

I

(Rezolucje, zalecenia i opinie)

OPINIE

EUROPEJSKI KOMITET EKONOMICZNO-SPOŁECZNY

508. SESJA PLENARNA EKES-U W DNIACH 27 I 28 MAJA 2015 R.

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji

(opinia rozpoznawcza)

(2015/C 332/01)

Sprawozdawca: Gunta ANČA

Współsprawozdawca: José Isaiás RODRÍGUEZ GARCÍA-CARO

Pismem z 25 września 2014 r. Rihards Kozlovskis, p.o. ministra spraw zagranicznych oraz minister spraw wewnętrznych Republiki Łotewskiej, działając na podstawie art. 304 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, zwrócił się do Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w imieniu prezydencji łotewskiej o opracowanie opinii rozpoznawczej w sprawie

długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji.

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 7 maja 2015 r.

Na 508. sesji plenarnej w dniach 27–28 maja 2015 r. (posiedzenie z 27 maja) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 139 do 1 (3 osoby wstrzymały się od głosu) przyjął następującą opinię:

1. Wnioski i zalecenia

EKES:

1.1. Wzywa do szerzenia wiedzy na temat sytuacji osób przebywających w zakładach opieki poprzez udostępnianie spójnych i zdezagregowanych danych. Nawołuje także do ustanowienia wskaźników dotyczących przestrzegania praw człowieka.

1.2. Zwraca się do państw członkowskich, by w ramach krajowych programów reform (KPR) wprowadziły środki antidyskryminacyjne oraz promowały prawo osób niepełnosprawnych do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i gospodarczym.

1.3. Stwierdza, że środki oszczędnościowe doprowadziły do zmniejszenia budżetów władz lokalnych i regionalnych, co ma bezpośredni wpływ na dostępność usług socjalnych. Spowodowało to w niektórych państwach członkowskich tendencję do instytucjonalizacji.

1.4. Zaleca, by państwa członkowskie wykorzystywały europejskie fundusze strukturalne i inwestycyjne do wspierania przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych, rozwoju usług socjalnych i zdrowotnych i szkolenia personelu pomocniczego.

1.5. Zaleca, by państwa członkowskie zreformowały systemy opieki długoterminowej na podstawie analizy kosztów i wyników, i by przyjęły przy tym podejście długofalowe, które zakłada między innymi inwestowanie w ludzi i usługi zamiast cięcia środków finansowych.

1.6. Podkreśla, że „deinstytucjonalizacja” jest procesem wymagającym długoterminowej strategii politycznej i przeznaczenia odpowiednich środków finansowych na rozwój alternatywnych usług wsparcia na poziomie społeczności lokalnych.

1.7. Wzywa państwa członkowskie do uznania zdolności prawnej niepełnosprawnych kobiet i mężczyzn na równi z innymi osobami, we wszystkich aspektach życia, a także – w razie potrzeby – wspierania mechanizmu podejmowania decyzji ⁽¹⁾.

1.8. Zaleca rozwijanie wysokiej jakości usług na poziomie społeczności lokalnych jako istotny krok w procesie deinstytucjonalizacji ⁽²⁾. Zamykanie zakładów opiekuńczych bez zapewnienia ludziom usług alternatywnych jest niebezpieczne.

1.9. Uważa, że w przypadku świadczenia opieki w domu należy zapewnić konieczny rozwój profesjonalnych usług po przystępnych cenach.

1.10. Zaleca, by specjaliści w całej Europie byli szkoleni do pracy w usługach świadczonych na poziomie społeczności lokalnych oraz by byli informowani o procesie deinstytucjonalizacji.

1.11. Postuluje, by usługi na poziomie społeczności były zapewniane na szczeblu lokalnym oraz by były przystępne pod względem ceny i dostępne dla wszystkich.

1.12. Podkreśla znaczenie kwestii dostępu do zatrudnienia, aby osoby opuszczające zakłady opiekuńcze mogły w pełni uczestniczyć w życiu społecznym. Wyspecjalizowane służby zatrudnienia oraz kształcenie i szkolenie zawodowe powinny być dostępne dla tych, którzy ich potrzebują, bez żadnej dyskryminacji.

1.13. Zaleca budowanie partnerstw między wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces deinstytucjonalizacji.

1.14. Podkreśla, że różne grupy użytkowników mają różne potrzeby i że należy opracować konkretne rozwiązania we współpracy ze wszystkimi zainteresowanymi stronami, w tym użytkownikami oraz ich reprezentatywnymi organizacjami, rodzinami, usługodawcami, odnośnymi sektorami gospodarki i organami publicznymi.

1.15. Wzywa Komisję Europejską do przyjęcia europejskich ram jakości usług na poziomie społeczności lokalnych i przypomina o pilnej potrzebie ustanowienia wiążących standardów w celu zapewnienia najwyższego poziomu jakości.

1.16. Wzywa państwa członkowskie do powołania niezależnych i skutecznych usług kontroli i monitorowania, by zapewnić przestrzeganie standardów regulacyjnych i jakościowych przy świadczeniu usług opiekuńczych.

1.17. Zaleca zwalczanie negatywnych stereotypów oraz podnoszenie świadomości w szkołach i społeczeństwie poprzez edukację integracyjną i kampanie medialne.

2. Wprowadzenie

2.1. Przez większą część ostatniego stulecia procesy deinstytucjonalizacji oraz poszanowanie praw człowieka w Europie kształtowały się bardzo różnie. Dlatego trudno jest uzyskać porównywalne dane z różnych krajów.

2.2. EKES uważa, że w naszym zmieniającym się społeczeństwie ważne jest przeanalizowanie sytuacji osób potrzebujących opieki społecznej oraz wysokiego poziomu wsparcia w całej UE w celu opracowania odpowiednich rozwiązań i wymiany dobrych praktyk.

⁽¹⁾ Zgodnie z art. 12 Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.

⁽²⁾ Dotyczy to także zamykania zakładów detencji psychiatrycznej – należy zapewnić tu faktyczne alternatywne rozwiązania.

2.3. W związku z tym EKES:

2.3.1. Odnotowuje, że w całej Europie ponad milion dzieci i dorosłych osób niepełnosprawnych przebywa w zakładach ⁽³⁾.

2.3.2. Przyjmuje, że termin „zakład” oznacza każdą placówkę opieki stacjonarnej, w której pensjonariusze są odizolowani od ogółu społeczności lub zmuszeni mieszkać razem. Osoby przebywające w takich placówkach nie mają wystarczającej kontroli nad własnym życiem lub decyzjami, które ich dotyczą, a wymagania organizacyjne mają zazwyczaj pierwszeństwo przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców ⁽⁴⁾.

2.3.3. Podkreśla, że wysokiej jakości usługi opieki świadczone na poziomie społeczności lokalnych dają lepsze wyniki pod względem jakości życia niż opieka instytucjonalna, a także prowadzą do integracji społecznej i zmniejszenia ryzyka segregacji ⁽⁵⁾.

2.3.4. Zakazuje wszelkich form dyskryminacji i nadużyć, którego mogą doświadczać w czasie pobytu w zakładach i w ramach usług opiekuńczych mężczyźni, kobiety i dzieci (w tym zarówno osoby niepełnosprawne, jak i w pełni sprawne), jak również osoby potrzebujące dużego wsparcia bądź cierpiące z powodu niepełnosprawności psychospołecznej.

2.3.5. Przywołuje zalecenia zawarte we wcześniejszych opiniach EKES-u ⁽⁶⁾.

2.3.6. Zwraca uwagę na obowiązki spoczywające na UE i jej państwach członkowskich, które wynikają z Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (UNCRPD) ⁽⁷⁾ i dotyczą poszanowania godności, wolności i prawa tych osób do niezależnego życia, do podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać, a także do dostępu do usług wspierających, w tym pomocy osobistej, w danej społeczności.

2.3.7. Przypomina, że zgodnie z Konwencją ONZ o prawach dziecka „dla pełnego i harmonijnego rozwoju swojej osobowości” dziecko powinno „wychowywać się w środowisku rodzinnym, w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia”. Rodzice ponoszą główną odpowiedzialność za wychowanie swoich dzieci, a obowiązkiem państwa jest udzielanie rodzicom wsparcia – zwłaszcza tym najbardziej potrzebującym – za pomocą odpowiednich instrumentów ochrony socjalnej. Dzieci mają prawo do ochrony przed krzywdzącym traktowaniem i nadużyciami. W przypadku gdy rodziny nie mogą zapewnić potrzebnej dzieciom opieki, pomimo otrzymywania od państwa odpowiedniego wsparcia, dzieci mają prawo do zastępczej opieki rodzinnej.

2.3.8. Potwierdza, że osoby niepełnosprawne, zwłaszcza pod względem intelektualnym, mają prawo do prawnego uznania ich podmiotowości.

3. Przejście od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności

EKES:

3.1. Z zadowoleniem przyjmuje fakt, że wiele krajów reformuje sposób zapewniania opieki i wsparcia dla dzieci i dorosłych poprzez zastąpienie niektórych lub wszystkich zakładów opieki długoterminowej usługami świadczonymi na poziomie rodziny i społeczności lokalnych ⁽⁸⁾.

3.2. Postuluje, by proces deinstytucjonalizacji został przeprowadzony z poszanowaniem praw grup użytkowników oraz tak by zminimalizować ryzyko wyrządzenia szkody i zapewnić pozytywne skutki dla wszystkich zainteresowanych osób. Nowe systemy opieki i wsparcia muszą zapewnić poszanowanie praw, godności, potrzeb oraz woli każdej osoby oraz jej rodziny.

⁽³⁾ Dzieci i dorosłe osoby niepełnosprawne (w tym osoby z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego). Obejmuje to UE i Turcję. Źródło: J. Mansell, M. Knapp, J. Beadle-Brown i J. Beecham (2007), *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study* [Deinstytucjonalizacja i życie w społeczności – rezultaty oraz koszty: sprawozdanie z europejskiego badania]. Volume 2: Main Report Canterbury: Tizard Centre, University of Kent [Część 2: Główne sprawozdanie Canterbury: Ośrodek Tizard, Uniwersytet w Kent] (zwane dalej sprawozdaniem DECLOC).

⁽⁴⁾ *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care* [Sprawozdanie doradczej grupy ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych], <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4017&langId=en>

⁽⁵⁾ Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności (www.deinstitutionalisationguide.eu).

⁽⁶⁾ Dz.U. C 204 z 9.8.2008, s. 103; Dz.U. C 181 z 21.6.2012, s. 2; Dz.U. C 44 z 15.2.2013, s. 28.

⁽⁷⁾ Zob. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

⁽⁸⁾ Przykłady opieki długoterminowej można znaleźć w sondażu Eurobarometru na temat zdrowia i opieki długoterminowej (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf). Ponadto inne dobre praktyki w zakresie deinstytucjonalizacji podane są w „Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” (www.deinstitutionalisationguide.eu).

3.3. Uważa, że każda osoba ma prawo do wyboru miejsca zamieszkania i sposobu, w jaki chce mieszkać.

4. Deinstytucjonalizacja w odniesieniu do różnych grup interesów

4.1. EKES uznaje, że dzieci, osoby niepełnosprawne – w tym pod względem psychospołecznym – oraz osoby starsze mają bardzo różne potrzeby w zakresie opieki. W związku z tym proces deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej powinien uwzględniać specyficzne potrzeby każdej grupy użytkowników.

4.2. Opieka na poziomie społeczności lokalnych, w tym opieka profesjonalna i ta świadczona w środowisku rodzinnym i społecznym, oferuje wartość dodaną, której brakuje w zakładach stacjonarnych.

4.3. W związku z tym należy dostosować system instytucjonalny, by uzupełniał on usługi społeczne i medyczne świadczone przez lokalne społeczności w tych przypadkach, gdy nie są one dostępne, a także w okresie przejściowym.

4.4. Samodzielne życie nie oznacza, że ludzie muszą żyć w izolacji. Oznacza to raczej, że mają oni możliwość wyboru usług specjalistycznych i dostępnych usług podstawowych w społeczności, w której zdecydowali się żyć.

4.5. Deinstytucjonalizacja polega na zapewnianiu odpowiednich usług, lecz także na tworzeniu odpowiednich warunków w danej społeczności. Konieczne jest przygotowanie ogółu społeczeństwa do dokonania tego przejścia, jak również podnoszenie świadomości i zwalczanie stygmatyzacji w tym zakresie. W przeciwnym razie zamiast deinstytucjonalizacji uzyskamy w efekcie ponowną instytucjonalizację poprzez tworzenie „gett” osób niepełnosprawnych pod względem psychospołecznym, które co prawda żyją w społeczeństwie, ale pozostają w izolacji ze względu na negatywną postawę wobec nich. Media odgrywają tu kluczową rolę.

4.6. EKES zwraca uwagę na różnice, jakie występują między państwami członkowskimi UE, w tym w odniesieniu do definicji opieki długoterminowej. Różnice te mogą również dotyczyć rodzajów świadczonej opieki i oferowanych usług. Podobnie w poszczególnych państwach członkowskich występują istotne różnice między regionami i gminami, zwłaszcza obszarami miejskimi i wiejskimi⁽⁹⁾. EKES uważa, że nie powinno to uzasadniać braku postępów ze strony państwa członkowskiego, które posiada własne szczególne uwarunkowania i które promuje stopniowe przestawianie się na usługi świadczone przez społeczności lokalne.

4.7. W poprzedniej opinii rozpoznawczej⁽¹⁰⁾ EKES zalecił ocenę teleopieki i koncepcji życia wspieranego przez otoczenie. Zalecił także, by zapewnić powszechnie dostępną i zdecentralizowaną strukturę umożliwiającą bezpośredni kontakt z osobami starszymi. Obecnie Komitet podtrzymuje owo zalecenie i popiera odpowiedni proces deinstytucjonalizacji osób starszych, dzieci, osób niepełnosprawnych w każdym wieku i osób niepełnosprawnych pod względem psychospołecznym⁽¹¹⁾.

4.8. Wspomniane grupy użytkowników obejmują osoby, które mogą mieć ograniczoną zdolność do podejmowania decyzji lub nie mieć jej wcale ze względu na wiek, niepełnosprawność lub uzależnienie. EKES apeluje zatem do państw członkowskich o zapewnienie maksymalnej ochrony dla takich osób w ramach stopniowego i kontrolowanego procesu deinstytucjonalizacji, tak by ich prawa były zawsze przestrzegane, a oni sami korzystali z możliwie najlepszej opieki świadczonej przez daną społeczność, w tym z pomocy w podejmowaniu decyzji.

4.9. EKES zdaje sobie sprawę ze skutków, jakie przejście od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności może mieć dla pracowników tego sektora. Wszystkie organy i zainteresowane podmioty zaangażowane w ten proces muszą ze sobą współpracować, aby zadbać o to, by proces deinstytucjonalizacji miał stopniowy i korzystny wpływ na opiekunów. Należy zawsze przestrzegać godziwych warunków pracy.

4.10. Alternatywą dla instytucjonalizacji nie są usługi świadczone w domu, lecz usługi oferowane w danej społeczności, w związku z czym należy zadbać o inwestycje w infrastrukturę usług.

⁽⁹⁾ *Long-term care in the European Union* [Długoterminowa opieka w Unii Europejskiej], ISBN 978-92-79-09573-3, Luksemburg, Urząd Publikacji Unii Europejskiej

⁽¹⁰⁾ Dz.U. C 44 z 11.2.2011, s. 10.

⁽¹¹⁾ Tamże.

4.11. EKES z zadowoleniem odnotowuje istniejące w tym względzie dobre przykłady, np. urlop opiekuńczy, zarówno w pełnym, jak i w niepełnym wymiarze godzin, oraz przyznanie ubezpieczenia nieformalnym opiekunom⁽¹²⁾. Wzywa Komisję i państwa członkowskie do wspierania wymiany dobrych praktyk.

4.12. EKES uznaje znaczenie opiekunów. Nieformalni opiekunowie, działający na zasadzie dobrowolności, dążą do łączenia obowiązków rodzinnych z własnym życiem. Może to prowadzić do „syndromu opiekuńczego”, polegającego na doprowadzeniu głównego opiekuna do fizycznego i psychicznego wyczerpania. EKES musi zadbać o to, by polityka godzenia życia zawodowego z rodzinnym oraz odpowiedzialność za sprawowanie opieki oparte były na powszechnej równości, a nieformalne obowiązki opiekuńcze dzielone równo i sprawiedliwie⁽¹³⁾; by przestrzegano podstawowych praw opiekunów; by uznawano i wspierano opiekę nieformalną i rodzinną; by uznawano i wspierano rolę odgrywaną przez wolontariuszy w świadczeniu formalnej i nieformalnej opieki⁽¹⁴⁾.

4.13. EKES odnotowuje, że wśród osób bezdomnych nadreprezentowanych jest wiele słabszych grup społecznych, które zazwyczaj korzystają z opieki instytucjonalnej. Apeluje zatem do państw członkowskich, by opracowały strategie i programy na rzecz deinstytucjonalizacji w pełni uwzględniające bezdomność i potrzebę świadczenia usług na rzecz społeczności lokalnych w celu zapobiegania bezdomności, jak i reagowania na nią.

4.14. Rozwinięcie i nadanie profesjonalnego charakteru pracy domowej ma strategiczne znaczenie dla równości zawodowej, ponieważ pracę tę wykonują głównie kobiety, i to kobiety potrzebują usług opieki nad dzieckiem, usług dla osób starszych i pomocy w zajmowaniu się domem, by osiągnąć równość z mężczyznami w karierze zawodowej. Usługi te przynoszą korzyści zarówno poszczególnym osobom, jak i całemu społeczeństwu. Dzięki nim powstają nowe miejsca pracy, zaspokojone zostają potrzeby starzejącego się społeczeństwa oraz umożliwia się godzenie życia zawodowego z osobistym. Usługi te zwiększają też jakość życia i są korzystne dla włączenia społecznego, a także sprzyjają opiece domowej nad osobami starszymi⁽¹⁵⁾.

4.15. EKES dostrzega potrzebę organizowania w całej Europie szkoleń dla profesjonalistów na temat deinstytucjonalizacji. Konieczne będzie na przykład przeszkolenie nowej generacji psychiatrów, by zapewnić wykonywanie przez nich zawodu zgodnie z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.

4.16. EKES wyraża zaniepokojenie, że umieszczanie w zakładzie opieki odbywa się w niektórych przypadkach bez przeprowadzenia konsultacji lub przestrzegania jasnych procedur. Uznaje znaczenie formalnej oceny potrzeb osób w zakresie opieki długoterminowej. Procedura ta musi odbywać się z poszanowaniem ludzkiej godności i prowadzić do rozwoju zindywidualizowanych usług.

5. Wpływ kryzysu finansowego na usługi społeczne

5.1. EKES jest świadom tego, że świadczenie opieki długoterminowej dla tych grup użytkowników, którzy jej potrzebują, jest jednym z największych wyzwań społecznych i gospodarczych stojących przed Unią Europejską, szczególnie w czasach kryzysu gospodarczego, jak ma to miejsce obecnie.

5.2. W komunikacie w sprawie inwestycji społecznych⁽¹⁶⁾ stwierdza się wyraźnie, że kryzys gospodarczy zagroził naszym systemom ochrony socjalnej z uwagi na wzrost bezrobocia, obniżenie dochodów podatkowych oraz zwiększenie liczby osób potrzebujących świadczeń. W tym kontekście EKES zgadza się z Komisją co do potrzeby wspierania państw członkowskich w opracowywaniu strategii dotyczących opieki długoterminowej, które minimalizują skutki kryzysu gospodarczego.

⁽¹²⁾ Odpowiednie przepisy istnieją w Austrii. Przykłady:

Urlop na opiekę w pełnym i niepełnym wymiarze godzin: aby zapewnić lepsze godzenie życia zawodowego i opieki, od dnia 1 stycznia 2014 r. pracownicy mają możliwość uzgodnienia pełnego urlopu opiekuńczego (całkowicie bezpłatnego) bądź urlopu opiekuńczego w niepełnym wymiarze (z zachowaniem części wynagrodzenia) na okres od jednego do trzech miesięcy. W tym czasie mają oni ustawowe prawo do pobierania zasiłku opiekuńczego, do ochrony przed wypowiedzeniem umowy o pracę oraz do objęcia ich ubezpieczeniem społecznym (nieskładkowe ubezpieczenie zdrowotne i emerytalne). Wysokość świadczenia z tytułu urlopu opiekuńczego jest równa wysokości potencjalnego zasiłku dla bezrobotnych. Celem tego urlopu opiekuńczego w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin jest umożliwienie zainteresowanym pracownikom (re)organizację świadczonej przez nich opieki, zwłaszcza w razie nagłej konieczności opiekowania się blisko spokrewnioną osobą lub zastąpienia opiekuna na pewien okres. Ubezpieczenie emerytalne dla krewnych pracujących jako opiekunowie: opiekunowie sprawujący opiekę nad bliskim członkiem rodziny, którzy przeznaczają na to wszystkie swoje godziny pracy lub znaczną ich część, mają do dyspozycji następujące możliwości uzyskania prawa do bycia objętymi nieskładkowym zabezpieczeniem emerytalnym: kontynuacja ubezpieczenia jako część zabezpieczenia emerytalnego, ubezpieczenie indywidualne w ramach zabezpieczenia emerytalnego oraz ubezpieczenie indywidualne jako część ubezpieczenia zdrowotnego. Składki na ubezpieczenie płacone są przez rząd federalny, co oznacza, że krewni pracujący jako opiekunowie nie ponoszą z tego tytułu żadnych kosztów.

⁽¹³⁾ Między kobietami i mężczyznami oraz między pokoleniami.

⁽¹⁴⁾ Zalecenia Platformy Społecznej dotyczące opieki:

http://www.socialplatform.org/wp-content/uploads/2013/03/20121217_SocialPlatform_Recommendations_on_CARE_EN1.pdf

⁽¹⁵⁾ Dz.U. C 12 z 15.1.2015, s. 16.

⁽¹⁶⁾ COM(2013) 83 final.

5.3. W opinii w sprawie tego komunikatu ⁽¹⁷⁾ EKES argumentował, że inwestycje społeczne na rzecz wzrostu i spójności należy również wykorzystać do zwiększenia usług socjalnych. Mogłoby to także wspierać tworzenie miejsc pracy w sektorze usług i rozwój nowych usług na poziomie społeczności lokalnych.

5.4. Kryzys gospodarczy miał negatywny wpływ na zdolność osób niepełnosprawnych do samodzielnego życia, a także na rodziny i słabsze grupy społeczne, które już i tak były bardziej narażone na ubóstwo i wykluczenie społeczne.

5.5. Celem pakietu dotyczącego inwestycji społecznych (SIP) jest zmierzenie się z wyzwaniem związanym z kryzysem gospodarczym i zmianami demograficznymi ⁽¹⁸⁾.

5.6. EKES jest przekonany, że kryzys doprowadził do poważnego regresu w uznawaniu praw socjalnych z powodu cięć w budżetach przeznaczonych na tę politykę. Komitet wzywa zatem Radę, Komisję i państwa członkowskie do zadbania o ukierunkowane inwestycje społecznych na politykę ochrony socjalnej, aby – przynajmniej – zapewnić, że powróci ona do poziomu finansowania sprzed kryzysu gospodarczego ⁽¹⁹⁾.

5.7. EKES podkreśla, że zaspakajanie potrzeb wynikających ze wzrostu średniej długości życia wymaga podjęcia trudnych kwestii dotyczących międzypokoleniowej sprawiedliwości i solidarności. Ostatecznym celem musi być umożliwienie osobom w wieku starszym i bardzo sędziwym w Europie bezpiecznego oraz godnego życia, nawet jeśli wymagają one opieki. Jednocześnie należy zadbać o to, by nie powstały w związku z tym obciążenia dla młodszych pokoleń, których nie byłyby one w stanie udźwignąć ⁽²⁰⁾.

5.8. O ile różnice w całej UE w zakresie długoterminowej opieki instytucjonalnej lub świadczonej przez społeczności lokalne były już dobrze widoczne wcześniej, to kryzys pogłębił i tak już duże dysproporcje gospodarcze i społeczne w Unii. Uwidocznili on różnice w zakresie konkurencyjności i spójności społecznej, nasilił tendencję do polaryzacji wzrostu i rozwoju i wyraźnie ograniczył sprawiedliwą redystrybucję dochodów, bogactwa i dobrobytu między państwami członkowskimi, a także w ich obrębie – między regionami europejskimi ⁽²¹⁾.

6. Wykorzystanie funduszy UE do świadczenia długoterminowych usług socjalnych oraz do deinstytucjonalizacji

EKES:

6.1. Ubolewa nad tym, że europejskie fundusze strukturalne w ostatnim okresie programowania zostały przeznaczone na zakłady izolujące pensjonariuszy zamiast na opiekę świadczoną na poziomie lokalnych społeczności.

6.2. Z zadowoleniem przyjmuje nowe rozporządzenia dotyczące europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych na lata 2014–2020, które promują przejście od finansowania opieki instytucjonalnej do finansowania opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. Liczy ponadto na to, że Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego przyczyni się do poprawy infrastruktury socjalnej i zdrowotnej.

6.3. Sugeruje, że podejście polegające na korzystaniu z różnych źródeł finansowania mogłoby przyspieszyć przejście na opiekę świadczoną przez lokalne społeczności. Polegałoby to między innymi na wykorzystaniu Europejskiego Funduszu Społecznego do finansowania tzw. miękkich środków, takich jak szkolenie personelu służb wsparcia i tworzenie nowych usług socjalnych.

6.4. Wyraża zadowolenie w związku z tym, że w rozporządzeniu w sprawie wspólnych przepisów regulujących europejskie fundusze strukturalne i inwestycyjne mowa jest o uwarunkowaniach *ex ante* związanych ze zwalczaniem ubóstwa i wykluczenia społecznego, które zobowiązują państwa członkowskie do wprowadzenia w życie strategii dotyczącej deinstytucjonalizacji.

6.5. Zaleca państwom członkowskim wykorzystanie europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych do wspierania przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych, rozwijania usług socjalnych i zdrowotnych i szkolenie personelu pomocniczego.

6.6. Uważa, że należy wykorzystać Instrument Pomocy Przedakcesyjnej i Europejski Fundusz Rozwoju do wspierania prawa do życia w społeczności i dorastania w środowisku rodzinnym.

6.7. Zdaje sobie sprawę z tego, że przejście od usług instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych jest kwestią złożoną. W związku z tym wzywa Komisję i państwa członkowskie do sporządzenia komunikatu i opracowania wytycznych politycznych w celu promowania deinstytucjonalizacji, również – a może nawet przede wszystkim – w czasach kryzysu gospodarczego.

⁽¹⁷⁾ Dz.U. C 271 z 19.9.2013, s. 91.

⁽¹⁸⁾ Pakiet ten jest skierowany m.in. do dzieci i młodzieży, osób niepełnosprawnych, osób bezdomnych i ludzi starszych. Ma on zapewnić dostosowanie systemów zabezpieczenia społecznego do potrzeb obywateli, uproszczenie polityki społecznej i jej lepsze ukierunkowanie na grupy docelowe oraz ulepszenie strategii aktywnego włączenia społecznego w państwach członkowskich (narzędzia dotyczące wykorzystania funduszy Unii Europejskiej dla przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności: <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2015/03/annex-1-en-orig.pdf>).

⁽¹⁹⁾ Dz.U. C 170 z 5.6.2014, s. 23 oraz Dz.U. C 226 z 16.7.2014, p. 21.

⁽²⁰⁾ Dz.U. C 204 z 9.8.2008, s. 103.

⁽²¹⁾ Dz.U. C 12 z 15.1.2015, s. 105.

7. Wysokiej jakości usługi świadczone na poziomie społeczności lokalnych

EKES:

7.1. Wzywa Komisję Europejską do przyjęcia europejskich ram jakości dla usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych i przypomina o pilnej potrzebie ustanowienia rygorystycznych i wiążących standardów w celu zapewnienia najwyższej jakości.

7.2. Stwierdza na koniec, że konieczne jest zapewnienie usług na poziomie społeczności lokalnych, w tym na obszarach oddalonych i wiejskich. Należy także przyznać poszczególnym osobom indywidualne środki budżetowe, które umożliwiłyby im swobodny wybór potrzebnej im usługi.

7.3. Uważa, że usługi świadczone na poziomie społeczności lokalnych muszą być rozwijane w ścisłej współpracy z użytkownikami oraz ich reprezentatywnymi organizacjami, a jakość powinna być przez nich określona we współpracy z innymi zainteresowanymi stronami, w tym dostawcami usług, organami publicznymi i związkami zawodowymi.

7.4. Wzywa państwa członkowskie do powołania niezależnych i skutecznych usług kontroli i monitorowania, by zapewnić przestrzeganie standardów regulacyjnych i jakościowych przy świadczeniu usług, zarówno przez instytucje, jak i społeczności lokalne.

7.5. Zaleca, by usługi na poziomie społeczności były zapewniane na szczeblu lokalnym, a także by były przystępne pod względem ceny i dostępne dla wszystkich.

7.6. Uważa, że usługi te muszą podlegać wymogowi uzyskania zezwolenia od właściwych organów. Muszą także być akredytowane przez jednostki certyfikujące.

7.7. Technologie wspomagające i udogodnienia techniczne mają zasadnicze znaczenie dla życia osób niepełnosprawnych, w tym dzieci i osób starszych, w społeczności. Skuteczność tych technologii jest największa, gdy są one zgodne z preferencjami użytkownika i zasadami ochrony prywatności.

Bruksela, dnia 27 maja 2015 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Henri MALOSSE
