

Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto nuomonė dėl socialinių, sveikatos priežiūros ir švietimo asmeninių paslaugų sektoriaus būsimų pokyčių tendencijų ir pasekmių Europos Sąjungoje (nuomonė savo iniciatyva)

(2013/C 44/03)

Pranešėjas **Antonello PEZZINI**

Bendrapranešėjis **Dirk JARRÉ**

Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas, vadovaudamasis Darbo tvarkos taisyklių 29 straipsnio 2 dalimi, 2012 m. sausio 19 d. nusprendė parengti nuomonę savo iniciatyva dėl

Socialinių, sveikatos priežiūros ir švietimo asmeninių paslaugų sektoriaus būsimų pokyčių tendencijų ir pasekmių Europos Sąjungoje.

Pramonės permainų konsultacinė komisija, kuri buvo atsakinga už Komiteto parengiamąjį darbą šiuo klausimu, 2012 m. lapkričio 8 d. priėmė savo nuomonę.

485-ojoje plenarinėje sesijoje, įvykusioje 2012 m. gruodžio 12–13 d. (gruodžio 13 d. posėdis), Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas priėmė šią nuomonę 159 nariams balsavus už, 3– prieš ir 11 susilaikius.

1. Išvados ir rekomendacijos

1.1 Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas (EESRK) mano, kad socialinės, sveikatos priežiūros ir švietimo asmeninės paslaugos yra Europos socialinio modelio pagrindas. Šios paslaugos yra tarpusavyje susijusios ir vienos kitas veiksmingai papildo sudarydamos „aukso trikampį“, kuris labai svarbus užtikrinant gerą visuomenės veikimą ir kokybę.

1.2 EESRK mano, kad šios paslaugos visų pirma atlieka esminį vaidmenį integruojant asmenis į visuomenę ir užtikrinant socialinę sanglaudą kartu garantuojant veiksmingą demokratinį dalyvavimą ir socialinį teisingumą; be to, jos yra labai svarbios siekiant įgyvendinti strategijos „Europa 2020“ tvaraus vystymosi, pažangių darbo vietų kūrimo ir Europos Sąjungos ekonominės ir socialinės sanglaudos tikslus.

1.3 EESRK laikosi nuomonės, kad reikia labiau atsižvelgti į tai, kad vykstant gyventojų senėjimui ir didėjant priežiūros poreikiui, kurį lemia vis mažesnis tokią pagalbą galinčių suteikti šeimos narių skaičius (tam iš dalies įtakos turi vis aktyvesnis moterų dalyvavimas darbo rinkoje), tapo labai svarbu geriau planuoti ir programuoti, pirma, šio sektoriaus veiklos vykdytojams keliamus reikalavimus ir mokymą ir, antra, biudžeto asignavimų prioritetus.

1.4 EESRK žino, kokia yra valstybių narių kompetencija šioje srityje ir nacionalinių, regionų bei vietos valdžios institucijų veiksmų laisvė teikiant šias paslaugas; vis dėlto EESRK atkreipia dėmesį į bendrą valstybių narių ir Europos Sąjungos atsakomybę šioje srityje. Atsižvelgdamas į svarbias naujoves, kurios įvestos prie Lisabonos sutarties pridėtu Protokolu dėl bendrus interesus tenkinančių paslaugų, mano, kad reikėtų siekti suderinimo tarp

valstybių narių, kad būtų panaikinti šiuo metu egzistuojantys skirtumai ir užtikrinta labai svarbi įsisteigimo (laikantis priimančios valstybės įstatymuose nustatytų būtiniausių socialinių standartų ir susitarimų nuostatų) ir paslaugų teikimo laisvė.

1.5 Atsižvelgdamas į sektoriaus indėlį kuriant ES bendrąjį vidaus produktą, dideles užimtumo ir naujų darbo vietų ir įmonių kūrimo perspektyvas, taip pat sektoriaus gebėjimą rasti kokybiškus novatoriškus sprendimus vykstant struktūriniam pokyčiams, tenkinant Europos visuomenės poreikius ir įgyvendinant Lisabonos sutarties tikslus šioje srityje, EESRK prašo Komisijos, Tarybos ir Europos Parlamento:

— parengti Europoje tikrą novatoriškų ir pažangių socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų ES strategiją, kurioje būtų numatyta optimizuoti žmogiškuosius išteklius, užtikrinti tęstinį mokymą, apibrėžti kokybės principus, įdiegti atitinkamas pagalbines technologijas paslaugų gavėjams ir teikėjams, kurti Europos integruotų paslaugų ir paramos politikos erdvę;

— skatinti veiksmingiau naudoti finansinius ir žmogiškuosius išteklius, užtikrinti veiksmingą valdymą, reguliuojamą kolektyvinių derybų, skatinti tinkamą privačiojo ir savanoriškos veiklos sektoriaus dalyvavimą, taip pat tinkamą paslaugos efektyvumo ir ekonominio veiksmingumo vertinimą;

— prašo Komisijos parengti asmeninių paslaugų bendrą pagrindą ir nustatyti reguliavimo sistemą ir kokybės principus, taip pat aiškiai apibrėžti mokymo programų reikalavimus siekiant Europos mastu užtikrinti veiksmingą profesinį mobilumą.

1.6 EESRK mano, kad ES lygmeniu būtų tikslinga dalį įvairių struktūrinių fondų lėšų koordinuoti skirti socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūrai (kur jų trūksta) ir šioje srityje vietos lygmeniu įgyvendinamoms užimtumo iniciatyvoms, visų pirma numatyti atskirą finansavimą kaimo vietovėms. Tai pasakytina ir apie programas „Horizontas 2020“ ir „Kultūra“, taip pat apie tęstinio mokymo, susijusio su socialinės pagalbos ir sveikatos priežiūros srityje taikomomis technologijomis, veiksmus. Be to, reikėtų skatinti mokslinius tyrimus, kurie leistų optimizuoti paslaugų rezultatus, taip pat dokumentavimą ir keitimąsi sėkmingos praktikos pavyzdžiais.

1.7 „EESRK mano, kad asmeninių paslaugų sektoriuose labai reikėtų konstruktyvaus, struktūruoto visų lygmenų (vietos, nacionalinio ir Europos) socialinio dialogo. Šis socialinis dialogas būtų reikšmingas tuo, kad padėtų:

- išsiaiškinti, su kokiais ekonominiais ir socialiniais sunkumais susiduria šis sektorius,
- ištirti sektoriaus vystymosi galimybes,
- parengti projektus, kuriais, pradėdant „nuo apačios“, būtų derinamos šiam sektoriui taikomos taisyklės,
- kovoti su nedeklaruojamu darbu,
- pakelti sektoriaus specialistų kvalifikaciją ir pagerinti darbuotojų galimybes siekti karjeros,
- pagerinti sektoriaus darbuotojų darbo sąlygas ir darbo užmokestį,
- padaryti sektorių patrauklesnį ir pagerinti jo įvaizdį,
- prižiūrėti, kaip taikomos kolektyvinės sutartys ir taisyklės.

Europos Komisija ir valstybės narės turėtų konkrečiomis priemonėmis aktyviai padėti tokiam socialiniam dialogui atsirasti, plėtoti ir organizuoti jo darbą. Iš pradžių padėti būtų galima atliekant tyrimus šiuose sektoriuose ir Europos lygmeniu šio sektoriaus socialiniams partneriams rengiant konferencijas.“

2. Įžanga

2.1 Šios nuomonės tikslas – nustatyti dabartinių tendencijų pokyčius ir numatyti būsimą raidą socialinių ir sveikatos priežiūros asmeninių paslaugų srityje, taip pat susijusiuose švietimo

ir mokymo sektoriuose ir, ypač, numatyti kokybiškų darbo vietų kūrimo šiame sektoriuje perspektyvas.

2.2 Socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugos susijusios su svarbiausiais asmens poreikiais. Šio sektoriaus industriją sudaro įvairių formų struktūros, teikiančios medicininę ir psichologinę bei socialinę pagalbą, socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas, paramą būstui, tai ir slaugos namai, psichikos sveikatos priežiūros, vaikų, pagyvenusių žmonių ir žmonių su negalia priežiūros centrai.

2.3 Šis sektorius siejamas su dideliais migracijos iš Europos Sąjungai nepriklausančių šalių srautais, jam būdinga ir ryški nelegalaus darbo tendencija bei visos su tuo susijusios neigiamos pasekmės tiek asmeniui, tiek ir visai visuomenei.

2.4 Šia nuomone EESRK nori padėti apibrėžti asmeninių paslaugų sektoriaus pridėtinę vertę įgyvendinant strategiją „Europa 2020“, siekiant nustatyti kvalifikuotų žmogiškųjų išteklių ir naujų profesinių profilių poreikius, kad, gerinant integraciją, kuri yra tvirtesnės visuomenės sanglaudos rezultatas, būtų galima užtikrinti novatoriškas socialines perspektyvas, daugiau ir geresnių darbo vietų ir didesnę visų piliečių gerovę.

2.5 Europoje socialinės, sveikatos priežiūros ir švietimo asmeninės paslaugos yra svarbus Europos socialinio modelio pagrindas. Šios paslaugos yra tarpusavyje susijusios ir vienos kitas veiksmingai papildo sudarydamos „aukso trikampį“, kuris labai svarbus užtikrinant gerą visuomenės veikimą ir kokybę.

2.6 EESRK pritaria vadinamai „aukso trikampio“ integruotų paslaugų koncepcijai, kuria siekiama kokybiško švietimo, veiksmingos sveikatos priežiūros ir visavertės socialinės integracijos bei didžiausio visų trijų rūšių paslaugų efektyvumo pagal šiuos kriterijus: paslaugos užtikrinimo, visuotinės prieigos, dėmesio asmeniui, universalumo, tęstinumo, aukštos kokybės, aiškios orientacijos į rezultatus, pagarbos pagrindinėms teisėms, dalyvavimo ir partnerystės, integruoto valdymo, investicijų į žmogiškąjį kapitalą ir socialinę infrastruktūrą, aukštų rezultatų, kokybiškų darbo vietų ir gerų darbo sąlygų, suteikiančių karjeros, solidarumo ir socialinės sanglaudos perspektyvų.

2.7 EESRK mano, kad būtent dėl šių ypatumų profesionalių asmeninių paslaugų „aukso trikampiu“ turi būti skiriamas didžiausias dėmesys siekiant įgyvendinti strategijos „Europa 2020“ tvarumo, ekonomikos vystymosi, darbo vietų kūrimo ir Sąjungos ekonominės ir socialinės sanglaudos tikslus.

2.8 Nuomonė grindžiama įvairiais informacijos šaltiniais: tiek bendro pobūdžio studijomis, tiek su verslu susijusių konkrečių atvejų analize. Reikia pabrėžti, kad demografinių tendencijų ir vyresnių žmonių aktyvumo, taip pat senėjančios visuomenės pasekmių sveikatos priežiūros bei socialinės apsaugos sistemoms klausimus EESRK jau nagrinėjo ankstesnėse savo nuomonėse ⁽¹⁾. Be to, EESRK dalyvauja rengiant veiksmų planus, susijusius su iniciatyvoms dėl Europos Sąjungos gyventojų senėjimo, įgyvendinamomis pagal būsimą bendrąją mokslinių tyrimų, technologinės plėtros ir demonstracinės veiklos programą, ir dėl vyresnio amžiaus žmonių dalyvavimo visuomenės gyvenime ⁽²⁾.

2.9 Į asmenines švietimo paslaugas šioje nuomonėje atsižvelgta tik tiek, kiek jos padeda užtikrinti kokybiškas ir atnaujintas socialinės paramos ir sveikatos priežiūros paslaugas. Daugiau informacijos apie švietimo ir mokymo visą gyvenimą paslaugas galima rasti jau parengtose EESRK nuomonėse šiuo klausimu ⁽³⁾.

3. Sektoriaus ypatumai ir perspektyvos

3.1 Remiantis Eurostato statistiniais duomenimis, 2009 m. 27 valstybių narių Europos Sąjungoje socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų bei susijusių švietimo paslaugų sektoriuje dirbo daugiau nei 21,5 mln. žmonių ⁽⁴⁾. Tačiau dauguma jų dirba ne naujosiose, o senosiose valstybėse narėse ir didžiąją šio sektoriaus darbuotojų dalį sudaro moterys (78 proc.) ir labai jauni darbuotojai (daugiau kaip 43 proc. jaunesnių nei 40 metų). 2000 m.–2010 m. šiame sektoriuje sukurta daugiau kaip keturi milijonai su socialinėmis, sveikatos ir priežiūros namuose paslaugomis susijusių naujų darbo vietų. Tai yra visiškai priešinga tendencija, palyginti su šiuo metu dėl ekonomikos krizės Sąjungoje mažėjančiu užimtumu: 2008 m.–2010

m. šiame sektoriuje sukurta maždaug 770 000 naujų darbo vietų ⁽⁵⁾.

3.2 Sąjungoje sveikatos priežiūros sektorius yra vienas svarbiausių, kadangi jame sukuriami apie 10 proc. BVP ir dirba vienas iš dešimties darbuotojų. Čia dirbančių darbuotojų aukštojo mokslo diplomą turinčių skaičius viršija vidurkį ⁽⁶⁾ palyginti su dirbančiais paslaugų sektoriuje. Senėjant gyventojams ir moterims vis aktyviau dalyvaujant darbo rinkoje, šiame sektoriuje didėja užimtumas ⁽⁷⁾ ir auga sveikatos priežiūros paslaugų paklausa, todėl vis svarbiau ES lygmeniu nustatyti suderintas apibrėžtis ir mokymo standartus siekiant užtikrinti geografinį mobilumą ir naujus besikeičiančius profilius, kad visoje Europoje būtų teikiamos kokybiškos, veiksmingos ir tvarios paslaugos.

3.3 Nauji profesiniai profiliai – tai nauji sveikatos priežiūros srities darbuotojų, slaugytojų, su jaunimu dirbančių asmenų, socialinių darbuotojų ir gydytojų profiliai. Remiantis naujausiais tyrimais ⁽⁸⁾, nepaisant mažo darbo užmokesčio ir menko medicinos personalo darbo pripažinimo visose medicinos šakose, sveikatos priežiūros darbuotojai mėgsta savo darbą ir yra labai atsakingi. Kai kuriuose tyrimuose taip pat nurodoma, kad labai trūksta darbuotojų ir vis sunkiau įdarbinti ir išlaikyti tinkamus ir kvalifikuotus vadovaujančius darbuotojus.

3.4 Pagal strategiją „Europa 2020“ būtina parengti ES masto strategiją ⁽⁹⁾, kuri padėtų užtikrinti aukštą techninių ir struktūrinių inovacijų lygį, sumažinti sąnaudas ir skatinti kokybišką užimtumą, taip pat gerinti galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, visų pirma nepalankių sąlygų vietovėse ir tam tikrose medicinos srityse, kuriose nacionaliniu lygmeniu trūksta darbuotojų, ir šiuo tikslu kurti aukštos kokybės Europos medicinos centrus, kuriuose dirbtų labai motyvuoti, visų ES piliečių poreikius tenkinantys kvalifikuoti darbuotojai.

⁽¹⁾ EESRK nuomonė dėl Gyventojų senėjimo poveikio sveikatos ir gerovės sistemoms, OL C 44, 2011 2 11, p. 10.; EESRK nuomonė „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“, OL C 18, 2011 1 19, p. 74.; EESRK nuomonė dėl Atsižvelgimo į vyresnio amžiaus žmonių poreikius, OL C 77, 2009 3 31, p. 115; EESRK nuomonė dėl Senyvo amžiaus žmonių orumą žeminančio elgesio, OL C 44, 2008 2 16, p. 109.

⁽²⁾ EESRK nuomonė „Horizontas 2020: veiksmų planas gyventojų senėjimo srityje“, OL C 229, 2012 7 31, p. 13.; EESRK nuomonė „Vyresnio amžiaus žmonių indėlis į visuomenės gyvenimą ir dalyvavimas jame“, dar nepaskelbta OL.

⁽³⁾ EESRK nuomonė dėl Atsižvelgimo į vyresnio amžiaus žmonių poreikius, OL C 77, 2009 3 31, p. 115.; EESRK nuomonė „Suaugusiųjų mokymosi veiksmų planas. Mokyti niekada nevēlu“, OL C 204, 2008 8 9, p. 89.; EESRK nuomonė „Migracija ir judumas. ES švietimo sistemų uždaviniai ir galimybės“, OL C 218, 2009 9 11, p. 85.; EESRK nuomonė dėl Europos profesinio mokymo kokybės užtikrinimo orientacinės sistemos sukūrimo, OL C 100, 2009 4 30, p. 136.

⁽⁴⁾ Eurostato darbo jėgos tyrimas, DS-073433, 2010 m. kovo mėn.

⁽⁵⁾ Europos viešųjų paslaugų profesinių sąjungų federacijos (EVPPSF) (angl. *European Federation of Public Service Unions*) ir Europos profesinių sąjungų konfederacijos (angl. *European Trade Union Confederation* (ETUC)) bendras indėlis į 2012 m. liepos 18 d. Europos Komisijos surengtas konsultacijas dėl asmeninių ir namų ūkio paslaugų sektoriaus darbo vietų kūrimo potencialo.

⁽⁶⁾ COM(2011) 709 final.

⁽⁷⁾ 2012 m. Pranešimas apie visuomenės senėjimą (*The 2012 Ageing Report*), *European Economy* Nr. 4/2011 Europos Komisijos Ekonomikos ir finansų reikalų GD.

⁽⁸⁾ *Report of EPSU Study on pay in the care sector in relation to overall pay levels and the gender pay gap in different countries in the European Union* (European Federation of Public Service Union pranešimas), J. Pillinger, 2/2010.

⁽⁹⁾ COM(2010) 2020 ir prioritutinės iniciatyvos „Inovacijų sąjunga“ ir „Europos skaitmeninė darbotvarkė“.

3.5 Darbo užmokestis šiame sektoriuje paprastai yra mažesnis negu už panašų darbą nacionaliniu lygmeniu mokamas vidutinis darbo užmokestis: moterims, kurios sudaro didžiąją darbo jėgos dalį ir dažnai yra imigrantės, dažniausiai mokama nepakankamai⁽¹⁰⁾, jos yra nelabai vertinamos ir dirba pagal terminuotas darbo sutartis, nors yra kvalifikuotos. Tai rodo neseniai atlikti tyrimai šiuose susijusiuose sektoriuose⁽¹¹⁾: sveikatos priežiūros, vaikų priežiūros, pagyvenusių žmonių priežiūros ir kitų pagalbos formų žmonėms su negalia sektoriuose.

3.6 Be to, šiam sektoriui būdingi ypatumai, kuriais jis išsiskiria iš kitų⁽¹²⁾:

- vidutinis darbo valandų per savaitę skaičius yra mažesnis nei kituose ekonomikos sektoriuose, tačiau palyginti su kitais ekonomikos sektoriais jame labiau paplitęs pamaininis, naktinis darbas, darbas ne visą darbo dieną ir laikinos darbo sutartys;
- pastebima didėjanti bendrų paslaugų, kurias teikiant derinami visi su sveikatos priežiūra susiję aspektai bei gebėjimai ir kurioms būdingi socialinės rūpybos ypatumai, paklausa;
- svarbus nuolatinis profesinis ir kalbų mokymasis siekiant paskatinti teikiant pirmąją pagalbą plačiau naudotis kompiuteriais, teikti nuotolinės medicinos ir nuotolinės diagnostikos paslaugas;
- šiam sektoriui būtina geresnė ir geriau koordinuojama trijų nuomonėje aptariamų paslaugų rūšių infrastruktūra, kuria, pasinaudodami atitinkamomis priemonėmis (ir vietos lygmens svarbiausiomis struktūromis), galėtų visi naudotis.

3.7 Be to, kalbant apie asmenines paslaugas buvo pabrėžta, kad būtina atsižvelgti į specifinius smulkių veiklos vykdytojų, teikiančių visuotines ekonominės svarbos paslaugas, socialines paslaugas ir ne pelno paslaugas, poreikius; plėtojant socialinį dialogą su socialiniais partneriais ir apskritai visa pilietine visuomene reikia labiau atsižvelgti į šių paslaugų ypatumus ir indėlį užtikrinant bendrą interesą⁽¹³⁾.

3.8 Ypač kelia nerimą padėtis kaimo ir mažiau palankių sąlygų vietovėse, iš kurių dėl socialinės, medicinos ir švietimo infrastruktūros trūkumų dažnai išvyksta kvalifikuoti darbuotojai, o tai turi įtakos žmonių kūrimo iniciatyvoms, jų steigimuisi ir

⁽¹⁰⁾ EESRK nuomonė „Kovoti su moterų ir vyrų darbo užmokesčio skirtumu“, OL C 211, 2008 8 19, p. 54.; EESRK nuomonė „Moterų ir vyrų lygybės gairės 2006-2010 m.“, OL C 318, 2006 12 23, p. 173. „Chartija dėl lyčių lygybės profesinėse sąjungose“, ESRT kongresas Sevilijoje, 23/5/2007; ir Europos Komisijos vadovas dėl lyčių lygybės taikymo užimtumo politikoje, 2007 m.

⁽¹¹⁾ Report of EPSU Study on pay in the care sector in relation to overall pay levels and the gender pay gap in different countries in the European Union (European Federation of Public Service Union pranešimas), J. Pillinger, 2/2010.

⁽¹²⁾ AMECO (Annual macroeconomic database) duomenų bazė duomenys, Employment in Europe (Užimtumas Europoje) – EU KLEMS Accounts (Capital (K), Labour (L), Energy (E), Material (M) and Service inputs (S)). Ketvirčio apžvalga, EK.

⁽¹³⁾ 2010 m. Ataskaita dėl pasirengimo įgyvendinti Paslaugų direktyvą vidaus rinkoje.

šių vietovių vystymuisi. Todėl būtina užtikrinti labiau subalansuotą regionų vystymąsi ir skatinti didesnę teritorinę sanglaudą, visų pirma organizuojant socialinės paramos paslaugas bei specialias sveikatos priežiūros ir edukacines paslaugas kūdikiams ir vaikams⁽¹⁴⁾.

3.9 Siekiant skatinti geresnę dirbančių migrantų integraciją, būtina numatyti finansines ir organizacines paramos priemones rengiant kalbos kursus, gerinant migrantų darbo įvaizdį, priėmimą, apgyvendinimą, profesinį mokymą priežiūros įgūdžiams formuoti, atsižvelgiant į tolesnės asmenų reintegracijos jų kilmės šalyje perspektyvas, kad būtų išvengta protų nutekėjimo sveikatos priežiūros sektoriuje⁽¹⁵⁾.

3.10 Taigi investicijų sąnaudos šioje srityje yra gana didelės ir dažnai diskutuotinos tvaraus vystymosi požiūriu, kadangi finansų krizė parodė, kad būtina gerinti sveikatos ir socialinių paslaugų išlaidų ekonominį veiksmingumą, o valstybėms narėms daromas tam tikras spaudimas rasti tinkamą pusiausvyrą tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikimo visiems ir biudžeto apribojimų. Vis dėlto pasiekti rezultatai aiškiai rodo, kad investicijos šiame paslaugų sektoriuje yra labai produktyvios ir naudingos: darbo jėga yra geresnės sveikatos, geriau integruota, labiau kvalifikuota ir motyvuota bei pastovesnė.

3.11 Prie Lisabonos sutarties pridėtu Protokolu dėl bendrus interesus tenkinančių paslaugų įvestos šioje srityje svarbios naujovės, „nes jis apima visas VSP ir jo tekste sutartyje pirmą kartą pateikiama visuotinių ne ekonominės svarbos paslaugų (VNESP) sąvoka jas atskiriant nuo visuotinės ekonominės svarbos paslaugų (VESP)“⁽¹⁶⁾. Akivaizdu, kad asmeninės paslaugos yra tiek ekonominio, tiek ir neekonominio pobūdžio. Visuotinio ekonominio intereso aspektas yra susijęs su šių paslaugų svarba geram visos pramonės – gamybos ir paslaugų – veikimui, tuo tarpu neekonominį pobūdį atspindi jų reikšmė visų žmonių integracijai ir visuomenės sanglaudai.

3.12 EESRK manymu, minėtasis Protokolas „tai ne dar viena steigimo sutarčių ir bendrųjų Europos Sąjungos vertybių aiškinamoji deklaracija dėl VSP, o Sąjungai ir valstybėms narėms skirtas jų teikimo vadovas atsižvelgiant į joms tenkančią bendrą atsakomybę šioje srityje. Šio dokumento nuostatose pagrindinis dėmesys pabrėžtinai skiriamas vartotojui, jo poreikių tenkinimui, jo pasirinkimui ir teisėms, ir įtvirtinami bendrieji aukšto lygio kokybės, saugumo, prieinamumo, vienodų sąlygų ir visuotinės prieigos užtikrinimo principai“⁽¹⁷⁾.

⁽¹⁴⁾ COM(2011) 66 final.

⁽¹⁵⁾ EESRK nuomonė dėl Šeimos politikos vaidmens vykstant demografiniams pokyčiams. Valstybių narių dalijimasis geriausia praktika, OL C 218, 2011 7 23, p. 7.; EESRK nuomonė „Europos aukštojo mokslo sistemų modernizavimo darbotvarkė. Ekonomikos augimo ir užimtumo rėmimas“, OL C 181, 2012 6 21, p. 143–149.

⁽¹⁶⁾ EESRK nuomonė dėl Visuotinės ekonominės svarbos paslaugų: kaip turėtų būti padalyta atsakomybė tarp ES ir valstybių narių?, OL C 128, 2010 5 18, p. 65–68.

⁽¹⁷⁾ Žr. 16 išnašą.

3.13 Todėl visų pirma būtina suteikti šiam sektoriui tvirtą Europos matmenį nustatant suderintą ES pagrindą, sustiprintą struktūrinių priemonių ES strategija, kartu Komitetas dar kartą pabrėžia, koks „svarbus nacionalinių, regioninių ir vietos valdžios institucijų vaidmuo ir didelė veiksmų laisvė teikiant, pavedant teikti ar organizuojant kuo labiau vartotojų poreikius atitinkančias visuotinius ekonominius interesus tenkinančias paslaugas“⁽¹⁸⁾.

4. Novatoriškų ir pažangių socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų ES strategijos kūrimas

4.1 Komitetas mano, kad svarbu pradėti įgyvendinti Europos strategiją, kad būtų galima numatyti ir valdyti dabartinius Europos visuomenės ir jos socialinio ir ekonominio modelio pokyčius, į kuriuos atsižvelgiant būtina nustatyti Europos socialinių, sveikatos ir švietimo asmeninių paslaugų pramonės strateginius prioritetus, susijusius su:

- žmogiškaisiais ištekliais ir jų mokymu bei informavimu;
- atitinkamomis technologijomis;
- Europos integruota paslaugų erdve;
- geresnėmis mobilumo ir mainų galimybėmis;
- Europos kokybės principų pripažinimu;
- visišku diplomų pripažinimu;
- moksliniais tyrimais, kurių tikslas pagerinti paslaugų teikimo rezultatus;
- dokumentavimu ir keitimusi sėkmingos praktikos pavyzdžiais;
- paramos politika, struktūromis ir infrastruktūra.

4.2 Žmogiškieji ištekliai yra pirmasis esminis asmeninių paslaugų sektoriaus ramstis (tai rodo ir strategijoje „Europa 2020“ numatyti asignavimai) siekiant, kad Europos Sąjungos piliečiai būtų aktyvūs, socialiai integravęsi ir ilgiau išliktų sveiki, o tai turės teigiamo poveikio našumui ir konkurencingumui. Šis sektorius nurodytas tarp pirmųjų „Europos pirmaujančių rinkų iniciatyvoje“ ir yra neatsiejama pavyzdinės iniciatyvos „Naujų įgūdžių ir darbo vietų kūrimo darbotvarkė“ dalis.

4.2.1 Atsižvelgiant į šių aptariamų paslaugų svarbą, žmogiškųjų išteklių srityje ES daugiausia dėmesio turėtų būti skiriama:

- informacinėms sistemoms, leidžiančioms nustatyti reikalingus profesinius profilius ir darbo galimybes;

- priemonėms, padedančioms gerinti ir integruoti įgūdžius;
- tarptautiniam kvalifikacijos ir diplomų pripažinimui siekiant sudaryti sąlygas mobilumui;
- veiksmingoms profesinio orientavimo ir komunikacijos sistemoms, visų pirma skirtoms kalbos mokymuisi;
- mokymui arba raštingumui informacinių technologijų srityje;
- mokymui ir žinių atnaujinimui naujų technologijų ir naujų gydymo metodų srityje;
- sektoriaus personalo išsaugojimo mechanizmomis, patrauklioms darbo sąlygoms ir karjeros galimybėms, geresnei lyčių pusiausvyrai;
- įvairių šio paslaugų sektoriaus profesijų įvaizdžio gerinimui;
- susitarimui dėl kokybės principų ir jų taikymo, taip pat aiškiai apibrėžtiems profesiniams reikalavimams;
- pagalbos paslaugų (pvz., laikinas kolegų pavadavimas) įvedimui, mokymui ir konsultavimui siekiant užtikrinti socialinės ekonomikos ir sveikatos priežiūros kokybę bei pagerinti priežiūros darbuotojų gerovę;
- vertingų savanoriškos veiklos sektoriaus išteklių, galinčių kokybės, nesavanaudiškų tarpasmeninių santykių požiūriu svariai prisidėti užtikrinant asmeniui, kuriam teikiama pagalba, taip būtiną fizinę ir psichologinę sveikatą, panaudojimui.

Tokie Europos lygmens veiksmai turi būti vykdomi taikant griežtu moksliniu vertinimu grindžiamas nuolatinės stebėsenos priemones.

4.3 **Atitinkamų technologijų įvedimas** šiame sektoriuje siekiant paremti tiek paslaugų teikėjus, tiek jų gavėjus sudaro šios strategijos **antrąjį ramstį**: struktūrinių, metodologinių ir techninių inovacijų diegimas sveikatos ir socialinių asmeninių paslaugų srityje gali padėti išspręsti tvaraus vystymosi uždavinius dabartinių pokyčių sąlygomis ir užtikrinti integracinį augimą.

4.3.1 Informacinės ir ryšių technologijos turi būti naudojamos siekiant skatinti savarankiškumą, ugdyti didesnę atsakomybę ir asmens sveikatos kultūrą, taip pat koordinuoti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, kad paslaugos būtų vis labiau integruotos ir kad teikiant visas koordinuotas kokybiškas paslaugas pagrindinis dėmesys būtų skiriamas žmogui.

⁽¹⁸⁾ Žr. 16 išnašą.

4.3.2 E. sveikata, e. raštingumas informacinių technologijų srityje ir nuotolinė medicina sudaro svarbiausią naujovių diegimo gydymo ir reabilitacijos srityje proceso ramstį, kadangi šios priemonės leidžia pacientams, kur jie bebūtų, turėti savo ligos istoriją ir taip pasinaudoti kiek įmanoma labiau personalizuota sveikatos priežiūra⁽¹⁹⁾.

4.3.3 Kad asmeninių paslaugų sistemos būtų veiksmingos, būtinos pažangios technologinės platformos, kad ilgalaikės priežiūros paslaugų vartotojai ir teikėjai galėtų dalytis sėkmingos praktikos pavyzdžiais ir rekomendacijomis, kuriomis turi būti vadovaujama priimant sprendimus ir vertinant paslaugų kokybę vietos lygmeniu bei siekiant pagerinti priežiūros planavimą, taigi ir patobulinti socialinių, sveikatos ir paramedicinos paslaugų teikimo sąnaudų pasidalijimo sistemas⁽²⁰⁾.

4.3.4 Reikia kuo geriau pasinaudoti kompiuteriniu raštingumu socialinių, sveikatos priežiūros ir švietimo asmeninių paslaugų srityje pasitelkiant nacionalinio ir ES lygmens mokslinius tyrimus ir technologinę plėtrą (MTTP) siekiant kuo geriau pritaikyti naujus profesinius profilius, nustatytus atsižvelgiant į įvairius su vaikais, neįgaliaisiais ir vyresnio amžiaus žmonėmis susijusius poreikius ir fizines bei psichikos ligas.

4.4 Trečiojo ramsčio – Europos integruotų paslaugų erdvės kūrimui turi būti skiriamas itin didelis dėmesys siekiant panaikinti esamus skirtumus ir iš tiesų užtikrinti pagrindinę įsisteigimo (laikantis priimančios valstybės įstatymuose nustatytų būtinausių socialinių standartų ir susitarimų nuostatų) ir paslaugų teikimo laisvę (visų pirma šiame sektoriuje, kuriame yra ypač svarbu užtikrinti laisvą paslaugų judėjimą) taikant tarpusavio pripažinimo, administracinio bendradarbiavimo ir, prireikus, suderinimo priemones, kad visoje Sąjungos teritorijoje būtų garantuojamos į asmenį orientuotos atsakingai teikiamos paslaugos. Kad šis tikslas būtų pasiektas, valstybės narės ir Europos Sąjunga turi bendrai prisiimti atsakomybę.

4.4.1 Iššūkis paversti Europos ekonomiką novatoriška ir modernia ekonomika, grindžiama ketvirtosios laisvės – laisvo paslaugų judėjimo – visišku įgyvendinimu ir penktosios laisvės – laisvo žinių judėjimo – plėtojimu, suteiktų Europai galimybę visiškai išnaudoti savo kūrybinį potencialą. Todėl reikėtų atidžiai stebėti rezultatus, kurių pasiekta taikant inovacijas socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų srityje sukuriant Europos vertinimo sistemą.

4.4.2 Būtina sukurti solidarią Europos paslaugų erdvę, kuri užtikrintų galimybę visoje ES naudotis kokybiškomis pagrindinėmis socialinėmis, sveikatos ir švietimo asmeninėmis paslaugomis įgyvendinant „savanorišką“ Europos kokybės sistemą

⁽¹⁹⁾ Konferencija e. sveikatos klausimais, 2012 m., Kopenhaga.

⁽²⁰⁾ OCSE, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, 2011 m..

įvairiose valstybėse narės ir įvairiuose sektoriuose“⁽²¹⁾, pagal kurią paslaugų naudotojai gali dalyvauti apibrėžiant ir vertinant kokybę.

4.4.3 Integruotai paslaugų sistemai sukurti be suderintų kokybės principų taip pat būtinas abipusis kvalifikacijų pripažinimas, paslaugos kokybės stebėseną, piliečius įtraukiantis socialinis dialogas įvairiais lygmenimis su visais suinteresuotaisiais subjektais siekiant stiprinti tarpusavio bendradarbiavimą.

4.5 Paramos politika, struktūros ir infrastruktūra sudaro ketvirtąjį asmeninių paslaugų sektoriaus Europos strategijos ramstį.

4.5.1 Svarbiausias šio ramsčio elementas – tikslinis ne tik strategijoje „Europa 2020“ numatytų, bet ir ES struktūrinių programų ir priemonių, visų pirma, Europos socialinio fondo, Europos regioninės plėtros fondo ir Europos žemės ūkio ir kaimo plėtros fondo veiksmų, taip pat 2014 m.–2020 m. ES programų „Kultūra“ ir „Horizontas“ įgyvendinimas.

4.5.2 Be to, ES lygmeniu reikėtų numatyti priemones, padėsiančias apibrėžti ES sistemą, kuri sudarytų galimybę ir skatintų siekti gerų rezultatų profesinės kvalifikacijos, paslaugų kokybės, dokumentavimo srityse ir keičiantis gerąją praktika, taip pat skatintų standartizuotas kokybes, vartotojų poreikių patenkinimo ir ekonomiškai naudingiausio pasiūlymo stebėsenos sistemas, tiek dėl paslaugų teikėjo profesionalumo didinimo, darbo sąlygų ir karjeros galimybių, tiek dėl šiame sektoriuje veikiančių viešojo ir privataus sektoriaus bei socialinės ekonomikos įmonių bei paslaugų gavėjų ir jų šeimų, socialinės ekonomikos ir savanoriškos veiklos sektoriaus.

4.5.2.1 Todėl savanoriška veikla yra svarbi priemonė, kurią reikia remti ir skatinti visų pirma todėl, kad ji padeda užtikrinti geresnę kokybę žmogiškuoju, socialiniu ir emociniu požiūriu. Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas Europos lygmens priemonėms, kuriomis remiamas dalijimais gerąją savanoriškos veiklos praktika teikiant asmenines paslaugas.

4.5.3 Būtina atsižvelgti į investavimo svarbą, visų pirma į poreikį diversifikuoti finansavimo aprėptį (mokesčiai, įvairios socialinių įmokų (socialinės apsaugos) formos, draudimas, kartų solidarumas, viešojo ir privataus sektorių partnerystė) atsižvelgiant į tai, kad ilgalaikės sveikatos priežiūros ir pagalbos sąnaudos daugumai gyventojų nepakeliamos.

4.5.4 ES lygmeniu būtų tikslinga dalį struktūrinių fondų lėšų skirti socialinei, sveikatos ir priežiūros paslaugų infrastruktūrai plėtoti (kur jos trūksta) ir šioje srityje vietos lygmeniu įgyvendinamoms užimtumo iniciatyvoms skatinti. Visų pirma reikėtų numatyti atskirą finansavimą kaimo ir kitoms nepalankių sąlygų vietovėms iš Europos žemės ūkio ir kaimo plėtros fondo ir pagal iniciatyvą *Leader*.

⁽²¹⁾ COM(2011) 900 final.

4.5.5 ES lygmeniu taip pat turi būti persvarstyta paramos priemonės šeimos politikai ir priemonės, padedančios sutartyse užtikrinti lankstesnes darbo sąlygas asmenims, prižiūrintiems šeimos narius.

5. Baigiamosios išvados

5.1 EESRK giliai įsitikinęs, kad „teikiant su sveikatos priežiūra, vaikų priežiūra, pagyvenusių žmonių priežiūra, pagalba neįgaliems asmenims ar aprūpinimu socialiniu būstu susijusias visuotinės svarbos paslaugas piliečiams suteikiama minimalios socialinės apsaugos sistema ir skatinama socialinė sanglauda“⁽²²⁾.

5.2 Komitetas pabrėžia, kad sveikatos priežiūros, švietimo ir socialinės asmeninės paslaugos yra visuotinės svarbos – ekonominio arba neekonominio pobūdžio – paslaugos ir turi didelės reikšmės Europos visuomenės kokybei ir veikimui, kadangi padeda užtikrinti socialinę apsaugą ir įtrauktį, ir ypač prisideda prie ekonomikos efektyvumo ir konkurencingumo. Be to, šių paslaugų paklausa didėja, tačiau galimybės jas finansuoti dėl ekonomikos krizės, o ilgalaikės trukmės laikotarpiu – dėl demografinių tendencijų, tampa vis ribotesnės.

5.3 Komitetas dar kartą tvirtai pabrėžia, kad Lisabonos sutartyje nustatyti švietimo, socialinės apsaugos ir sveikatos tikslai,

atspindintys visuomenės kolektyvinę sąmonę ir siekį užtikrinti piliečiams dar aukštesnį gyvenimo lygį, atitinka visų valstybių narių ekonominį potencialą.

5.4 Todėl EESRK mano, kad dabartinėmis sąlygomis siekiant užtikrinti tolesnę šių sektorių raidą reikia:

- parengti tikrą novatoriškų ir pažangių socialinių, sveikatos priežiūros ir susijusių švietimo paslaugų ES strategiją, kurioje būtų numatyta optimizuoti žmogiškuosius išteklius, diegti atitinkamas pagalbines technologijas paslaugų gavėjams ir teikėjams, kurti Europos integruotų paslaugų erdvę, įgyvendinti paramos struktūrai ir infrastruktūrai politiką kartu įvairiais lygmenimis plėtojant socialinį dialogą ir dialogą su pilietine visuomene.
- veiksmingiau naudoti finansinius ir žmogiškuosius išteklius ir esamą infrastruktūrą, laikytis kokybės principų ir vertinti rezultatus taikant priemones žinioms gerinti ir integruoti, siekti didesnio konkurencingumo sudarant kolektyvines sutartis, aktyviau dalyvauti privačiam, socialinės ekonomikos ir savanoriškos veiklos sektoriams, diegti naujas sektorių partnerystės formas, taip pat atlikti kruopščią išlaidų apžvalgą ir paslaugos efektyvumo ir ekonominio veiksmingumo vertinimą.

2012 m. gruodžio 13 d., Briuselis

Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komiteto
pirmininkas
Staffan NILSSON

⁽²²⁾ COM(2011) 900 final.