skorzystała z usług opieki domowej). Modele ochrony socjalnej państw członkowskich powinny również zostać dostosowane do tych nowych potrzeb za pomocą dostępnych, zrównoważonych, przystępnych cenowo usług wysokiej jakości, publicznych lub dotowanych z budżetu.

3.19. O ile przed pandemią instytucjonalizacja opieki nad osobami starszymi w domach opieki była już bardzo kwestionowana, w związku z pandemią niechęć do niej się zwiększyła, z wyjątkiem niektórych niesamodzielnych osób starszych lub w znacznym stopniu zależnych. Słabości tego rodzaju opieki to m.in. większe ryzyko zarażenia, utrata kontroli użytkownika nad własnym życiem, sztywny charakter rozkładu dnia, zatłoczenie domów opieki i bardzo zróżnicowane profile mieszkańców, brak prywatności (zazwyczaj dwie osoby w tym samym pomieszczeniu), niski poziom udziału użytkownika lub członków jego rodziny w monitorowaniu zarządzania ośrodkami, osłabienie więzi rodzinnych i społecznych, zmiana otoczenia i wykorzenienie ze swojego środowiska. Należy również wzmocnić prawa osób starszych i możliwości wyrażania przez nie swojej woli w domach opieki za pomocą form opieki szanujących ich godność i szczególną sytuację, zwłaszcza w przypadku osób starszych z problemami poznawczymi i psychicznymi.

3.20. Należy również zwrócić uwagę na brak ciągłości usług pomocy domowej, izolację w domu, trudności w dostępie do podstawowych usług itp. w przypadku osób starszych wymagających opieki we własnych domach.

3.21. Ogólnie rzecz biorąc, podczas pandemii zaobserwowano stereotypowe, a nawet dyskryminujące poglądy na temat osób starszych – a przecież starzenie się nie powinno być postrzegane jako problem, lecz jako szansa. W wielu krajach do sądów wniesiono skargi lub pozwody dotyczące traktowania w domach opieki lub ewentualnego naruszenia praw podstawowych. Uwypukliło to potrzebę ustanowienia stałych mechanizmów ochrony dobrostanu i praw osób starszych oraz zwalczania ich dyskryminacji.

3.22. Pandemia uwypukliła poważne niedociągnięcia wielu krajów w zakresie personelu zajmującego się opieką: 1) niedobory kadrowe, wysoki odsetek umów o pracę na czas określony i w niepełnym wymiarze godzin, wysoka rotacja pracowników, niskie płace, niski poziom uznania zawodowego, brak praw pracowniczych, takich jak świadczenia z tytułu bezrobocia lub – w niektórych przypadkach – brak uznania faktu zarażenia się wirusem COVID-19 za chorobę zawodową, a nawet, w niektórych krajach, znaczny odsetek pracowników nieposiadających umowy o pracę ani – w wielu wypadkach – praw socjalnych czy też praw w zakresie zabezpieczenia społecznego; oraz 2) brak szkoleń i akredytacji opiekunów (pracowników w zakresie opieki geriatrycznej, opiekunów lub asystentów w zakresie pomocy domowej), którzy stanowią zdecydowaną większość osób zajmujących się opieką w domach opieki i w warunkach domowych<sup>(2)</sup>.

Bruksela, dnia 19 stycznia 2022 r.

Christa SCHWENG  
Przewodnicząca  
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

---

<sup>(2)</sup> Załącznik do opinii SOC/687 (tylko w języku angielskim).