



Euroopan unionin
neuvosto

Bryssel, 1. kesäkuuta 2021
(OR. en)

9144/21

SOC 355
ECOFIN 508

ILMOITUS

Lähettiläjä:	Sosiaalisen suojelun komitea
Vastaanottaja:	Pysyvien edustajien komitea / Neuvosto
Asia:	Sosiaalisen suojelun komitean ja Euroopan komission keskeiset päätelmät vuoden 2021 pitkäaikaishoitoa koskevasta raportista – Hyväksyminen

Valtuuskunnille toimitetaan liitteessä sosiaalisen suojelun komitean 18. toukokuuta 2021 hyväksymät edellä mainittua raporttia koskevat keskeiset päätelmät, jotta TSTK-neuvosto voisi hyväksyä ne 14. kesäkuuta 2021.

Euroopan komission (DG EMPL) ja sosiaalisen suojelun komitean yhdessä laatima raportti on kokonaisuudessaan asiakirjoissa 9144/21 ADD 1 ja ADD 2.

KESKEISET PÄÄTELMÄT

Euroopan sosiaalisten oikeuksien pilarin periaatteessa 18¹ korostetaan, että jokaisella on oikeus kohtuuhintaisiin ja korkealaatuisiin pitkäaikaishoitopalveluihin, erityisesti kotihoitoon ja yhteisöperustaisiin palveluihin. EU:n 27 jäsenvaltiota ovat Euroopan sosiaalisten oikeuksien pilaria koskevan toimintasuunnitelman² kautta sitoutuneet tätä koskevaan jatkotyöskentelyyn.

Sosiaalisen suojelun komitean ja Euroopan komission yhdessä laatimassa raportissa pitkäaikaishoidosta analysoidaan pitkäaikaishoitoon liittyviä jäsenvaltioiden yhteisiä haasteita. Raportissa tunnustetaan pitkäaikaishoitojärjestelmien moninaisuus ja niiden läheiset yhteydet sosiaaliseen suojeluun, työllisyyteen ja terveyspolitiikkoihin sekä jatkuvat tietoaукot, ja korostetaan erityisesti seuraavassa esitettyjä keskeisiä seikkoja.

Laadukkaan pitkäaikaishoidon kysynnän odotetaan kasvavan, ja sen tarjonnan vahvistaminen voi edistää sukupuolten tasa-arvoa ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta.

1. **Väestön ikääntymisen odotetaan johtavan pitkäaikaishoidon tarpeen voimakkaaseen kasvuun.** Elinajanodotteen huomattavan kasvun vuoksi 65 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan kasvavan 41 prosenttia eli 130,1 miljoonaan seuraavien 30 vuoden aikana. Vammaisuus ja pitkäaikaishoidon tarve lisääntyvät kumpikin iän myötä. Pitkäaikaishoitoa mahdollisesti tarvitsevien määrän ennustetaan näin ollen kasvavan EU:n 27 jäsenvaltiossa 30,8 miljoonasta vuonna 2019 33,7 miljoonaan vuonna 2030 ja 38,1 miljoonaan vuonna 2050.

¹ Euroopan komissio, komission suositus (EU) 2017/761, annettu 26 päivänä huhtikuuta 2017, Euroopan sosiaalisten oikeuksien pilarista, C(2017) 2600 final, 2017. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017H0761&from=EN>

² Euroopan komissio, *Questions and answers: the European Pillar of Social Rights action plan*, 4. maaliskuuta 2021. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fi/qanda_21_821

2. **Covid-19 on vaikuttanut voimakkaasti pitkäaikaishoitajärjestelmiin ja tuottanut lisänäyttöä niiden vahvistamisen kiireellisyydestä.** Korkea kuolleisuus, hoidon jatkuvuuden varmistamisen vaikeudet ja vaikutukset ikääntyneiden ihmisten ja heidän hoitajiensa hyvinvointiin toivat esiin pitkäaikaishoitolaitosten systeemisiä heikkouksia. Vaikkakin on liian varhaista arvioida covid-19-kriisin vaikutuksia, on tärkeää ottaa niistä opiksi, jotta järjestelmien rakenteita voidaan parantaa ja tehdä niistä kestävyisempiä.
3. **Pitkäaikaishoidolla on vahva sukupuoliulottuvuus.** Lähes 90 prosenttia alan työntekijöistä on naisia, kuten myös useimmat epäviralliset hoitajat. Lisäksi 33 prosenttia kaikista 65 vuotta täyttäneistä naisista tarvitsee pitkäaikaishoitoa, kun iäkkäiden miesten vastaava osuus on vain 19 prosenttia. Ikääntyneillä naisilla on pienemmät tulot, myös eläkkeet, joten heillä on todennäköisesti vähemmän varaa hoitoon. Sukupuolten tasa-arvoa voitaisiin siten tukea riittävillä ja kohtuuhintaisilla virallisilla pitkäaikaishoitopalveluilla sekä alan työoloja parantavilla politiikoilla ja sovittamalla yhteen palkkatyö ja hoitovelvoitteet.
4. **Riittävän sosiaalisen suojelun varmistaminen pitkäaikaishoitoa varten edistää sosiaalista oikeudenmukaisuutta.** Pienituloisemmilla ikääntyneillä ihmisillä on todennäköisemmin pitkäaikaishoidon tarvetta, mutta heillä on todennäköisesti vähemmän varaa siihen. Näin ollen riittävä sosiaalinen suojelu on tärkeässä asemassa varmistettaessa, että pitkäaikaishoidon tarpeet voidaan täyttää.

Saatavuus, kohtuuhintaisuus ja laatu ovat pitkäaikaishoidon keskeisiä haasteita.

5. **Monet hoitoa tarvitsevat henkilöt eivät välttämättä pysty saamaan sitä.** Kotihoitopalvelujen käyttöä ja hoitopaikkojen määrää koskevat tiedot voivat jossakin määrin valaista asiaa. EU:n 27 jäsenvaltiossa keskimäärin vain kolmannes 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä, joilla oli vakavia vaikeuksia huolehtia itsestään tai kotitalousaskareista, käytti kotihoitopalveluja vuonna 2014. Tämä voi viitata siihen, että pitkäaikaishoitoa tarvitsevat henkilöt käyttävät epävirallista hoitoa – joko omasta tahdostaan, virallisten palvelujen puuttumisen vuoksi tai taloudellisista syistä – tai heidän hoitotarpeensa eivät täyty. Myös laitoshoidon osalta pitkäaikaishoitopaikkojen määrä vaihtelee huomattavasti jäsenvaltiosta toiseen.

6. **Pitkääikaishoidon kohtuuhintaisuuden varmistaminen on haasteellista.** Yli kolmannes EU:n kotitalouksista, jotka tarvitsevat pitkääikaishoitoa mutta jotka eivät käytä (enempää) ammattimaisia kotihoitopalveluja, ilmoittavat tämän johtuvan taloudellisista syistä. Viidessä jäsenvaltiossa näiden kotitalouksien osuus on jopa yli 50 prosenttia. 19 jäsenvaltiossa ja alueella arvioidaan, että pitkääikaishoidon tarpeessa olevista ikääntyneistä ihmisistä keskimäärin noin 75 prosenttia on siinä tilanteessa, että mikäli he hankkivat täysihintaisia kotihoitopalveluja ilman sosiaalista suojelua, heidän jäljelle jäävät tulonsa alittavat köyhyysriskirajan.
7. **Pitkääikaishoidon sosiaalisen suojelun kattavuus vaihtelee ja on yleisesti rajallista.** Joissakin jäsenvaltioissa vain hieman yli kymmenesosa kaikista vähintään 65-vuotiaista avun tarpeessa olevista ihmisistä on julkisen tuen piirissä. Toisissa jäsenvaltioissa lähes kaikki tähän ryhmään kuuluvat saavat julkisesti tuettua kotihoitoa, laitoshoidon tai rahaetuksia. Vaikka sosiaaliturvaa olisi saatavilla pitkääikaishoidon tarpeisiin, se ei useinkaan ole riittävää (toisin kuin terveydenhuollon osalta); jopa tukea saatuaan keskimäärin lähes puolet pitkääikaishoidon tarpeessa olevista ikääntyneistä ihmisistä jäävät köyhyysrajan alapuolelle maksettuaan oman osuutensa kotihoidosta.
8. **Pitkääikaishoidon laadusta tarvitaan yhteisymmärrystä.** Toimintamalleja on useita erilaisia, mutta vaikuttaa siltä, että huomio on kiinnittymässä henkilökeskeiseen, hoitoa tarvitsevan henkilön omiin tarpeisiin ja mieltymyksiin perustuvaan malliin. Myös laadun mittaamiseen käytetään erilaisia lähestymistapoja, joissa on monenlaisia indikaattoreita ja joissa keskitytään rakenteisiin ja prosesseihin, taikka hoidon vastaanottajien henkilökohtaiseen kokemukseen. Hoidon laatuun vaikuttavat myös muun muassa työvoimaan, organisaatioon (esim. palvelujen integrointi monimutkaisten tarpeiden tyydyttämiseksi), teknologiaan ja rahoitukseen liittyvät tekijät. Laadunvarmistuspyrkimykset ovat sekalaisia ja keskittyvät pääasiassa laitoshoidon. Myös kotihoitoon ja yhteisöperustaiseen hoitoon tulee kiinnittää enemmän huomiota.

Työvoiman riittävyys on avainasemassa, jotta voidaan vastata korkealaatuisten palvelujen kasvavaan kysyntään, mutta nykyinen työvoimapula voi lisääntyä entisestään.

9. **Pitkäaikaishoidon kasvavaan kysyntään vastaamisella voidaan tukea työllisyyden kasvua, mutta jäsenvaltioiden on vaikea houkutella hoivatyöntekijöitä.** Ala työllistää jo 6,4 miljoonaa ihmistä, ja arvioidaan, että vuoteen 2030 mennessä terveydenhuollon ammattilaisille ja henkilökohtaisille hoivatyöntekijöille avautuu jopa 7 miljoonaa työpaikkaa. Samaan aikaan alan koko vaihtelee suuresti eri puolilla EU:ta. Useimmat jäsenvaltiot ilmoittavat, että pitkäaikaishoidon alalla on monia täyttämättä olevia avoimia työpaikkoja. Tilanne voi vaikeutua entisestään, kun hoitohenkilöstö ikääntyy ja samalla hoidon kysyntä kasvaa.
10. **Vaikeat työolot ja matalat palkat voivat lisätä henkilöstöpulaa.** Pitkäaikaishoitotyötä vaikeuttavat epätyypillisten työjärjestelyjen yleisyys, epäsäännölliset työajat, vuorotyö sekä fyysiset ja sosiaaliset rasitteet. Alan keskimääräiset tulot ovat alhaisemmat kuin muilla aloilla kaikissa jäsenvaltioissa. Myös terveydenhuoltoalalla palkat näyttävät olevan korkeampia (mikä osin selittyy työvoiman koostumuksella). Työehtosopimusten heikko kattavuus ja pitkäaikaishoitoon osoitettujen julkisten menojen vähäisyys voivat myös alentaa alan palkkatasoa.
11. **Yhä monimutkaisemmat ammattitaitovaatimukset vaikeuttavat henkilöstön löytämistä, mutta saattavat myös tehdä ammatista houkuttelevamman.** Hoivatyö edellyttää tiivistä yhteistyötä eri ammattilaisten välillä, ja siihen kuuluu usein uusien teknologioiden käyttö tai monitahoisiin hoitotarpeisiin vastaaminen. Tämä edellyttää digitaalisia ja monialaisia taitoja. Pätevyysvaatimukset voivat auttaa varmistamaan työvoiman laadun ja tehdä alasta houkuttelevamman, mutta ne voivat myös muodostaa esteitä ammattiin pääsulle.

12. **Pitkäaikaishoitoalan riittävän työvoiman saannin varmistamiseksi tarvitaan kohdennettuja ja systemisiä toimia.** Mahdollisia politiikkatoimia ovat muun muassa työolojen ja palkkauksen parantaminen esimerkiksi työmarkkinaosapuolten vuoropuhelua vahvistamalla, työn organisoinnin kehittäminen, uudelleen koulutus ja täydennyskoulutus, erityisesti digitaalisten ja monialaisten taitojen osalta sekä työterveyden ja -turvallisuuden parantaminen.

Epävirallisella hoidolla on ollut keskeinen merkitys pitkäaikaishoidon tarjoamisessa, mutta siihen liittyy usein laiminlyötyjä kustannuksia

13. **Epävirallista hoivatyötä tekevät henkilöt, jotka ovat useimmiten naisia, vastaavat monissa jäsenvaltioissa suurimmasta osasta hoivatyötä.** Pelkästään epävirallisen hoidon käyttö vaihtelee jäsenvaltioissa noin 30 prosentista noin 85 prosenttiin. Vaikka epävirallinen hoito on toisinaan oma valinta, se voi usein olla ainoa vaihtoehto, jos kohtuuhintaista virallista hoitoa ei ole saatavilla. Epävirallisten hoitopalvelujen saatavuus todennäköisesti vähenee naisten työmarkkinaosallistumisen lisääntyessä, työurien pidentyessä, maantieteellisen liikkuvuuden lisääntyessä ja muiden väestönkehityksen suuntausten johdosta.
14. **Epävirallisesta hoivatyöstä aiheutuu usein merkittäviä kustannuksia sen tekijöille sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä.** Vaikka hoivatyön tekeminen olisi henkilökohtainen valinta, se voi vaikuttaa kielteisesti hoitajien fyysiseen ja henkiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Toinen haaste on vaikeus sovittaa hoiva- ja palkkatyö yhteen. Hoivatyötä tekevien 45–64-vuotiaiden naisten, jotka muodostavat alan keskeisen ryhmän, työllisyysaste on huomattavasti keskimääräistä alhaisempi. Hoivatyötä tekevät, joilla on muu palkkatyö, tekevät sitä usein osa-aikaisesti. Tämä vaikuttaa välittömästi heidän juokseviin tuloihinsa ja voi vaikuttaa heidän vanhuusiän tuloihinsa, koska eläkeoikeudet karttuvat vähemmän. Tämä voi olla vieläkin tärkeämpää sellaisille omaishoitajille, joilla on lisäksi lastenhoitovelvollisuuksia.

15. **Yhteiskunnallisen panoksensa lisäksi epävirallisella hoidolla on taloudellista arvoa, joka ei ole välittömästi nähtävissä.** Epäviralliseen hoitoon käytetyn ajan taloudellisen arvon arvioidaan olevan 2,4–2,7 prosenttia EU:n 27 jäsenvaltion BKT:sta, mikä ylittää useimmissa jäsenvaltioissa viralliseen hoitoon käytetyt menot. Toisaalta epävirallinen hoito aiheuttaa kustannuksia, kuten vero- ja sosiaaliturvatulojen menetyksiä, jotka johtuvat sen tekijöiden vähäisemmästä työmarkkinaosallistumisesta sekä heille maksettavien etuuksien kustannuksista. Osittaiset arviot osoittavat, että nämä julkiset kustannukset voisivat edustaa ainakin 0,5 prosenttia BKT:sta, mikä merkitsee lähes kolmannesta pitkäaikaishoidon nykyisistä julkisista menoista.
16. **Virallisten hoitopalvelujen vahvistamiseen tähtäävien toimien ohella on myös tärkeää tukea epävirallisia hoitajia.** Asiaankuuluvia tukitoimenpiteitä ovat hoitoetuuudet, sairausvakuutus, neuvonta ja koulutus, taitojen validointi ja tilapäishoidon tarjoaminen. Tärkeä rooli voisi olla myös tukitoimenpiteillä, joilla puututaan lisäksi epävirallisen hoidon pitkäaikaissairauksiin, kuten hoitotoiminnan eläkekertymään.

Pitkäaikaishoitojärjestelmien uudistuksia ja niihin liittyviä investointeja on vietävä eteen päin, ja niissä olisi otettava huomioon covid-19-pandemiasta saadut kokemukset.

17. **Pitkäaikaishoidon menojen ennustetaan olevan yksi nopeimmin kasvavista sosiaalimenoista, mikä edellyttää kestäviä rahoitusmekanismeja.** Pitkäaikaishoidon menojen taso vaihtelee suuresti EU:n 27 jäsenvaltiossa. Jäsenvaltioissa, joissa pitkäaikaishoidon menot ovat suuremmat suhteessa BKT:hen, myös pitkäaikaishoidon sosiaalisen suojelun kattavuus on suurempi, kun taas jäsenvaltioissa, joiden nykyiset julkiset menot ovat alhaiset, keskimääräistä pienempi osuus väestöstä käyttää virallisia pitkäaikaisia kotihoitopalveluja. Pitkäaikaishoidon julkisten menojen ennustetaan kasvavan vuoden 2019 1,7 prosentista suhteessa BKT:hen keskimäärin 2,5 prosenttiin suhteessa BKT:hen vuonna 2050 koko EU:ssa. Jäsenvaltioiden väliset erot ovat kuitenkin suuria. Skenaariossa, jossa oletetaan jäsenvaltioiden lähentyvän jonkin verran ylöspäin, menojen ennustetaan 27 jäsenvaltion EU:ssa jopa kaksinkertaistuvan eli nousevan 3,4 prosenttiin BKT:sta vuonna 2050.

18. **Pitkäaikaishoidon menojen tehostaminen voi auttaa vastaamaan rahoitushaasteeseen.** Seuraavilla aloilla voi olla keskeinen rooli laadukkaan hoidon tarjoamisessa alhaisemmin kustannuksin: uusien teknologioiden tehokas käyttöönotto, investoinnit aktiivisena ja terveenä ikääntymistä koskeviin toimiin sekä terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy.
19. **Kolmen viime vuoden aikana useat jäsenvaltiot ovat ratkaisseet pitkäaikaishoitojärjestelmien erityishaasteita sen sijaan, että ne olisivat pyrkineet systeemiin muutoksiin.** Toimenpiteiden ensisijaisena tarkoituksena on ollut parantaa epävirallisten hoitajien tilannetta, helpottaa koti- ja laitoshoitopalvelujen saatavuutta, kohtuuhintaisuutta ja laatua sekä parantaa pitkäaikaishoidon ammattihenkilökunnan tilannetta. Viime aikoina on myös toteutettu monia väliaikaisia toimenpiteitä, joilla puututaan pitkäaikaishoitoa saavien ja sitä tarjoavien vaikeaan tilanteeseen covid-19-pandemian yhteydessä.

Näiden havaintojen perusteella sosiaalisen suojelun komitea katsoo, että EU:n ja jäsenvaltioiden tasoilla voitaneen jatkaa pitkäaikaishoitoon liittyvien haasteiden käsittelyä. Jäsenvaltioiden on jatkettava uudistuksia pitkäaikaishoitojärjestelmien rakenteellisiin heikkouksiin puuttumiseksi ja parantaakseen niiden kykyä selviytyä tulevista ulkoisista häiriöistä. Vaikka tällaiset uudistukset riippuvat kansallisista ja alueellisista olosuhteista, niissä olisi käsiteltävä yhteisiä tavoitteita, jotka koskevat laadukkaan, kaikkien saatavilla olevan ja kohtuuhintaisen pitkäaikaishoidon varmistamista taloudellisesti kestäväällä tavalla. Samaan aikaan on olennaisen tärkeää hyödyntää covid-19-pandemiasta saatuja kokemuksia pitkäaikaishoitojärjestelmien reagointivalmiuden ja selviytymiskyvyn parantamiseksi.

Vaikka pitkäaikaishoitoa koskevien EU:n yhteisten kehittämisessä on edistytty, on kuitenkin yhä jäljellä merkittäviä tietoaukkoja. Pitkäaikaishoidon kaikkia keskeisiä ulottuvuuksia koskevien vertailukelpoisten tietojen saatavuutta on parannettava. Jatkotyöskentely Eurostatin ja jäsenvaltioiden kanssa voisi auttaa edistämään tätä tavoitetta muun muassa niin, että tutkittaisiin vaihtoehtoja pitkäaikaishoidon menoja koskevien tietojen keräämiseksi.

Sosiaalisen suojelun komitea kehottaa pohtimaan tarkemmin, miten pitkäaikaishoitoa koskevia toimintapolitiikkoja ja järjestelmiä voidaan muokata. Se kehottaa myös talouspoliittista komiteaa tarkastelemaan yhtäikaa vuoden 2021 pitkäaikaishoitoa koskevan raportin, vuonna 2021 eläkkeiden riittävyyttä koskevan raportin ja vuoden 2021 ikääntymisraportin sisältämiä havaintoja.

Pitkäaikaishoidon kehityksen säännöllinen analysointi EU:n tasolla on olennaisen tärkeää luotettavan päätöksenteon kannalta. Sosiaalisen suojelun komitea ja Euroopan komissio aikovat näin ollen laatia kolmannen yhteisen pitkäaikaishoitoa koskevan raportin.
