

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Strategia dotycząca pracowników sektora zdrowia i strategia w dziedzinie opieki dla przyszłej Europy”

(opinia z inicjatywy własnej)

(2022/C 486/06)

Sprawozdawca: **Danko RELIĆ**

Sprawozdawczynie: **Zoe TZOTZE-LANARA**

Decyzja Zgromadzenia Plenarnego	20.1.2022
Podstawa prawna	Art. 52 ust. 2 regulaminu wewnętrznego Opinia z inicjatywy własnej
Sekcja odpowiedzialna	Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa
Data przyjęcia przez sekcję	6.9.2022
Data przyjęcia na sesji plenarnej	21.9.2022
Sesja plenarna nr	572
Wynik głosowania (za/przeciw/wstrzymało się)	194/4/3

1. Wnioski i zalecenia

1.1. EKES twierdzi, że silne i odporne systemy opieki zdrowotnej mogą istnieć jedynie dzięki wykształconym, wykwalifikowanym i zmotywowanym pracownikom i pracownikom sektora zdrowia i tylko dzięki nim mogą się rozwijać. Ma to fundamentalne znaczenie dla realizacji skutecznej polityki zdrowotnej, a w konsekwencji jest niezbędne, aby osiągnąć ukierunkowane na ludzi zabezpieczenie zdrowotne dla wszystkich i prawo do ochrony zdrowia zgodnie z zaleceniami Konferencji w sprawie przyszłości Europy. Zagwarantowałyby to wszystkim Europejkom i Europejczykom równy i trwały dostęp do przystępnej cenowo wysokiej jakości opieki zdrowotnej o charakterze leczniczym i profilaktycznym.

1.2. Komitet z zadowoleniem przyjmuje inicjatywę działania na poziomie unijnym, aby wzmocnić opiekę długoterminową oraz wczesną edukację i opiekę nad dzieckiem przewidziane w ramach Europejskiego filaru praw socjalnych. Inicjatywa ta przyczyni się do istnienia wysokiej jakości, dostępnych, sprawiedliwych i przystępnych cenowo usług opieki, a także pomoże wzmocnić równouprawnienie płci i sprawiedliwość społeczną.

1.3. EKES wzywa do przyjęcia transformacyjnego podejścia do opieki nad ludźmi, ich praw i potrzeb, obejmującego ich udział we wszelkich stosownych dyskusjach, konsultacjach i decyzjach. Wzywa Komisję, aby w sposób ambitny określiła strategię w zakresie opieki, która przyczyniłaby się do spójności i pozytywnej konwergencji w dziedzinie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej między państwami członkowskimi oraz w państwach członkowskich.

1.4. Europejska gwarancja opieki może zapewnić każdemu mieszkańcowi UE dostęp przez całe życie do wysokiej jakości i przystępnych cenowo usług opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych, zaradzić deficytom w zakresie opieki, a także promować godne warunki pracy i zapewniać możliwości szkoleń. Wsparcie i większe uznanie dla opiekunów nieformalnych oraz polityka ukierunkowana na rozwiązywanie problemów związanych z płatną i bezpłatną opieką nieformalną mają kluczowe znaczenie dla efektywnego wykorzystania zasobów.

1.5. Biorąc pod uwagę, że skuteczne, rozliczalne i dobrze finansowane usługi publiczne nadal mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia równego dostępu do opieki wysokiej jakości, Komitet wzywa Unię Europejską do zadbania o opartą na solidarności komplementarność między wszystkimi podmiotami świadczącymi usługi opieki, do zachęcania do inwestycji w usługi publiczne i gospodarkę społeczną oraz do wspierania podmiotów gospodarki społecznej w sektorze opiekuńczym.

1.6. W planowaniu dotyczącym pracowników należy uwzględnić rozwój technologii cyfrowych, ponieważ innowacje w tych dziedzinach dają możliwości tworzenia nowych środowisk pracy i miejsc, w których świadczona jest opieka, oraz wymagają nowych umiejętności. Wsparcie na rzecz transformacji cyfrowej usług w zakresie opieki długoterminowej ma zasadnicze znaczenie w walce z przepaścią cyfrową i ubóstwem cyfrowym.

1.7. EKES proponuje aktualizację planu działania dotyczącego pracowników opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej⁽¹⁾. Rozwój zintegrowanego planowania i prognozowania dotyczącego pracowników opieki zdrowotnej oraz dostosowanie umiejętności zawodowych pracowników opieki długoterminowej mają zasadnicze znaczenie dla poprawy dostępu do tych usług, a także ich jakości. Zaktualizowany plan mógłby zapewnić lepsze gromadzenie danych w całej UE, wykorzystując potencjał cyfryzacji w całej UE, a także wypracować metody lepszego prognozowania zapotrzebowania na pracowników i umiejętności.

1.8. EKES podkreśla, że konieczne jest poszanowanie prawa do mobilności w UE. Mobilność transgraniczna to dodatkowy element w planowaniu zasobów ludzkich. Ustanowienie europejskich służb monitorowania siły roboczej w sektorze zdrowia, które pomagałyby państwom członkowskim w tworzeniu i utrzymywaniu struktur planowania oraz w koordynowaniu transgranicznych aspektów planowania, byłoby użytecznym długoterminowym elementem infrastruktury.

1.9. Dialog społeczny z udziałem rządów, pracodawców i pracowników oraz reprezentujących ich organizacji jest kluczem do strategii transformacji opieki i odporności systemów ochrony zdrowia i opieki w UE; opiekunowie i osoby będące pod ich opieką muszą uczestniczyć w tworzeniu inkluzywnego, odpornego i równego pod względem płci ekosystemu opieki osobistej i opieki zdrowotnej.

2. Uwagi ogólne dotyczące opieki

2.1. Kluczowe znaczenie dla ochrony socjalnej i dobrobytu obywateli UE ma opieka długoterminowa. Obejmuje ona szereg usług i pomoc na rzecz osób, które przez dłuższe okresy doświadczają słabości psychicznej lub fizycznej lub niepełnosprawności, są uzależnione od pomocy w codziennych czynnościach życiowych lub wymagają stałej opieki pielęgnarskiej świadczonej przez zawodowych lub niezawodowych płatnych lub nieodpłatnych opiekunów w domu bądź w placówkach opieki pielęgnacyjnej i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych⁽²⁾.

2.2. Pandemia COVID-19 wystawiła na poważną próbę odporność i adekwatność systemów opieki zdrowotnej w całej UE. Wykazała istnienie problemów strukturalnych, takich jak niedofinansowanie i niedobór personelu w wielu krajach, które mogą ulec pogorszeniu z powodu bieżących wyzwań gospodarczych i politycznych, inflacji, niepewności i kryzysu energetycznego.

2.3. W ramach Europejskiego filaru praw socjalnych zagwarantowano prawo do opieki i prawo każdego do dostępu do dobrej jakości formalnych usług opieki w zależności od potrzeb. Ogłoszona przez przewodniczącą KE Ursulę von der Leyen w orędziu o stanie Unii z 2021 r. nowa europejska strategia w dziedzinie opieki obejmuje dwa zalecenia Rady: w sprawie opieki nad dziećmi (zweryfikowanie celów barcelońskich) oraz w sprawie opieki długoterminowej. Parlament Europejski zalecił, w oparciu o potrzeby opiekunów i osób korzystających z opieki, poprawę świadczenia usług opieki przez całe życie oraz wezwał Komisję do wspierania państw członkowskich w rozwijaniu wysokiej jakości usług opieki⁽³⁾.

⁽¹⁾ W 2012 r. Komisja Europejska opublikowała plan działania dotyczący pracowników opieki zdrowotnej w UE.

⁽²⁾ Komisja Europejska, DG ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (2014). „Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society: report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission” [Odpowiednia ochrona socjalna wobec potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w starzejącym się społeczeństwie: sprawozdanie przygotowane wspólnie przez Komitet Ochrony Socjalnej i Komisję Europejską], Urząd Publikacji, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/32352>, s. 14.

⁽³⁾ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 15 listopada 2018 r. w sprawie usług opieki w UE na rzecz poprawy sytuacji w zakresie równouprawnienia płci, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2018-0464_PL.html.

2.4. EKES przyjął kilka opinii w sprawie świadczenia opieki w UE⁽⁴⁾, w których podkreśla się potrzebę inwestowania w wysokiej jakości, zrównoważoną i dostępną dla wszystkich opiekę, a także potrzebę zajęcia się deficytami w zakresie opieki nad dziećmi oraz opieki długoterminowej. Wskazał na pewne niedociągnięcia, jeśli chodzi o dostępność opieki dla wszystkich – „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”. EKES wielokrotnie występował przeciw stereotypom i innej dyskryminacji wobec osób starszych, a także wezwał do zapewnienia opieki skoncentrowanej na ludziach, wspieranej przez cyfryzację. W tym kontekście EKES zaleca pełne wprowadzenie cyfryzacji w celu zmniejszenia obciążenia pracowników opieki zbędną biurokracją papierkową oraz do zastosowania najlepszych osiągnięć w zakresie inteligentnych regulacji.

3. Transformacyjne podejście do opieki

3.1. Skuteczna europejska strategia w dziedzinie opieki wymaga wysiłków w kierunku transformacyjnego i ambitnego podejścia, które na pierwszym miejscu stawia ludzi oraz ich podstawowe prawa i potrzeby, gwarantując ich udział w konsultacjach i decyzjach, i które może przyczynić się do spójności i pozytywnej konwergencji między państwami członkowskimi i w ich obrębie.

3.2. Będąca wyrazem tej transformacji europejska gwarancja opieki posłużyłaby do zapewnienia każdemu mieszkańcowi UE dostępu przez całe życie do przystępnej cenowo i wysokiej jakości opieki oraz zapewnienia spójnych ram dla państw członkowskich w celu świadczenia wysokiej jakości usług i opracowania strategii opieki przez całe życie, a także poprawy warunków pracy i szkoleń dla opiekunów oraz wsparcia opiekunów nieformalnych.

3.3. Inwestycje na dużą skalę w gospodarkę usług opiekuńczych i infrastrukturę opieki są niezbędne do przyjęcia transformacyjnego podejścia, które pozwoliłoby zaradzić utrzymującym się lukom w dziedzinie opieki. Mogłoby to umożliwić stworzenie do 2035 r. około 300 mln miejsc pracy, a także sprzyjałoby równouprawnieniu płci i dostępowi kobiet do rynków pracy⁽⁵⁾.

3.4. Choć w państwach członkowskich istnieją różne modele, to jednak skuteczne, odpowiedzialne i dobrze finansowane usługi publiczne pozostają kluczem do zapewnienia równego dostępu do wysokiej jakości opieki oraz do wspierania nieodpłatnych opiekunów, zwłaszcza kobiet. EKES podkreśla potrzebę zmaksymalizowania komplementarności i synergii między wszystkimi podmiotami świadczącymi usługi opieki zdrowotnej i usługi opiekuńcze zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym (nastawionymi na zysk i nienastawionymi na zysk), aby zapewnić odpowiedni zasięg dla wszystkich⁽⁶⁾, z uwzględnieniem najlepszych praktyk i pozytywnych przykładów w państwach członkowskich i przy jednoczesnym poszanowaniu specyfiki i różnic krajowych.

3.5. Tendencje do prywatyzacji i praktyki ukierunkowane na rynek, takie jak selekcja w oparciu o ryzyko i maksymalizacja zysku kosztem opieki i zdrowia, mogą pogłębiać nierówności, dotykając osoby najsłabsze o niezaspokojonych potrzebach w zakresie opieki. Oparta na solidarności, poszanowaniu kompetencji krajowych i pomocniczości, opieka długoterminowa i opieka nad dziećmi na poziomie UE i państw członkowskich wymaga silnych systemów ochrony socjalnej i usług publicznych, inwestycji społecznych i podmiotów gospodarki społecznej, np. towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, aby zapewnić optymalną opiekę środowiskową i domową sprawowaną przez odpowiednio przeszkolonych opiekunów⁽⁷⁾.

3.6. Do wspierania inwestycji na rzecz opieki można wykorzystać unijne fundusze strukturalne i inwestycyjne. Jeśli chodzi o opiekę zdrowotną i opiekę długoterminową, Komisja powinna lepiej ukierunkować swoje zalecenia dla poszczególnych krajów w ramach europejskiego semestru oraz, w razie potrzeby, pomóc państwom członkowskim nadać priorytet odpowiedniemu finansowaniu, które jest inwestycją produkcyjną, a nie obciążeniem gospodarczym.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 129 z 11.4.2018, s. 44; Dz.U. C 487 z 28.12.2016, s. 7; Dz.U. C 204 z 9.8.2008, s. 103; broszura i opinia EKES-u „Przemiany gospodarcze, technologiczne i społeczne w zakresie zaawansowanych usług zdrowotnych dla osób starszych” (Dz.U. C 240 z 16.7.2019, s. 10); opinia EKES-u „W kierunku nowego modelu opieki nad osobami starszymi: lekcje z pandemii COVID-19” (Dz.U. C 194 z 12.5.2022, s. 19).

⁽⁵⁾ Addati, L., Cattaneo, U., Pozzan, E., sprawozdanie z 2022 r. „Care at Work: Investing in Care Leave and Services for a More Gender Equal World of Work” [Opieka w miejscu pracy: inwestowanie w urlopy i usługi opiekuńcze na rzecz większej równości płci w świecie pracy], MOP, Genewa, https://www.ilo.org/global/topics/care-economy/WCMS_838653/lang-en/index.htm.

⁽⁶⁾ <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.53>

⁽⁷⁾ Opinia EKES-u w sprawie wpływu inwestycji społecznych na zatrudnienie i budżety publiczne (Dz.U. C 226 z 16.7.2014, s. 21).

4. Warunki pracy, wyzwania i potencjał zatrudnienia

4.1. W UE w sektorze opieki długoterminowej pracuje około 6,3 mln osób, a 44 mln osób często zapewnia nieformalną opiekę długoterminową krewnym lub przyjaciołom; jest to jeden z najszybciej rozwijających się sektorów na świecie⁽⁸⁾. Przewiduje się, że do 2030 r. powstanie nawet 7 mln miejsc pracy dla personelu medycznego i pracowników usług opiekuńczych⁽⁹⁾.

4.2. Do poważnych wyzwań dla sektora opiekuńczego należą niedobór personelu, nieatrakcyjne i wymagające warunki pracy, starzejąca się siła robocza, a także niedofinansowanie ze względu na cięcia w budżecie na opiekę społeczną i zdrowotną podczas kryzysu gospodarczego w 2008 r. – w różnym stopniu nasilenia w poszczególnych państwach członkowskich⁽¹⁰⁾. W prawie wszystkich krajach UE wzrost liczby miejsc pracy nie nadążył za rosnącym popytem. Wiąże się to z psychicznie i fizycznie uciążliwymi warunkami, na skutek których pracownicy usług opiekuńczych odchodzą z sektora. Tendencja ta nasiliła się w związku z pandemią, co negatywnie wpływa na zdrowie i bezpieczeństwo zarówno osób korzystających z opieki, jak i pracowników.

4.3. Podejście transformacyjne powinno promować równość płci, jako że kobiety stanowią ponad 80 % siły roboczej sektora opiekuńczego, są głównymi opiekunami i osobami korzystającymi z opieki w warunkach formalnych i nieformalnych⁽¹¹⁾ oraz są przeciętnie starsze niż ogół siły roboczej UE. Ponieważ to kobiety wykonują większość obowiązków opiekuńczych w rodzinie, dostępne i przystępne cenowo usługi w zakresie wczesnej edukacji i opieki nad dzieckiem oraz opieki długoterminowej umożliwiłyby wejście na rynek pracy większej liczbie kobiet. Prawo do co najmniej pięciu dni roboczych urlopu opiekuńczego rocznie, wprowadzone dyrektywą w sprawie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, będzie w pewnym stopniu wsparciem dla opiekunów nieformalnych starających się godzić obowiązki zawodowe i opiekuńcze. Jednak brak odpowiedniego płatnego urlopu uniemożliwia pełne korzystanie z tego przewidzianego w dyrektywie prawa i może pogłębić istniejące różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn.

4.4. W wielu państwach UE płace w tym sektorze są poniżej średniej pomimo uciążliwych warunków pracy, szczególnych wymogów dotyczących umiejętności, kompetencji i kwalifikacji oraz wysokiego ryzyka związanego z bezpieczeństwem i higieną pracy⁽¹²⁾. W kilku państwach członkowskich uzwiązkowienie, zasięg negocjacji zbiorowych, zadowolenie z pracy i stosunek liczby pracowników do liczby osób korzystających z usług są na niskim poziomie. Pandemia uwidoczniła między innymi niedostateczne zaopatrzenie w środki ochrony indywidualnej.

4.5. Nieodpłatna opieka nieformalna, czyli opieka rodzinna, jest podstawą opieki długoterminowej w Europie. W wielu krajach opieka domowa i środowiskowa nadal jest słabo rozwinięta i trudno dostępna⁽¹³⁾. Biorąc pod uwagę wpływ świadczenia opieki nieformalnej na kluczowe sfery życia, EKES zdecydowanie zaleca polityki, które sprzyjają „formalizacji” opieki nieformalnej, wspierają opiekunów nieformalnych i przyczyniają się do efektywnego wykorzystania zasobów.

⁽⁸⁾ Eurofound (2020), „Long-term care workforce: Employment and working conditions” [Pracownicy opieki długoterminowej: zatrudnienie i warunki pracy], Urząd Publikacji UE, Luksemburg: <https://www.eurofound.europa.eu/pl/publications/customised-report/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>.

⁽⁹⁾ Barslund, Mikkel i in. (2021), badanie „Policies for long-term carers” [Polityka na rzecz osób świadczących opiekę długoterminową] (2021), Parlament Europejski, [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/695476/IPOL_STU\(2021\)695476_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/695476/IPOL_STU(2021)695476_EN.pdf), Bruksela.

⁽¹⁰⁾ https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/186932/12-Summary-Economic-crisis,-health-systems-and-health-in-Europe.pdf

⁽¹¹⁾ Komisja Europejska, DG ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego, sprawozdanie „Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society” [Opieka długoterminowa: Tendencje, wyzwania i szanse w starzejącym się społeczeństwie] (2021), tom I, rozdział 3, Urząd Publikacji, s. 12 i 28, <https://op.europa.eu/pl/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>.

⁽¹²⁾ Zob. przypis 11, s. 68–70.

⁽¹³⁾ Komisja Europejska, DG ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego, Zigante, V., „Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality” [Opieka nieformalna w Europie: badanie formalizacji, dostępności i jakości], Urząd Publikacji, 2018, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836>.

Spasova, S., i in. (2018), *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies* [Wyzwania związane z opieką długoterminową w Europie. Analiza polityk krajowych], Europejska Sieć ds. Polityki Społecznej, Bruksela: Komisja Europejska. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes>.

4.6. EKES wyraża zaniepokojenie powszechną niepewnością zatrudnienia w sektorze opieki wśród nierejestrowanych pracowników opieki domowej, głównie kobiet zamieszkujących w domu podopiecznego, pochodzących przeważnie z grup migrantów lub należących do kategorii migrujących obywateli. Ta szara strefa, którą pogarsza brak dostępu do formalnej opieki i konieczność ekonomiczna, wymaga spójnego podejścia w zakresie polityki, z należytym uwzględnieniem certyfikacji umiejętności, legalizacji pobytu lub procedur związanych z dokumentem pobytowym.

4.7. W miarę wzrostu popytu na opiekę długoterminową sektor skorzysta na wyższych i bardziej zachęcających płacach, skutecznej reprezentacji zbiorowej i negocjacjach zbiorowych oraz większej liczbie szkoleń. Fundusze publiczne przeznaczone na poprawę warunków pracy (np. poprzez wymogi w zamówieniach publicznych) mogą pomóc w rozwiązaniu problemu braku personelu i zapewnieniu wysokiej jakości opieki długoterminowej. Profesjonalizacja, definiowanie jakości oraz opracowywanie standardów oceny i pomiaru jakości, a także harmonizacja standardów we wszystkich państwach członkowskich mają zasadnicze znaczenie dla odnowienia sektora⁽¹⁴⁾.

5. Inne uwagi

5.1. Pandemia obnażyła rozdrobnienie i rozproszenie, zwłaszcza w zakresie świadczenia i finansowania usług w wielu państwach członkowskich. Wskazała na potrzebę lepszej integracji między systemami opieki zdrowotnej a krajowymi systemami opieki⁽¹⁵⁾, które posiadają najlepsze możliwości, aby zapewnić powszechny dostęp i skuteczność.

5.2. Jedno z nowych wyzwań wymagające podjęcia wspólnych działań w ramach nowej strategii w dziedzinie opieki dotyczy profilaktyki oraz rozwiązywania problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, do których przyczyniła się pandemia i wzrost zachorowalności na choroby psychiczne (np. demencję) z powodu starzenia się społeczeństwa.

5.3. Jak pokazują niedawne doświadczenia związane z profilaktyką i kontrolą COVID-19 w placówkach opieki długoterminowej⁽¹⁶⁾, skuteczna ocena, a także skuteczny i sprawny nadzór zewnętrzny oraz inspekcja zarówno w publicznych, jak i prywatnych placówkach świadczących opiekę są kluczem do zapobiegania nadużyciom oraz zapewnienia bezpieczeństwa i jakości (zwłaszcza dla grup szczególnie wrażliwych, osób starszych i dzieci), przy wykorzystaniu istniejących już w państwach członkowskich dobrych praktyk.

5.4. Opracowanie ogólnounijnego, ujednoliconego systemu gromadzenia danych i wskaźników dotyczących opieki długoterminowej ma zasadnicze znaczenie dla powodzenia strategii w zakresie opieki na poziomie państw członkowskich, w tym wymogów dotyczących sprawozdawczości i regularnych przeglądów. Proces ten musi być skuteczny i sprawny. Zwłaszcza odpowiednie świadczenie opieki nad dziećmi wymaga ilościowych i jakościowych celów, aby mierzyć postępy w jej świadczeniu oraz realizować cele barcelońskie i wykraczać poza nie.

5.5. Wsparcie na rzecz transformacji cyfrowej usług w zakresie opieki długoterminowej ma zasadnicze znaczenie w walce z przepaścią cyfrową. Szczególną uwagę należy zwrócić na dostępność, systemy wspomagające, poprawę umiejętności cyfrowych oraz transformację cyfrową na rzecz jakości pracy, podnoszenia kwalifikacji oraz nowych metod diagnozowania, monitorowania i leczenia.

⁽¹⁴⁾ Zob. przypis 11, rozdział 3.

⁽¹⁵⁾ Komisja Europejska, DG ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (2014), „Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society: report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission” [Odpowiednia ochrona socjalna wobec potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w starzejącym się społeczeństwie: sprawozdanie przygotowane wspólnie przez Komitet Ochrony Socjalnej i Komisję Europejską], Urząd Publikacji, s. 36, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/32352>, oraz Paneuropejska Komisja Zdrowia i Zrównoważonego Rozwoju (2021), „Drawing light from the pandemic: a new strategy for health and sustainable development. A review of the evidence” [Wnioski z pandemii: nowa strategia na rzecz zdrowia i zrównoważonego rozwoju. Analiza danych], https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/511701/Pan-European-Commission-health-sustainable-development-eng.pdf.

⁽¹⁶⁾ Danis, K., Fonteneau, L., i in., (2020), *High impact of COVID-19 in long-term care facilities: suggestion for monitoring in the EU/EEA* [Duży wpływ COVID-19 na placówki opieki długoterminowej: propozycja monitorowania w UE/EOG], *Euro Surveillance: European Communicable Disease Bulletin*, 25(22). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956>.

5.6. EKES potępia zbrodnie wojenne popełnione przez Federację Rosyjską w Ukrainie, wymierzone w pracowników sektora zdrowia i opieki, pacjentów, dzieci, szpitale i inne obiekty. Agresja, która niesie ze sobą ofiary śmiertelne i rannych, poważnie wpływa na ukraiński system opieki zdrowotnej, dlatego Komitet apeluje o ukierunkowaną pomoc i środki wsparcia, mając również na uwadze, że kryzys w Ukrainie rozprzestrzenił się wszędzie i wpływa na wiele aspektów otoczenia społecznego i gospodarczego.

5.7. Dialog społeczny z udziałem rządów, pracodawców i pracowników oraz reprezentujących ich organizacji jest kluczem do strategii transformacji opieki i odporności systemów opieki zdrowotnej w UE. Opiekunowie i osoby będące pod ich opieką muszą uczestniczyć w tworzeniu bardziej inkluzywnego, odpornego i równego pod względem płci ekosystemu opieki osobistej i opieki zdrowotnej, przy zaangażowaniu także społeczeństwa obywatelskiego i innych zainteresowanych, np. kościoła i działalności charytatywnej.

6. Uwagi ogólne dotyczące pracowników sektora zdrowia

6.1. Dobra opieka zdrowotna jest filarem stabilnego, bezpiecznego i dobrze prosperującego społeczeństwa, a jej organizacja należy do obowiązków rządu. W wielu krajach powszechną praktyką jest poleganie na taniej i szybkiej rekrutacji pracowników sektora zdrowia z innych krajów europejskich. Uznaje się to po prostu za fakt i, co zatrażające, nie podejmuje się żadnych działań z tym związanych.

6.2. EKES zdecydowanie opowiada się za zasadą, że silne i prężne systemy opieki zdrowotnej mogą istnieć jedynie dzięki wykształconej, wykwalifikowanej i zmotywowanej sile roboczej i jedynie dzięki niej mogą się rozwijać. Ma to fundamentalne znaczenie dla prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej, a w konsekwencji jest niezbędne do osiągnięcia zabezpieczenia zdrowotnego i prawa do zdrowia dla wszystkich. Już same zalecenia Konferencji w sprawie przyszłości Europy zmierzają do stworzenia prawa do zdrowia gwarantującego wszystkim Europejczykom równy dostęp do przystępnej cenowo, profilaktycznej, wysokiej jakości opieki zdrowotnej o charakterze leczniczym.

6.3. Europejska Unia Zdrowotna powinna poprawić ochronę, profilaktykę, gotowość i reagowanie na zagrożenia dla zdrowia ludzkiego na szczeblu UE. W tym kontekście powodzenie wszystkich kluczowych inicjatyw w ramach Europejskiej Unii Zdrowotnej jest w znacznym stopniu uzależnione od wysokich kompetencji pracowników sektora zdrowia.

6.4. W szeregu opinii⁽¹⁷⁾ EKES poruszał kwestię pracowników sektora zdrowia w różnych innych kontekstach i w ramach różnych innych działań. Zwłaszcza podczas pandemii pracownicy sektora zdrowia działają na pierwszej linii i wykazują się wyjątkową solidarnością w najtrudniejszych momentach.

6.5. Komitet popiera działania, które należy podjąć w celu zwiększenia atrakcyjności miejsc pracy w sektorze opieki zdrowotnej z punktu widzenia młodzieży. Jest to jeden z najważniejszych warunków wstępnych zapewnienia wystarczających zasobów ludzkich w systemach opieki zdrowotnej, aby zaspokoić potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, promocji zdrowia i zapobiegania chorobom.

6.6. Dane dotyczące liczb, migracji, umiejętności i innych aspektów związanych z pracownikami sektora zdrowia powinny być znormalizowane i stale udostępniane między państwami członkowskimi. Liczne wydarzenia (pandemia COVID-19, trzęsienia ziemi, powódzie, rosyjska inwazja na Ukrainę itp.) pokazują, jak ważne jest szybkie reagowanie, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych.

6.7. W latach 2000–2017 zatrudnienie w sektorze usług zdrowotnych i społecznych w państwach OECD wzrosło o 48 %⁽¹⁸⁾. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa i zmianami w populacji, także zapotrzebowanie na usługi zdrowotne będzie rosło i zmieniało się: szacuje się, że do 2030 r. globalne zapotrzebowanie na pracowników sektora zdrowia wzrośnie niemal dwukrotnie⁽¹⁹⁾.

6.8. Jeszcze przed pandemią COVID-19 zdolność do świadczenia podstawowych usług zdrowotnych była w wielu państwach ograniczona ze względu na utrzymujący się niedobór pracowników sektora zdrowia, a do 2030 r. przewiduje się, że na świecie będzie brakowało 18 mln pracowników sektora zdrowia⁽²⁰⁾.

⁽¹⁷⁾ Dz.U. C 286 z 16.7.2021, s. 109; Dz.U. C 429 z 11.12.2020, s. 251; Dz.U. C 242 z 23.7.2015, s. 48; Dz.U. C 143 z 22.5.2012; Dz.U. C 18 z 19.1.2011, s. 74; Dz.U. C 77 z 31.3.2009, s. 96.

⁽¹⁸⁾ [https://one.oecd.org/document/ECO/WKP\(2021\)43/en/pdf](https://one.oecd.org/document/ECO/WKP(2021)43/en/pdf)

⁽¹⁹⁾ Liu, J.X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., Scheffler, R., *Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030* [Prognozy dotyczące rynku pracy dla pracowników sektora zdrowia na świecie na 2030 r.]. „Human Resources for Health”, 2017, nr 15:11 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0187-2>).

⁽²⁰⁾ https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

6.9. Ważne jest, by jasno określić zasady ewentualnego przenoszenia lub łączenia umiejętności i zadań (zmiana zadań i kombinacja umiejętności od ang. *skill mix*). Istnieje potrzeba koordynacji instytucji kształcących pracowników sektora zdrowia, aby odpowiednio reagowały na potrzeby krajowego systemu opieki zdrowotnej przez wprowadzanie w odpowiednim czasie korekt współczynników naboru i programów nauczania.

6.10. Rozwój zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej i społecznej powinien odbywać się zgodnie z zasadą koordynacji, współpracy międzysektorowej i integracji opieki, a wspólnym celem powinno być osiągnięcie ciągłości opieki nad obywatelami w modelu 24/7/365.

6.11. Szczególną uwagę należy zwrócić na dostępność leczenia w społecznościach lokalnych, zwłaszcza na obszarach słabo zaludnionych, odległych lub odizolowanych obszarach wiejskich oraz na wyspach, gdzie należy aktywniej wykorzystywać nowoczesne rozwiązania w zakresie transportu i telemedycyny.

7. Planowanie dotyczące pracowników sektora zdrowia

7.1. EKES uważa, że planowanie dotyczące pracowników sektora zdrowia musi mieć na celu stworzenie warunków dla praktyki zawodowej, która pozwoli poprawić jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów. Jednocześnie na wszystkich poziomach należy zapewnić możliwość realizacji wysokiej jakości szkoleń.

7.2. Zarządzanie pracownikami sektora zdrowia należy uznać za działanie o znaczeniu strategicznym na szczeblu całej administracji państwowej z kluczową rolą rządu państwa członkowskiego. Należy je realizować w wymiarze wielosektorowym, biorąc pod uwagę różne perspektywy i priorytety.

7.3. Zarządzanie pracownikami sektora zdrowia musi obejmować wszystkie etapy „cyklu życia pracowników”, tj. od rekrutacji przyszłych studentów po zatrudnianie emerytów. Proces selekcji kandydatów na potrzeby szkolenia, zatrudnienia i awansu powinien być przejrzysty i sprawiedliwy, bez jakichkolwiek form dyskryminacji.

7.4. W planowaniu dotyczącym pracowników sektora zdrowia ważne jest uwzględnienie i wyraźne odzwierciedlenie potrzeb obywateli oraz pracowników sektora zdrowia. W procesach planowania i zarządzania należy ustalić metody, dzięki którym możliwe będzie określenie wszystkich potrzeb pracowników, począwszy od warunków pracy, praw materialnych, możliwości awansu, odpowiedniego czasu i środków przeznaczonych na naukę i badania, aż po ustanowienie trwałej równowagi między życiem osobistym a zawodowym.

7.5. Planowanie dotyczące pracowników sektora zdrowia musi odzwierciedlać planowanie struktury, ale także działania i procesy służące osiągnięciu wyznaczonych celów (określenie, co należy osiągnąć i w jaki konkretny sposób).

7.6. EKES proponuje aktualizację planu działania dotyczącego pracowników sektorów opieki i zdrowia w Unii Europejskiej⁽²¹⁾. Rozwój zintegrowanego planowania i prognozowania dotyczącego pracowników opieki zdrowotnej oraz dostosowanie umiejętności zawodowych pracowników opieki długoterminowej mają zasadnicze znaczenie dla poprawy dostępu do tych usług, a także ich jakości.

7.7. Partnerzy społeczni i wszystkie zainteresowane organizacje społeczeństwa obywatelskiego muszą odgrywać aktywną rolę w procesie planowania dotyczącego pracowników sektora zdrowia. Konieczne jest określenie relacji między poszczególnymi grupami zawodowymi, specyficznymi potrzebami społeczeństwa oraz systemem określonych kompetencji.

7.8. Określenie nieatrakcyjnych obszarów geograficznych lub dziedzin działalności, w których występuje niedobór zasobów ludzkich, jest niezbędne do ochrony praw i zapewnienia odpowiednich zachęt dla pracowników sektora zdrowia. EKES proponuje, by Komisja Europejska wydała zalecenia dotyczące minimalnych proporcji zasobów przypadających na jednostkę populacji w odniesieniu do podstaw powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego i sytuacji nadzwyczajnych, uwzględniając rozmieszczenie geograficzne i profil wiekowy⁽²²⁾.

⁽²¹⁾ W 2012 r. Komisja Europejska opublikowała plan działania dotyczący pracowników sektora zdrowia w UE.

⁽²²⁾ CPME Policy on Health Workforce [Polityka CPME dotycząca pracowników sektora zdrowia] (<https://www.cpme.eu/policies-and-projects/professional-practice-and-patients-rights/health-systems-and-health-workforce>).

7.9. Jako podstawa tych zaleceń ważne jest usprawnienie międzynarodowego gromadzenia danych, tak aby w miarę możliwości zharmonizować kategorie danych w celu określenia różnic i uniknięcia błędnej interpretacji danych. Istotne jest, aby odzwierciedlić krajowe odchylenia od zharmonizowanych kategorii w całej Europie, by móc rozpoznać kontekst danych⁽²³⁾.

7.10. Kwestia zasobów finansowych będzie rozwiązywana w różny sposób, w zależności od sytuacji gospodarczej w poszczególnych państwach członkowskich. Dowody wskazują, że państwa członkowskie muszą zapewnić, by w ogólnym planowaniu systemu, a w szczególności planowaniu dotyczącym pracowników sektora zdrowia, uwzględniono zarówno szersze otoczenie, jak i względną zdolność rządu do wpływania na nie⁽²⁴⁾.

7.11. W planowaniu dotyczącym pracowników należy uwzględnić rozwój technologii cyfrowych, ponieważ innowacje w tych dziedzinach dają możliwości tworzenia nowych środowisk pracy i miejsc, w których świadczona jest opieka, oraz wymagają nowych umiejętności.

8. Warunki pracy

8.1. Znaczenie warunków pracy jako czynnika wpływającego na decyzje pracowników o rozpoczęciu, kontynuowaniu lub zakończeniu kariery medycznej podkreśla znaczenie spójnej polityki w takich dziedzinach jak edukacja, zatrudnienie, życie rodzinne, finanse i migracja. Podczas gdy w wielu dyskusjach na temat planowania dotyczącego pracowników sektora zdrowia nacisk kładzie się na wynagrodzenie w zawodzie jako kluczowy czynnik rekrutacji i zatrzymania pracowników, dostęp do kształcenia i szkolenia, w tym rozwój zawodowy i możliwość utrzymania umiejętności, praktyczne warunki, takie jak dostępność opieki, oficjalny czas pracy, bezpieczny poziom obsady etatów, znaczące możliwości rozwoju zawodowego oraz równowaga między życiem zawodowym a prywatnym, przyczyniają się do stworzenia zdrowego środowiska pracy, w którym kariera w medycynie jest atrakcyjną i zrównoważoną opcją⁽²⁵⁾.

8.2. Europejskie i międzynarodowe organizacje medyczne zauważają, że lekarze pracujący w szpitalach oraz gabinetach ogólnych i prywatnych coraz częściej stykają się z sytuacjami przemocy – czasami skrajnej – w codziennej praktyce, poza wszelkimi konfliktami⁽²⁶⁾. EKES wzywa Komisję Europejską i wszystkie zainteresowane strony do wykazania się zaangażowaniem politycznym i do uświadomienia sobie pilnej potrzeby ochrony pracowników sektora zdrowia podczas wykonywania przez nich pracy.

8.3. Pracownicy sektora zdrowia są narażeni na ryzyko zarażenia chorobami zakaźnymi poprzez kontakt z nimi w miejscu pracy. Przenoszenie chorób prowadzi do nieobecności w pracy, chorobowości, a w niektórych przypadkach umieralności wśród pracowników sektora zdrowia. W ostatecznym rozrachunku prowadzi to do zmniejszenia liczby pracowników, a w rezultacie wpływa na jakość opieki nad pacjentami i ich bezpieczeństwo.

8.4. Pracownicy sektora zdrowia mogą również cierpieć z powodu stresu psychologicznego, a także potencjalnych zaburzeń psychicznych, które wpływają zarówno na ich życie zawodowe, jak i osobiste. W ostatnich latach wzrosła liczba doniesień o pracownikach sektora zdrowia, którzy ograniczają pracę zawodową lub przechodzą na wcześniejszą emeryturę z powodu wypalenia, depresji lub innych zaburzeń psychicznych⁽²⁷⁾. EKES wzywa do inwestowania w publiczne usługi w zakresie zdrowia psychicznego, aby zapewnić pełny i swobodny dostęp do tych usług wszystkim pracownikom sektora zdrowia.

⁽²³⁾ Zob. przypis 2.

⁽²⁴⁾ Russo, G., Pavignani, E., Guerreiro, C.S., Neves, C., *Can we halt health workforce deterioration in failed states? Insights from Guinea Bissau on the nature, persistence and evolution of its HRH crisis* [Czy można powstrzymać pogarszanie się stanu zasobów ludzkich sektora zdrowia w państwach upadłych? Spostrzeżenia z Gwinei Bissau na temat charakteru, trwałości i ewolucji kryzysu kadrowego w sektorze zdrowia w tym kraju], „Human Resources for Health” 2017, nr 15(1):12.

⁽²⁵⁾ Zob. przypis 2.

⁽²⁶⁾ https://www.cpme.eu/api/documents/adopted/2020/3/EMOs.Joint_Statement.on_Violence.FINAL_12.03.2020.pdf

⁽²⁷⁾ Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., Sinsky, C.A., Cipriano, P.F., Bhatt, J., Ommaya, A., West, C.P. i Meyers, D., 2017, *Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognised threat to safe, high-quality care* [Wypalenie wśród pracowników sektora zdrowia: Wezwanie do zbadania i wyeliminowania tego niedostatecznie rozpoznanego zagrożenia dla bezpiecznej opieki wysokiej jakości], „NAM Perspectives”, dokument otwierający debatę, National Academy of Medicine, Waszyngton, D.C.

9. Mobilność

9.1. EKES podkreśla, że konieczne jest poszanowanie prawa do mobilności zarówno w UE, jak i poza nią. Należy ułatwić mobilność transgraniczną z korzyścią dla poszczególnych pracowników i dla całego zawodu, ponieważ stwarza ona możliwość transferu wiedzy i wzajemnego uczenia się, co jest korzystne dla opieki nad pacjentami, a ostatecznie dla całego systemu opieki zdrowotnej. W przypadku migracji spowodowanej koniecznością ekonomiczną lub niekorzystnymi warunkami pracy należy określić przyczyny tej dynamiki i zająć się nimi oraz dążyć do poprawy sytuacji pracowników sektora zdrowia⁽²⁸⁾.

9.2. Mobilność transgraniczna nadaje dodatkowy wymiar planowaniu dotyczącemu pracowników; ustanowienie europejskich służb monitorowania siły roboczej w sektorze zdrowia, które pomagałyby państwom członkowskim w tworzeniu i utrzymywaniu struktur planowania oraz w koordynowaniu transgranicznych aspektów planowania, byłoby użytecznym długoterminowym elementem infrastruktury. Powinno to być powiązane z procesami UE, zwłaszcza z europejskim semestrem i planowaniem pandemicznym przewidzianym w przyszłym rozporządzeniu UE w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia⁽²⁹⁾.

9.3. Państwa członkowskie muszą wdrożyć polityki dotyczące etycznej rekrutacji zgodnie z Globalnym kodeksem postępowania WHO w sprawie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego⁽³⁰⁾. Rekrutacji pracowników z zagranicy nie należy traktować jako prostego sposobu na zmniejszenie niedoboru krajowego personelu medycznego. W przypadku asymetrycznych przepływów mobilności należy dołożyć starań na rzecz stworzenia mechanizmów równoważących, które będą służyły obopólnie korzystnej wymianie.

10. Inne uwagi

10.1. Skuteczne przywództwo ma kluczowe znaczenie dla zarządzania pracownikami sektora zdrowia na wszystkich szczeblach; jest to złożony i wysoko ceniony element edukacji zdrowotnej, który coraz częściej uznaje się za niezbędny do osiągnięcia wysokich standardów kształcenia, badań i praktyki klinicznej.

10.2. W związku z tym wystarczające i wysokiej jakości kształcenie i rozwój w zakresie przywództwa powinny być częścią programów nauczania wszystkich zawodów medycznych⁽³¹⁾.

Bruksela dnia 22 września 2022 r.

Christa SCHWENG
Przewodnicząca
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego

⁽²⁸⁾ Komisja Europejska, DG ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (2014). „Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society: report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission” [Odpowiednia ochrona socjalna wobec potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w starzejącym się społeczeństwie: sprawozdanie przygotowane wspólnie przez Komitet Ochrony Socjalnej i Komisję Europejską], Urząd Publikacji, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/32352>, s. 14.

⁽²⁹⁾ Komisja Europejska, DG ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (2014). „Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society: report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission” [Odpowiednia ochrona socjalna wobec potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w starzejącym się społeczeństwie: sprawozdanie przygotowane wspólnie przez Komitet Ochrony Socjalnej i Komisję Europejską], Urząd Publikacji, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/32352>, s. 14.

⁽³⁰⁾ <https://www.who.int/publications/m/item/migration-code>

⁽³¹⁾ Van Diggele, C., Burgess, A., Roberts, C., & Mellis, C. (2020), *Leadership in healthcare education* [Przywództwo w edukacji zdrowotnej], „BMC Medical Education”, nr 20 (dodatek 2), 456, <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02288-x>.