



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 13.2.2006
KOM(2006) 62 wersja ostateczna

**KOMUNIKAT KOMISJI DO RADY, PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO,
EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO ORAZ
KOMITETU REGIONÓW**

Wspólne sprawozdanie w sprawie ochrony socjalnej i integracji społecznej 2006

SPIS TREŚCI

1.	Wstęp.....	3
2.	Nadrzędne kwestie stojące przed polityką ochrony socjalnej i integracji społecznej..	4
a)	Promowanie spójności społecznej i równości szans dla wszystkich poprzez odpowiednie, dostępne, stabilne finansowo, dające się przystosować i skuteczne systemy ochrony społecznej i polityki integracji społecznej	4
b)	Bliższe współdziałanie z celami lizbońskimi, zakładającymi osiągnięcie wyższego wzrostu gospodarczego i większej liczby lepszych miejsc pracy oraz ze strategią zrównoważonego rozwoju UE	5
c)	Wzmocnienie ładu, przejrzystości i zaangażowania zainteresowanych stron w opracowywanie, wdrażanie i monitorowanie polityki	7
3.	Główne wyzwania w różnych aspektach prac prowadzonych w ramach OMK.....	8
3.1.	Walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: działania są kontynuowane, jednak powstały różnice we wdrażaniu	8
3.2.	Odpowiednie i stabilne emerytury: kontynuacja reform.....	9
3.3.	Opieka zdrowotna i opieka długoterminowa: pierwsze kroki podkreślają istotę tych zagadnień.....	10

**KOMUNIKAT KOMISJI DO RADY, PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO,
EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO ORAZ
KOMITETU REGIONÓW**

Wspólne sprawozdanie w sprawie ochrony socjalnej i integracji społecznej 2006

1. WSTĘP

Przed europejską polityką w zakresie ochrony socjalnej i integracji społecznej stoją poważne wyzwania. Globalna konkurencja, wpływ nowych technologii i starzenie się społeczeństwa kształtują długoterminowy kontekst polityczny; należy w krótkim czasie zająć się takimi problemami, jak słaby wzrost gospodarczy, wysoka stopa bezrobocia i utrzymujący się brak równouprawnienia. Na posiedzeniu w Hampton Court, w październiku 2005 r., szefowie państw i rządów zastanawiali się na tym, w jaki sposób europejskie systemy ochrony socjalnej mogą zachować stabilność w obliczu takich wyzwań i w jak mogą przyczynić się do sprostania im. Zamiarem Komisji, zdecydowanie potwierdzonym przez konkluzje prezydencji, było „wzmocnienie instrumentów, takich jak zintegrowane wytyczne UE na rzecz wzrostu gospodarczego i zatrudnienia, a także zwiększenie ich interakcji przy pomocy skuteczniejszej koordynacji na szczeblu UE w dziedzinie ochrony socjalnej”.

Wcześniej, w czasie przeglądu strategii lizbońskiej wiosną 2005 r. wskazano dwojakie wyzwanie dla prac dotyczących ochrony socjalnej i integracji społecznej prowadzonych zgodnie z otwartą metodą koordynacji (OMK). Stwierdzono lukę między wspólnymi celami europejskimi a politykami wprowadzonymi w celu ich realizacji - dla OMK oznacza to, iż proces powinien iść dalej niż tylko określenie ogólnych zasad i powinien się koncentrować na skuteczności polityk. Po drugie, potwierdzając znaczenie społecznego wymiaru strategii, dążono do skupienia działań politycznych na kwestiach osiągnięcia większego wzrostu gospodarczego i większej liczby miejsc pracy charakteryzujących się lepszą jakością. Dlatego też niezbędna jest bliskie współdziałanie między OMK w zakresie ochrony socjalnej i integracji społecznej, przy zwróceniu szczególnej uwagi na wysoki poziom ochrony socjalnej i spójności społecznej, a także na polityki zatrudnienia i wzrostu gospodarczego. Jednocześnie, w kontekście strategii na rzecz integracji społecznej Rada Europejska wezwała Unię i Państwa Członkowskie do nadania charakteru priorytetowego kwestii poprawy sytuacji młodzieży najbardziej podatnej na zagrożenia oraz inicjatywom zmierzającym do zapobieżenia niepowodzeniom szkolnym, zgodnie z Europejskim Paktem na rzecz Młodzieży.

Niniejsze, drugie już wspólne sprawozdanie w sprawie ochrony socjalnej i integracji społecznej jest bezpośrednią odpowiedzią na wyzwania wskazane przez szczyt w Hampton Court oraz określone w strategii lizbońskiej, i jest oparte na komunikacie z 2003 r. pt. „Strengthening the social dimension of the Lisbon strategy”: Streamlining open coordination in the field of social protection¹. („Wzmocnienie społecznego wymiaru strategii lizbońskiej: usprawnienie otwartej koordynacji w dziedzinie ochrony socjalnej”). Jest ono również oparte na planach i oświadczeniach politycznych państw członkowskich złożonych w 2005 r., dotyczących trzech aspektów polityki: integracji społecznej, emerytur oraz opieki zdrowotnej i długoterminowej. Uwzględnia ono opinie na temat wartości OMK wyrażone przez państwa

¹ COM(COM2003) 261.

członkowskie i zainteresowane podmioty. Sprawozdanie to przewiduje również strukturę wymiany OMK na podstawie przyszłej, usprawnionej procedury.²

2. NADRZĘDNE KWESTIE STOJĄCE PRZED POLITYKĄ OCHRONY SOCJALNEJ I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

Komunikat Komisji w sprawie nowych ram OMK określa trzy nadrzędne wyzwania, jakie stoją przed politykami w dziedzinie ochrony socjalnej i integracji społecznej. Niniejsza sekcja posługuje się tymi ramami w celu dokonania przeglądu obecnych polityk i strategii reform.

a) Promowanie spójności społecznej i równości szans dla wszystkich poprzez odpowiednie, dostępne, stabilne finansowo, dające się przystosować i skuteczne systemy ochrony społecznej i polityki integracji społecznej

Państwa członkowskie powinny zrealizować podstawowe cele w sposób skuteczny i oszczędny pod względem kosztów, przy jednoczesnym dostosowaniu się do nowych wyzwań i okoliczności. W tym celu, w 2003 r. państwa członkowskie poniosły łączne wydatki ok. 28 % brutto PKB na ochronę socjalną, przy czym wielkość ta powoli wzrasta, po okresie pozostawania na tym samym poziomie przez kilka ostatnich lat.

Systemy przekazu pieniędzy gotówką (innych niż emerytury) stanowią 5 % PKB. Celem reform w tej dziedzinie jest głównie wzmocnienie bodźców do podejmowania pracy. Świadczenia pracownicze przeznaczone na uzupełnienie dochodów tych pracowników, którzy przechodzą na (nisko płatne) zatrudnienie, wzrastają, choć wzrost ten jest powolny. Opieka społeczna jest w coraz większym stopniu powiązana z istniejącymi na szczeblu lokalnym świadczeniami socjalnymi i świadczeniami na rzecz zatrudnienia, w celu osiągnięcia synergii i skuteczności. Szczególne działania reformatorskie dotyczą długoterminowego zwolnienia chorobowego/systemów rent inwalidzkich, w przypadku których państwa członkowskie podejmują środki mające sprawić, że wspomniane świadczenia nie będą ukrytą formą wczesnego przejścia na emeryturę, lecz będą zachęcać do powrotu do życia zawodowego.

Wydatki na emerytury, wynoszące w UE średnio 13 % PKB (w 2003 r.), sprawiły że podeszły wiek niekoniecznie musi oznaczać ubóstwo i pozostawanie na utrzymaniu swych dzieci. Osiągnięto to głównie poprzez ustanowienie publicznych emerytur i publiczną odpowiedzialność za odpowiednią ich wysokość. Obecnie głównym wyzwaniem w zakresie emerytur jest, w obliczu starzenia się społeczeństwa, podwyższenie efektywnego wieku emerytalnego. W większości państw członkowskich wprowadza się reformy mające odwrócić występującą w poprzednich dekadach tendencję do obniżania efektywnego wieku emerytalnego oraz zająć się kwestią wydłużenia się w przyszłości średniego dalszego trwania życia. Przewiduje się, iż publiczne repartycyjne systemy emerytalne nadal pozostaną głównym źródłem dochodów emerytów przez najbliższe dziesięciolecie, natomiast udział prywatnie zarządzanych systemów emerytalnych będzie wzrastał w wielu, choć nie we wszystkich, państwach członkowskich. Nadal istotne znaczenie dla naszych systemów emerytalnych odgrywa zasada solidarności, wyrażająca się poprzez zapewnienie wszystkim pracownikom dostępu do systemów emerytalnych, formy gwarantowanego minimum dla osób starszych, dochodu zastępczego oraz zaliczenia przy obliczaniu emerytury okresu

² Patrz COM(2005) 706.

pozostawiania poza rynkiem pracy (w szczególności okres opieki nad dzieckiem lub osobą starszą oraz okres pozostawiania bez pracy).

W dziedzinie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, gdzie wydatki w 2003 r. wyniosły średnio 8 % PKB, celem państw członkowskich jest nadal zapewnienie wszystkim wysokiej jakości opieki, przy jednoczesnym dostosowywaniu swych systemów do stale rosnącego popytu, związanego ze starzeniem się społeczeństwa, oczekiwań pacjentów i rozwoju technologicznego. Dążą one do osiągnięcia większej skuteczności i wydajności w drodze reorganizacji, wyznaczania priorytetów i rozwoju struktur będących bodźcem dla użytkowników i podmiotów świadczących usługi w tym zakresie. Ocenia się, że rola promowania zdrowia i zapobiegania chorobom będzie stale wzrastać. Aby uniknąć pogłębiania się różnic w stanie zdrowia spowodowanych brakiem dostępu do opieki zdrowotnej, rosnącemu stosowaniu opłat i dopłat towarzyszy szeroki wachlarz redukcji opłat, skierowanych do osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej.

W ten sposób osiągnięto szybkie tempo reform w dziedzinie ochrony socjalnej. Jak pokazuje niniejszy przegląd, reformy niekoniecznie muszą oznaczać oszczędności, a ich wpływ na spójność społeczną powinien być uważnie monitorowany. Z praktyki państw posiadających największe doświadczenie wynika, iż pomyślne uruchomienie reform, przy zintegrowanych i dopasowanych działaniach, nie jest rzeczą tanią i nie może być dokonane *ad hoc*.

Na przykład, coraz częstsze korzystanie z minimalnego zabezpieczenia emerytalnego uzależnionego od dochodów nie powinno osłabiać bodźców do oszczędzania emerytur. Minimalne poziomy opieki socjalnej są w większości państw członkowskich poniżej poziomu zagrożenia ubóstwem i, z perspektywy integracji społecznej, zakres ich warunków powinien być uważnie monitorowany. Jak dotąd coraz większemu naciskowi na warunkowość świadczeń nie towarzyszy systematyczne monitorowanie jej wpływu na grupy pozostające na marginesie społecznym. Tendencje zmierzające do decentralizacji odpowiedzialności na poziomie regionalnym i/lub lokalnym stwarzają znaczący potencjał dla zintegrowanego świadczenia ochrony socjalnej i usług socjalnych. Również jednak i w tym przypadku należy monitorować wpływ tego czynnika. Ocena również powinna być dokonywana „wspólnie” dla różnych dziedzin polityki. Zaobserwowano coraz większe wykorzystywanie dopłat z tytułu opieki zdrowotnej, którym towarzyszą środki mające na celu złagodzenie tych kosztów dla grupy osób o niskich dochodach; w najnowszych sprawozdaniach na temat integracji społecznej, wpływ zwiększonych kosztów opieki zdrowotnej i ubezpieczenia zdrowotnego jest postrzegany jako coraz większy ciężar dla osób o niskich dochodach.

b) Blizsze współdziałanie z celami lizbońskimi, zakładającymi osiągnięcie wyższego wzrostu gospodarczego i większej liczby lepszych miejsc pracy oraz ze strategią zrównoważonego rozwoju UE

Współdziałanie OMK i zrewidowanego procesu lizbońskiego powinno mieć dwojaki charakter - ochrona socjalna i polityki integracji społecznej powinny wspierać cele dotyczące wzrostu gospodarczego i zatrudnienia, natomiast polityki w zakresie wzrostu gospodarczego i zatrudnienia powinny wspierać cele społeczne. Spośród państw członkowskich Belgia, Węgry i Finlandia dają w swych krajowych programach reform (KPR) doskonałe przykłady na tego rodzaju dynamiczne współdziałanie, poprzez umieszczenie celów społecznych w samym centrum planów lizbońskich i stwierdzenie, że średniookresowe planowanie w zakresie gospodarki i zatrudnienia powinno wspierać przyszłą trwałość i rozwój ich polityk.

Ochrona socjalna a zatrudnienie

Przeglądając pracę w zakresie trzech aspektów polityki OMK w krajowych programach reform, można wyraźnie dostrzec rolę, jaką ochrona socjalna może odgrywać dla wskaźników zatrudnienia. Jednakże nie zawsze powiązania między OMK a KPR są wyraźnie nakreślone.

W walce z wykluczeniem społecznym kluczowym elementem strategii państw członkowskich jest „ułatwienie dostępu do zatrudnienia” tym bardziej, iż ostatnie reformy kładą większy nacisk na przechodzenie do pracy. W wielu państwach członkowskich realizuje się lub planuje się realizować aktywne polityki rynku pracy i rewizję systemu podatkowego i systemu świadczeń. Tam, gdzie sytuacja w gospodarce i zatrudnieniu jest dobra, a zarobki i świadczenia stosunkowo niskie, jak na przykład w państwach bałtyckich, polityki zatrudnienia i integracji społecznej zostały zintegrowane poprzez połączenie wzrostu poziomu świadczeń ze wzrostem płacy minimalnej, tak aby rozszerzyć korzyści obecnego wzrostu i wzmocnić bodźce do pracy.

Szereg państw członkowskich podkreśla w swych KPR istotną rolę, jaką dla przyszłego zrównoważenia ich rynków pracy może odegrać imigracja. Jednakże KPR nie w pełni uwzględniają wyzwanie integrowania się imigrantów ze społeczeństwem. Zagadnienie to jest szeroko omawiane w ostatnich krajowych planach działania.

Reformy systemu ubezpieczeń wpływają bezpośrednio na zatrudnienie, poprzez wzmocnienie bodźców do dłuższej aktywności zawodowej i ograniczenie wcześniejszego odchodzenia z rynku pracy. Poprzez ściślejsze powiązanie składek ze świadczeniami, reformy te wspierają również aktywność zawodową i pozostawanie w legalnych stosunkach pracy przez cały cykl życia zawodowego. Jednakże sukces tej strategii zależy nie tylko od struktur bodźców w systemie emerytalnym. Kluczowym zagadnieniem dla reform rynku pracy i przyszłych KPR jest otwarcie rynku pracy na starszych pracowników oraz udzielenie im pomocy w utrzymaniu dłuższej aktywności zawodowej, w tym również poprzez skuteczne wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT).

Dobra opieka zdrowotna poprawia ilość i jakość siły roboczej, a w szczególności ich szanse na zatrudnienie. Ponadto sektory opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej są dużymi pracodawcami, a w przyszłości będą jeszcze większe. Państwa członkowskie w swych wstępnych oświadczeniach politycznych położyły duży nacisk na wyzwanie jakim jest zapewnienie odpowiednich zasobów ludzkich mogących spełnić przyszłe zapotrzebowanie tego sektora. To w jaki sposób systemy będą zarządzać świadczeniem wspomnianej opieki w przyszłości, w tym również poprzez wykorzystanie nowych technologii, będzie miało poważne skutki dla zatrudnienia. Różnica między opieką nieformalną (w rodzinie, poza rynkiem pracy) oraz opieką formalną (poprzez usługi socjalne lub mechanizm rynkowy) będzie miała istotny wpływ na podaż pracy, w szczególności pracy kobiet. Kilka nowych państw członkowskich, zwłaszcza Węgry, wymienia zagadnienia zdrowotne w szerokim znaczeniu, jako część przyszłych strategii.

Ochrona socjalna a wzrost

W dziedzinie emerytur istnieją wyraźne związki między ochroną socjalną a wzrostem gospodarczym. Rozsądne pod względem finansowym publiczne systemy emerytalne oraz stabilne finanse publiczne wzajemnie się wzmacniają, co z kolei wspiera długoterminową dobrą sytuację gospodarczą. Powszechnie uznaje się znaczenie, jakie dla wzrostu gospodarczego ma zdrowe społeczeństwo - zarówno ogół populacji jak i osoby starsze. Jeśli

chodzi o politykę integracji społecznej, wykluczenie poszczególnych osób i grup społecznych, takich jak imigranci czy mniejszości etniczne, z uczestnictwa w pracy i w życiu społecznym, jest marnotrawstwem środków, któremu trzeba położyć kres zarówno z przyczyn ekonomicznych, jak i ze względu na sprawiedliwość społeczną. Jednocześnie stabilność systemów ochrony socjalnej zależy od perspektyw wzrostu gospodarczego a tym samym od powodzenia krajowych strategii reform we wspieraniu konkurencyjności i wydajności.

Strategia zrównoważonego rozwoju UE³ nakreśla długoterminowe aspiracje dla społeczeństwa europejskiego, jak również zagrożenia i wyzwania, jakim należy stawić czoła, aby zrealizować te aspiracje. Kwestie polityki społecznej są częścią zarówno aspiracji (np. dążenie do spójnego społeczeństwa) jak i wyzwań (np. przepaść między bogatymi i biednymi; starzenie się społeczeństwa). Perspektywa stabilności umieszcza długoterminowy wymiar ochrony socjalnej i integracji społecznej w ramach politycznych, dając dodatkowy impuls do skupienia się na problemie ubóstwa wśród dzieci, które sprawia iż ubóstwo i wykluczenie przechodzą z pokolenia na pokolenie, przez co kurczą się przyszłe zasoby ludzkie Europy. Generalnie, strategia ta wskazuje na potrzebę skupienia się w ramach OMK na kwestii stabilności.

c) Wzmocnienie ładu, przejrzystości i zaangażowania zainteresowanych stron w opracowywanie, wdrażanie i monitorowanie polityki

Jednym z głównych przesłań płynących z prac w ramach OMK jest to, iż decyzje polityczne i ich realizacja przynoszą pożądane rezultaty tylko wtedy, gdy współpracują ze sobą wszystkie podmioty, gałęzie i poziomy władzy. OMK przyczyniła się w pewnym stopniu do wzmocnienia tego przesłania, szczególnie w dziedzinie integracji społecznej. Wszystkie państwa członkowskie UE-10 stworzyły nowe struktury mające włączyć społeczeństwo obywatelskie w proces opracowywania polityki. Realizacja krajowych planów działań w państwach UE-15 ujawniła szeroki wachlarz środków mających na celu usprawnienie współpracy między władzami centralnymi, regionalnymi i lokalnymi. Państwa członkowskie wyraźnie uczą się od siebie nawzajem. Należyty ład obejmuje również cel zakładający włączenie kwestii integracji społecznej do tworzenia polityki publicznej (w tym opracowywanie budżetu) oraz wzmocnienie oceny i monitorowania. W obydwu dziedzinach odnotowano pewne postępy, jednak są one nadal ograniczone.

W przypadku emerytur, kwestią kluczową jest to, aby reformy w tej dziedzinie, z uwagi na swe długoterminowe oddziaływanie, były tworzone na zasadzie konsensu. Niezbędna jest przejrzystość w podejmowaniu decyzji, tak aby obywatele mieli pewność i rozeznanie w często bardzo trudnym zadaniu planowania swej emerytury. Zobowiązanie do ustanowienia mechanizmów automatycznej lub regularnej rewizji pomaga obywatelom w zaplanowaniu emerytury. Większa decentralizacja funduszy oraz rozszerzenie wyboru w odniesieniu do narzędzi inwestycyjnych lub wieku emerytalnego, komplikują cały system i dlatego powinny im towarzyszyć środki mające zapewnić obywatelom właściwe informacje i wskazówki.

Jeśli chodzi o systemy, szczególną zawilnością charakteryzuje się sektor służby zdrowia pełniący zarazem rolę ubezpieczyciela, usługodawcy i władz regionalnych/lokalnych. Wspólna płaszczyzna między placówkami służby zdrowia i opieki socjalnej będzie miała w coraz większym stopniu kluczowe znaczenie dla skutecznej koordynacji działań. Szczególnie istotne znaczenie ma jasność co do zadań poszczególnych instytucji oraz dobra koordynacja

³ COM(2001) 264 i COM(2005) 37.

ich działań. Równie istotne są stosunki między decydentami a obywatelami, z uwagi na duże oczekiwania obywateli co do systemów opieki zdrowotnej oraz nacisku ze strony wszystkich państw członkowskich na promowanie zapobiegania chorobom, zdrowego stylu życia i zdrowego starzenia się.

3. GŁÓWNE WYZWANIA W RÓŻNYCH ASPEKTACH PRAC PROWADZONYCH W RAMACH OMK

3.1. Walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: działania są kontynuowane, jednak powstały różnice we wdrażaniu

Krajowe plany działań (KPD) przesłane przez państwa członkowskie UE-15 oraz uaktualnienie KPD (przesłane przez cztery z państw członkowskich UE-10) wykazują postępy w kilku dziedzinach, jednak na tle ogólnej sytuacji gospodarczej, którą w najlepszym przypadku można ocenić jako średnią, brak jest znaczącej poprawy sytuacji. Jednoznacznie wskazują też na stwierdzoną już w czasie rewizji strategii lizbońskiej różnicę we wdrażaniu między tym, do czego państwa członkowskie się zobowiązały w ramach wspólnych celów, a działaniami politycznymi mającymi wykonać te zobowiązania.

Analiza sprawozdań za 2005 r. potwierdza siedem kluczowych priorytetów politycznych wskazanych w ubiegłorocznym sprawozdaniu. Są to: zwiększenie udziału w rynku pracy, modernizacja systemów ochrony socjalnej, rozwiązanie problemu nierówności w systemie kształcenia i szkoleń, eliminacja ubóstwa wśród dzieci i wzmocnienie pomocy dla rodzin, zapewnienie godziwych warunków mieszkaniowych, poprawa dostępu do wysokiej jakości usług oraz zniesienie dyskryminacji i wzmocnienie integracji osób niepełnosprawnych, mniejszości etnicznych i imigrantów. Sprawozdania zwracają również uwagę na fakt, iż w niektórych społecznościach miejskich i wiejskich i grupach społecznych, nastąpiła kumulacja szeregu niekorzystnych czynników. Państwa członkowskie powinny opracować zintegrowaną i skoordynowaną strategię będącą odpowiedzią na liczne niekorzystne czynniki jak również na potrzeby szczególnie zagrożonych grup społecznych, takich jak osoby niepełnosprawne, migranci, członkowie mniejszości etnicznych (w tym Romów), bezdomni, byli więźniowie, osoby uzależnione i samotne osoby starsze. Należy poprawić dostęp do głównego nurtu edukacji, a w odpowiednich przypadkach podjąć działania ukierunkowane.

W szczególny sposób widoczne są trzy tendencje. Są to: wyzwania związane ze stale rosnącą imigracją; wzrost kosztów opieki zdrowotnej i ubezpieczeń; oraz potrzeba zapewnienia przystępnej cenowo opieki dzieciom, osobom niepełnosprawnym i osobom starszym, w obliczu zarówno zmian demograficznych, jak i rosnącego udziału kobiet w rynku pracy.

Wyzwania na przyszłość obejmują potrzebę *włączania do polityki* – tj. lepszej integracji KPD z polityką krajową, w tym z procedurą budżetową, oraz ze zrewidowaną strategią lizbońską. *lepszego ładu* – tj. lepszej mobilizacji podmiotów i powiązania między różnymi szczeblami władzy (krajowy, regionalny i lokalny) oraz bardziej przejrzystej odpowiedzialności za wdrażanie, monitorowanie i ewaluację; a także mocniejsze więzi między KPD dotyczącymi integracji społecznej z funduszami strukturalnymi, w szczególności z Europejskim Funduszem Społecznym i Europejskim Funduszem Rozwoju Regionalnego.

3.2. Odpowiednie i stabilne emerytury: kontynuacja reform

Druga tura sprawozdań z wykonania strategii krajowych w dziedzinie emerytur, złożonych w lipcu 2005 r., wskazuje na znaczące postępy w zakresie reform⁴ od czasu wspólnego sprawozdania z 2003 r. Sprawozdania te podkreślają wzajemne powiązania między trzema obszernymi celami: odpowiedniości, stabilności i modernizacji. Aby strategie reform były skuteczne, wszystkie trzy elementy powinny być uwzględniane wspólnie.

W celu zapewnienia odpowiednich i stabilnych systemów emerytalnych, państwa członkowskie wprowadzają trzytorową strategię zakładającą redukcję długu publicznego, reformę emerytur i zwiększenie zatrudnienia. Chociaż kilka państw członkowskich ma zamiar zredukować dług publicznych w celu zapewnienia sobie dodatkowych środków na rozwiązanie problemu stabilności systemów emerytalnych, jedynie nielicznym udało się dokonać tego w ostatnich latach. Państwa członkowskie nadal dążą też do zwiększenia zatrudnienia i wiele z nich wprowadziło reformy, które zaczęły się już przekładać na wzrost stopy zatrudnienia osób starszych: ograniczono czynniki zniechęcające do dłuższego pozostawania czynnym zawodowo a wzmocniono bodźce zachęcające do takiej decyzji, dokonano ściślejszego powiązania składek ze świadczeniami oraz w większym stopniu uwzględniono średnie dalsze trwanie życia we wzorze obliczeniowym emerytury. Ostatnio przeprowadzone reformy przekładają się zwykle na spadek wskaźnika zastępowalności pokoleń w danym wieku, co może być jednak skompensowane dłuższym życiem zawodowym i większymi oszczędnościami, zachowując tym samym cel odpowiedniości dochodów emerytalnych, unikając problemu ubóstwa wśród emerytów i utrzymując właściwy poziom dochodów z emerytury. Niektóre państwa członkowskie zwiększają poziom gwarantowanej minimalnej emerytury; wiele zalicza okresy opieki do podstawy obliczania świadczeń emerytalnych. Zaplanowano emerytury uzupełniające, co do których w kilku państwach członkowskich przewiduje się, iż będą one znaczącym wkładem w utrzymanie standardu życia na emeryturze, a także wzmocniono odpowiednie ramy prawne. Chociaż na nadchodzące dziesięciolecie przewiduje się wzrost udziału prywatnie zarządzanych systemów emerytalnych, niemal we wszystkich państwach członkowskich publiczne systemy repartycyjne będą nadal głównym źródłem emerytalnym. Poruszono również problem nierównego dostępu do prywatnych systemów emerytalnych, w odpowiedzi na co niektóre państwa członkowskie dokonują rewizji swej polityki w tym zakresie, w tym także bodźców o charakterze fiskalnym dla pracowników o niskich dochodach. W związku z coraz większym wykorzystaniem prywatnie zarządzanych systemów emerytalnych, państwa członkowskie podejmują środki zmierzające do regulowania i monitorowania systemów w celu wsparcia przystępności i przewidywalności dochodów.

Nową cechą przeprowadzanych ostatnio reform jest wprowadzenie mechanizmu automatycznej lub pół-automatycznej rewizji zapewniającego okresowe monitorowanie źródeł obciążenia systemu emerytalnego, w szczególności tendencji demograficznych, oraz zmuszającego do omawiania ewentualnych działań politycznych. Tego rodzaju mechanizmy wspierają przejrzystość systemów emerytalnych i wraz z informowaniem obywateli o przysługujących im uprawnieniach emerytalnych przyczynia się do budowania publicznego zaufania do tych systemów.

⁴ Szersze omówienie sprawozdań z wykonania strategii krajowych w 2005 r. znajduje się w dokumencie roboczym służb Komisji w sprawie odpowiednich i stabilnych emerytur (SEC(2006) XXXX).

3.3. Opieka zdrowotna i opieka długoterminowa: pierwsze kroki podkreślają istotę tych zagadnień

W następstwie podjętej przez Radę w 2004 r. decyzji o rozszerzeniu OMK na dziedziny opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, państwa członkowskie przedłożyły wiosną 2005 r. wstępne krajowe oświadczenia polityczne. Sprawozdania te wskazały zagadnienia, które powinny być przedmiotem późniejszych prac i które zostały następnie uwzględnione w zaproponowanych przez Komisję wspólnych celach⁵.

Zapewnienie dostępu pozostaje nadal podstawowym wyzwaniem. Nadal występują nierówności związane z problemami w podaży, z barierami geograficznymi i pod względem płci, podobnie jak nierówności pod względem tego, w jaki sposób różne grupy społeczno-gospodarcze korzystają z systemów opieki zdrowotnej oraz tego, jakie uzyskują rezultaty. W odniesieniu do opieki długoterminowej, świadczenie jej na obecnym poziomie uważa się za niewystarczające, a biorąc pod uwagę rozwój sytuacji demograficznej poziom ten będzie jeszcze bardziej niewystarczający. Jednakże tylko kilka państw członkowskich uwzględniło ten problem w swych systemach opieki socjalnej lub rozszerzyło usługi społeczne w celu jego rozwiązania. Powszechnie sygnalizowany jest również problem rozwoju zasobów ludzkich w celu wzmocnienia usług opieki zdrowotnej i usług opieki długoterminowej, w obliczu zarówno rosnącego popytu jak i braku siły roboczej. Wspólną odpowiedzią na ten problem jest położenie nacisku na promowanie zapobiegania chorobom, zdrowego stylu życia i zdrowego starzenia się. W odniesieniu do jakości świadczenia usług, reformy promują rozwój wskaźników i tworzenie standardów, wytycznych dotyczących praktyki i systemów uznania. Tego rodzaju podejście promuje również oszczędność kosztów. Sposobem na osiągnięcie jakości jest również zaangażowanie pacjentów oraz zwiększenie możliwości wyboru. Technologia posiada potencjał do poprawy jakości, jednak jej wpływ pod względem kosztów wymaga monitorowania.

Działania państw członkowskich zmierzające do zabezpieczenia stabilności skupiają się głównie na zwiększeniu wydajności i skuteczności. Reformy podkreślają potrzebę spójności i lepszej koordynacji między różnymi rodzajami opieki, aby uniknąć zbędnych działań. Lekarze rodzinni ogrywają kluczową rolę lecząc, doradzając i decydując o ewentualnym leczeniu specjalistycznym. Działania w tym zakresie powinny przynieść pozytywny wpływ również na dostęp do usług i ich jakość. Polityki stabilności mają również na celu wzmocnienie bodźców dla usługodawców i usługobiorców do korzystania z zasobów w sposób racjonalny, poprzez promowanie świadomości w zakresie kosztów (podział kosztów) oraz korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej. Szersze wykorzystanie konkurencji powinno przynieść korzyści pod względem kosztów i jakości.

Kontynuacja OMK w usprawnionym kontekście: kluczowe przesłania

Z powyższej analizy nasuwają się następujące przesłania:

- Przy formułowaniu KPD dotyczących integracji społecznej niezbędne jest bardziej strategiczne podejście, aby tworzenie polityk było dokładniejsze, bardziej systematyczne i przejrzyste. OMK powinna w większym stopniu skupić się na ubóstwie wśród dzieci i ich

⁵ Patrz memorandum Komitetu Ochrony Socjalnej, Review of Preliminary National Policy Statements on Health Care and Long-Term Care, 2005. (Przegląd wstępnych krajowych oświadczeń politycznych w sprawie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej 2005).

rodzin. Na większą uwagę zasługują również różne formy wykluczenia, jakie na swej drodze napotyka młodzież należąca do mniejszości etnicznych mieszkających w ubogich dzielnicach. W tym kontekście należy podkreślić fundamentalną rolę jaką edukacja i szkolenie odgrywają w przełamywaniu międzypokoleniowej ciągłości ubóstwa.

- Sprawozdania z wykonania strategii krajowych w dziedzinie emerytur podkreślają wzajemne powiązania między trzema obszernymi celami: odpowiedniości, stabilności i modernizacji, oraz synergię i równowagę między nimi. Aby strategie reform były skuteczne, szczególnie w zakresie wydłużenia się średniego dalszego trwania życia, wszystkie trzy elementy powinny być uwzględniane wspólnie. Reformy powinny nadal prowadzić do usuwania czynników zniechęcających i wzmacniania bodźców zachęcających do dłuższego pozostawania czynnym zawodowo, a jednocześnie muszą iść w parze z postęпами w zakresie odpowiedniego traktowania starszych pracowników przez pracodawców i rynki pracy. Przyczyni się to w sposób znaczący do utrzymania odpowiedniości i standardów życia a także do zwalczania ubóstwa wśród emerytów. Tendencja do obniżenia wskaźnika zastępowalności pokoleń w systemach emerytalnych oraz projekty bodźców zachęcających do dłuższego życia zawodowego, w tym dla potencjalnych beneficjentów minimalnych świadczeń emerytalnych, powinny być uważnie monitorowane.
- Modernizacja systemów emerytalnych powinna w większym stopniu uwzględniać nowe formy przerw w zatrudnieniu lub karierze zawodowej, w szczególności przeznaczonych na cele opieki, aby w ten sposób zapewnić kobietom możliwość nabywania praw emerytalnych. Tworzenie prywatnych systemów emerytalnych może być uzupełnieniem systemów publicznych, należy jednak zapewnić ich przystępność i bezpieczeństwo. Regularnie dokonywane rewizji umożliwiają dostosowywanie systemów, a informacje na temat uprawnień emerytalnych poszczególnych osób pozwolą zbudować zaufanie do systemów.
- W oparciu o pierwsze pomyślnie kroki, przyszłe wymiany doświadczeń w zakresie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej powinny się skupić na tym, w jaki sposób zapewnić dostęp i zredukować nierówności w dostępie do tej opieki; na dostosowaniu do zmieniających się potrzeb i zwiększaniu możliwości dokonywania przez pacjentów wyboru i ich zaangażowania; promowaniu jakości; zabezpieczaniu rozsądnego finansowania skutecznych funduszy; wzmacnianiu bodźców dla usługobiorców i usługodawców do rozsądnego wykorzystywania zasobów; promowaniu zapobiegania chorobom, aktywnego stylu życia i zdrowego starzenia się; oraz na tworzeniu strategii w zakresie zasobów ludzkich, w celu uzupełnienia braków w personelu. W odniesieniu do opieki długoterminowej podstawowymi wyzwaniem są: oszacowanie przyszłych potrzeb i stworzenie niezbędnych mechanizmów świadczenia i finansowania tego rodzaju opieki.
- Kluczowe znaczenie ma zapewnienie skutecznego współdziałania OMK ze zrewidowaną strategią lizbońską. Komisja i państwa członkowskie powinny stworzyć odpowiednie ramy zapewniające takie współdziałanie, w tym wskaźniki służące do pomiaru współdziałania. Będzie to obejmowało na przykład ocenę tego, w jakim zakresie szanse zatrudnienia mają grupy społeczne najbardziej zagrożone ubóstwem (np. gospodarstwa domowe, których członkowie są bezrobotni, osoby pozostające bardzo długi okres bez pracy, osoby samotnie wychowujące dzieci, rodziny wielodzietne, młodzież, mniejszości etniczne, osoby niepełnosprawne) oraz w jaki sposób reformy wspierające zatrudnienie wpływają na te grupy.

- Patrząc na wszystkie systemy ochrony socjalnej, niezbędna jest długoterminowa i całościowa koncepcja skupiająca się na stabilności, jako na wyzwaniu nie tylko dla kwestii emerytur i opieki zdrowotnej; na wskaźnikach monitorujących skuteczność i wydajność systemów, polityk i mechanizmów finansowania; a także na rozdzieleniu wydatków między różne branże i zapewnieniu równowagi między publicznymi świadczeniami a samodzielnością obywateli.