

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Rola członków rodziny opiekujących się osobami z niepełnosprawnością i osobami starszymi: gwałtowne nasilenie się tego zjawiska podczas pandemii”

(opinia z inicjatywy własnej)

(2023/C 75/11)

Sprawozdawca: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Decyzja Zgromadzenia Plenarnego	24.2.2022
Podstawa prawna	Art. 52 ust. 2 regulaminu wewnętrznego Opinia z inicjatywy własnej
Sekcja odpowiedzialna	Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa
Data przyjęcia przez sekcję	29.9.2022
Data przyjęcia na sesji plenarnej	26.10.2022
Sesja plenarna nr	573
Wynik głosowania (za/przeciw/wstrzymało się)	170/0/0

1. Wnioski i zalecenia

1.1. EKES wyraża zaniepokojone warunkami życia obywateli, którzy zapewniają długoterminową opiekę nad członkami rodziny z niepełnosprawnościami oraz cierpiącymi na przewlekłe i zwyrodnieniowe choroby, w tym na zaburzenia poznawcze i schorzenia onkologiczne.

1.2. EKES podkreśla, że tego rodzaju sytuacje nabrały jeszcze bardziej dramatycznego charakteru podczas pandemii COVID-19, co sprawia, że niezbędne są interwencje strukturalne w zakresie polityki społecznej i usług społecznych.

1.3. Komitet zwraca uwagę na potrzebę wspólnego określenia roli i sytuacji członka rodziny zapewniającego długoterminową opiekę nad krewnym z niepełnosprawnościami lub cierpiącym na przewlekłe i zwyrodnieniowe choroby, w tym na zaburzenia poznawcze i schorzenia onkologiczne, w celu optymalizacji polityki społecznej i lepszego dostosowania niezbędnego wsparcia. Należy określić specyficzne uwarunkowania związane z rolą i sytuacją opiekuna, a także różne stopnie interwencji opiekuńczych, doceniając przy tym rangę opiekunów, również w świetle usług, jakie świadczą na rzecz społeczności.

1.4. EKES zaznacza, że niezbędne jest dalsze definiowanie tego zjawiska za pomocą badań i pogłębionych analiz socjologicznych i statystycznych, które uwzględniłyby wpływ długoterminowej opieki nad krewnymi na członków rodziny, niezależnie od tego, czy ci ostatni są w tym samym czasie zatrudnieni czy też nie.

1.5. Komitet jest zdania, że zarządzanie kwestią świadczenia opieki przez członków rodziny powinno opierać się na wspólnych działaniach prowadzonych zarówno w ramach polityki publicznej, jak i przez pracodawców w drodze dialogu społecznego, a także przez samych opiekunów rodzinnych i ich organizacje przedstawicielskie, tak aby zapewnić zaangażowanie opiekunów w cały ten proces – od etapu opracowania polityki publicznej aż po jej wdrażanie.

1.6. EKES podkreśla znaczenie zapewnienia usług w zakresie ochrony zdrowia – w tym profilaktycznej opieki zdrowotnej i regularnych specjalistycznych badań lekarskich – obywatelom sprawującym długoterminową opiekę nad krewnymi, a także znaczenie promowania odpowiednich szkoleń dla opiekunów na temat tego, jak dbać o własne zdrowie.

1.7. Komitet wnosi o przeprowadzenie w ramach krajowych systemów emerytalnych konkretnych badań służących zebraniu elementów pozwalających stopniować i dostosować do indywidualnych sytuacji prawo do alternatywnych form wynagrodzenia dla osób zmuszonych do rezygnacji z pracy w celu sprawowania długoterminowej opieki nad krewnym z niepełnosprawnością lub cierpiącym na przewlekłe i zwyrodnieniowe schorzenia.

1.8. Zwraca także uwagę na utrzymujące się zróżnicowanie sytuacji kobiet i mężczyzn w odniesieniu do sprawowania opieki rodzinnej i zgodnie z opinią „Strategia na rzecz równouprawnienia płci”⁽¹⁾ wzywa do podjęcia działań w celu przeciwdziałania temu – w tym poprzez wzmocnione wdrażanie wytycznych, które zostały już sformułowane w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1158⁽²⁾.

1.9. EKES podkreśla wciąż jeszcze ograniczoną świadomość warunków życia opiekunów i wnosi o ustanowienie Europejskiego Dnia Osób Zapewniających Długoterminową Opiekę nad Krewnymi, by zwiększyć świadomość tego zjawiska i zachęcić do wdrażania odpowiednich polityk i środków wsparcia.

1.10. Zwraca także uwagę na znaczenie zapewnienia usług i wsparcia w zakresie mieszkalnictwa, usług domowych ze szczególnym uwzględnieniem wymagań w zakresie opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa, a także wsparcia psychologicznego dla opiekuna, komórki rodzinnej lub osoby z niepełnosprawnością.

1.11. EKES podkreśla znaczenie wspierania i zapewniania usług w sytuacjach nadzwyczajnych, w przypadku niespodziewanych wydarzeń uniemożliwiających świadczenie długoterminowej lub tymczasowej opieki, a także znaczenie zapewniania usług wytchnieniowych, co pozwoli ograniczyć skutki nadmiernego i przedłużonego obciążenia opiekunów. Należy również przewidzieć ułatwienia i uproszczone procedury, by ograniczyć obciążenia administracyjne, z którymi mają do czynienia opiekunowie.

1.12. Uważa także, że zasadnicze znaczenie ma zapewnienie usług i wsparcia umożliwiających osobom z niepełnosprawnościami osiągnięcie niezależności poza rodziną pochodzenia, w tym poprzez proces dochodzenia do autonomii osobistej, alternatywne rozwiązania mieszkaniowe i ścieżki pozwalające osobom z niepełnosprawnościami prowadzić samodzielne życie. Te strategie mają pozytywny wpływ także na obciążenie opiekunów rodzinnych, którzy inaczej zobowiązani są świadczyć opiekę długoterminową.

1.13. EKES wzywa państwa członkowskie, by rozważyły przyjęcie środków – w tym za pośrednictwem transferów pieniężnych – mających przeciwdziałać ryzyku zubożenia osób, które – mimo konkretnych polityk, usług i wsparcia mających przeciwdziałać temu zjawisku – są zmuszone rezygnować z całości lub części pracy zarobkowej, by zapewnić długoterminową opiekę nad krewnymi.

1.14. Zwraca się także o wspieranie w ramach polityk państw członkowskich jakościowej i ilościowej podaży pracowników w sektorze opieki długoterminowej

1.15. EKES wnosi o promowanie i wspieranie pracodawców zapewniających pracownikom sprawującym stałą opiekę nad członkami rodziny elastyczne formy zatrudnienia i dodatkowe świadczenia w ramach przedsiębiorstwa – oprócz środków już przewidzianych w przepisach państw członkowskich.

2. Opis zjawiska

2.1. W 2018 r. Eurostat opublikował statystyki dotyczące godzenia życia zawodowego z rodzinnym⁽³⁾, według których ponad 300 mln mieszkańców UE należy do grupy wiekowej 18–64 lat. Z tej grupy około jedna trzecia wykonywała obowiązki opiekuńcze. Oznacza to, że około 100 mln osób opiekowało się dziećmi w wieku poniżej 15 lat i/lub niesamodzielnymi krewnymi (chorymi, starszymi i/lub z niepełnosprawnościami) w wieku 15 lat i powyżej. Natomiast około 200 mln osób w UE nie miało żadnych obowiązków opiekuńczych. Wśród osób sprawujących opiekę przeważali (74 %) opiekunowie dzieci w wieku poniżej 15 lat, które mieszkaly w tym samym gospodarstwie domowym. Z pozostałych 26 % osób – 3 % troszczyły się o dzieci mieszkające poza gospodarstwem domowym, 7 % – o wiele dzieci mieszkających zarówno w gospodarstwie domowym, jak i poza nim, 4 % – zarówno o dzieci, jak i o niesamodzielną rodzinę, a 12 % – wyłącznie o niesamodzielną krewnych.

⁽¹⁾ Dz.U. C 364 z 28.10.2020, s. 77.

⁽²⁾ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1158 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów oraz uchylająca dyrektywę Rady 2010/18/UE (Dz.U. L 188 z 12.7.2019, s. 79).

⁽³⁾ *Reconciliation of work and family life* [Godzenie życia zawodowego z rodzinnym], Eurostat 2018 r.

2.2. W 2018 r. jeden na trzech mieszkańców UE w wieku 18–64 lat wypełniał obowiązki opiekuńcze (34,4 % w porównaniu z 65,6 %, którzy nie wykonywali żadnych obowiązków opiekuńczych). Podział grupy spełniającej obowiązki opiekuńcze wyglądał następująco: 28,9 % opiekowało się wyłącznie dziećmi poniżej 15 lat, 4,1 % – niesamodzielnymi krewnymi w wieku 15 lat i powyżej, a mniej niż 2 % – zarówno małymi dziećmi, jak i niesamodzielnymi krewnymi.

2.3. Większość osób, które sprawowały opiekę nad niesamodzielnymi krewnymi, stanowiły kobiety: 63 % w porównaniu z 37 % mężczyzn. Ci opiekunowie należeli głównie do starszych grup wiekowych: 48,5 % było w wieku 55–64 lat, a 35 % w wieku 45–54 lat. Jedynie 5,5 % należało do grupy wiekowej 18–44 lat.

2.4. We wszystkich obecnych (27) państwach członkowskich i jednym byłym państwie członkowskim (UE-28) odnotowano różnicę 3,3 punktu procentowego między mężczyznami (2,5 %) a kobietami (5,9 %), którzy zmniejszyli lub przerwali pracę na okres dłuższy niż jeden miesiąc podczas obecnego lub poprzedniego zatrudnienia z powodu obowiązku opieki nad chorymi lub starszymi krewnymi bądź nad członkami rodziny z niepełnosprawnościami. Największą różnicę zauważono w Bułgarii (6,8 punktu procentowego), a najmniejszą – na Cyprze (1,1 punktu procentowego), ponieważ kobiety zmieniały życie zawodowe częściej od mężczyzn (Eurostat, 2018 r.).

2.5. W 2018 r. 29,4 % pracowników w UE-28 stwierdziło, że na ogół mogą pracować w elastycznych (dostosowanych) godzinach i przeznaczać całe dni urlopu na opiekę. Różnice zaobserwowano we wszystkich państwach członkowskich UE. W Słowenii odnotowano najwyższy odsetek pracowników mających możliwość zarówno pracy w elastycznych godzinach, jak i czasu wolnego na opiekę (60,4 %). Na drugim miejscu uplasowała się Finlandia (57,1 %), a po niej – Dania (55,1 %). Najniższe wskaźniki odnotowano na Węgrzech (7,5 %), w Polsce (7,3 %) i na Cyprze (3,8 %). Jeden na czterech pracowników (25,2 %) stwierdził, że nie ma możliwości pracy w elastycznych godzinach ani przeznaczenia całych dni na opiekę. Podobnie jak w przypadku osób, które miały taką możliwość, odsetek ten różnił się między państwami członkowskimi, wahając się od 6,9 % na Łotwie i 7,7 % w Słowenii do 58,6 % w Polsce i 58,7 % na Cyprze (Eurostat, 2018 r.).

2.6. Co się tyczy skutków dla zdrowia, to w 2009 r. Elizabeth Blackburn, Carol Greider i Jack Szostak zdobyli Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny za odkrycie biologicznego wpływu stresu typowego dla opiekunów długoterminowych. Opieka długoterminowa skraca telomery matek zajmujących się dziećmi o specjalnych potrzebach: ich długość jest taka, jak u osób o 9–17 lat starszych. Międzynarodowa literatura naukowa w dużej mierze potwierdza, że długotrwały stres ma tego rodzaju oddziaływanie.

2.7. Podczas wysłuchania w dniu 4 lipca 2022 r. Komisja Europejska stwierdziła, że czas poświęcony na opiekę nieformalną wynosi 33–39 mld godzin rocznie, co odpowiada wartości 2,4–2,7 % unijnego PKB. Wieloletnie ramy finansowe, czyli środki zainwestowane przez UE w innowacyjne projekty przyszłości, wynoszą mniej niż połowę tej kwoty, czyli około 1,02 % PKB UE.

2.8. Historie życiowe opiekunów rodzinnych, zgromadzone przez organizacje pozarządowe reprezentujące osoby z niepełnosprawnościami, pokazują, że możliwości kontaktów społecznych czy podtrzymania zainteresowań kulturalnych i sportowych podlegają istotnym uwarunkowaniom i ograniczeniom ze względu na świadczenie opieki osobistej, która ma często nieprzewidywalny charakter, a także ze względu na brak alternatyw dla sprawowanej opieki, na co nakłada się jeszcze bardzo często brak chwil wytchnienia i brak przestrzeni sprzyjających wytchnieniu.

2.9. Jak pokazują analizy statystyczne i doświadczenia życiowe poszczególnych osób, mamy do czynienia ze zróżnicowaniem sytuacji kobiet i mężczyzn, jeśli chodzi o sprawowanie długoterminowej opieki nad krewnymi z niepełnosprawnościami lub cierpiącymi na przewlekłe i zwyrodnieniowe choroby, co powoduje nadmierne obciążenie kobiet. Największe skutki tego zróżnicowania to rezygnacja z aktywności zawodowej, ograniczony rozwój kariery zawodowej, przymusowe przejście na pracę w niepełnym wymiarze godzin oraz, bardziej ogólnie, większe zubożenie pod względem materialnym i niematerialnym.

2.10. 25 % kobiet w UE, w porównaniu z 3 % mężczyzn, twierdzi, że nie ma możliwości podjęcia pracy lub że jest zmuszonych pracować tylko w niepełnym wymiarze czasu pracy ze względu na obowiązek sprawowania opieki nad krewnymi, młodymi ludźmi, osobami starszymi i chorymi⁽⁴⁾.

2.11. Osoby, które rezygnują z pracy, często nie są objęte płatnościami z tytułu zabezpieczenia społecznego służącymi do późniejszego uzyskania świadczeń emerytalnych w starszym wieku i tym samym są skazane na korzystanie z ochrony socjalnej lub wsparcia w ubóstwie.

2.12. W różnych krajach UE w taki czy inny sposób dochodzi do kurczenia się usług świadczonych na rzecz osób i rodzin oraz do ich ograniczania, co powoduje jeszcze większe przeciążenie obywateli zapewniających długoterminową opiekę nad krewnym z niepełnosprawnościami lub cierpiącym na choroby przewlekłe i zwyrodnieniowe, w tym onkologiczne.

2.13. Osoby sprawujące opiekę nie pracują w ramach stosunku pracy i z tego względu nie korzystają ze środków ochrony zdrowia i profilaktyki chorób, które zostały ustabilizowane i wzmocnione w wypadku pracowników najemnych.

2.14. Z historii życia opiekunów rodzinnych wynika, że sprawowanie opieki, w tym stałej i długoterminowej, jest często podyktowane obowiązkiem lub przymusem wskutek niewystarczającego charakteru usług opiekuńczych, a także pragnieniem uniknięcia opieki instytucjonalnej dla krewnego. Nawet gdy usługi są na dobrym poziomie, pozostaje mniejsze lub większe obciążenie związane z opieką.

2.15. Zależność od opieki świadczonej przez rodzinę pochodzenia, spowodowana brakiem alternatyw, wsparcia i ułatwień często oznacza, że osoby z niepełnosprawnościami nie są w stanie prowadzić samodzielnego i niezależnego życia.

2.16. W badaniu Eurofound pt. „Życie, praca i COVID-19”⁽⁵⁾ stwierdzono, że w czasie pandemii znacząco wzrosły obowiązki związane ze świadczeniem zarówno formalnej, jak i nieformalnej opieki domowej, a spadło korzystanie z opieki rezydencjalnej.

2.17. Tendencja do wydatkowania środków ochrony socjalnej w krajach UE na instytucjonalizację w potencjalnie izolujących placówkach opiekuńczych znacznie góruje, również jako strategia, nad polityką wspierania samodzielnego mieszkania i niezależności. Dzieje się tak pomimo zasad i wskazówek przedstawionych w strategii na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021–2030, w której Komisja Europejska wezwała państwa członkowskie do wcielenia w życie dobrych praktyk deinstytucjonalizacji w dziedzinie zdrowia psychicznego i w odniesieniu do wszystkich osób z niepełnosprawnościami, w tym dzieci, w celu łatwiejszego przechodzenia od opieki instytucjonalnej do usług wsparcia świadczonych w obrębie społeczności.

2.18. Zjawisko nadmiernego obciążenia dotyczy sprawowania opieki nad zróżnicowanym wachlarzem osób, których szczególne uwarunkowania wpływają na intensywność, czas trwania i rodzaj świadczonej opieki, a także na potencjalne zwiększenie jej zakresu, a tym samym – na przeciążenie opieką. Mowa tu o osobach z zaburzeniami psychicznymi, z poważną niepełnosprawnością intelektualną, z demencją, a także o osobach cierpiących na choroby przewlekłe, zwyrodnieniowe i onkologiczne. W wielu przypadkach opieka o charakterze ściśle zdrowotnym również spoczywa na barkach sprawującego opiekę krewnego.

2.19. Z opieką zapewnianą przez krewnych wciąż wiążą się liczne, choć zróżnicowane, stereotypy: na przykład związane z przeświadczeniem, że tego rodzaju sytuacje należą do kategorii nieuniknionych zrzędzeń losu lub – wręcz przeciwnie – że wynikają po prostu ze świadomego i emocjonalnego wyboru członków rodziny sprawujących opiekę. W pewnych szczególnych sytuacjach przymus powierzenia członkom rodziny opieki osobistej nad krewnymi z niepełnosprawnościami utrudnia osiągnięcie przez te osoby autonomii i niezależności, co naraża na szwank i ogranicza ich możliwości wyboru i podążania własną drogą życiową.

2.20. Chociaż istnieją tu spore różnice związane z różną jakością usług wsparcia, zarządzanie sytuacjami wyjątkowymi (choroba opiekuna, szczególnie ostre stadia choroby, nagłe problemy mieszkaniowe, sytuacje konfliktowe, niekontrolowany stres itp.) jest szczególnie ważnym czynnikiem zarówno w przypadku zdarzeń nadzwyczajnych, jak i z punktu widzenia wywołanego tym stresu i niepokoju.

⁽⁴⁾ Dz.U.C 194 z 12.5.2022, s. 19, pkt 3.8.

⁽⁵⁾ <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/living-working-and-covid-19>

2.21. W przypadku wystąpienia większej presji i gdy brakuje alternatyw dla sprawowania bezpośredniej opieki przez członków rodziny, perspektywa przewidywanej nieobecności opiekuna rodzinnego (z powodu utraty autonomii osobistej, chorób zwyrodnieniowych, wieku, zgonu) jest źródłem głębokiego i uzasadnionego zaniepokojenia. Niepokój ten nasila się, gdy całkowicie brakuje możliwości uzyskania opieki alternatywnej. Powierzenie obowiązków opiekuńczych wyłącznie członkowi rodziny staje się – zwłaszcza w przypadkach wymagających bardzo intensywnej opieki – przyczyną izolacji całej rodziny, co ma łatwe do przewidzenia i czasami również patologiczne skutki.

2.22. W prawie UE brakuje jednolitego uznania roli osób sprawujących opiekę nad członkiem rodziny z niepełnosprawnościami lub cierpiącym na przewlekłe i zwyrodnieniowe choroby – w tym uznania dla usług świadczonych przez te osoby. Ponadto nie dostrzega się zagrożeń i potrzeb związanych ze sprawowaniem tej opieki.

2.23. Większy stopień wykluczenia, zagrożenia i nierównych szans wydaje się być związany z jakością i liczbą usług świadczonych na rzecz rodziny i poszczególnych osób, w tym osób z niepełnosprawnościami, a także z jakością i liczbą usług domowych, w szczególności zdrowotnych i rehabilitacyjnych, oraz usług wspierających samodzielne życie. Niemniej brakuje badań, które pomogłyby wyodrębnić i wiarygodnie wskazać wszystkie aspekty tej ewentualnej korelacji i określić możliwe dobre praktyki w tym zakresie.

2.24. W dyrektywie (UE) 2019/1158 w sprawie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów wskazano szereg środków mających na celu zrekomensowanie zróżnicowanej sytuacji kobiet i mężczyzn pod względem sprawowania różnych form opieki rodzinnej, a także dalsze środki na rzecz lepszego godzenia czasu poświęcanego na opiekę z pracą zawodową. Jednak oprócz zanalizowania faktycznych skutków tego zjawiska w państwach członkowskich, dyrektywa nie uwzględnia tych opiekunów rodzinnych, którzy nie mają innego zatrudnienia bądź którzy zrezygnowali z pracy lub są na emeryturze.

2.25. W wielu wypadkach obywatele sprawujący opiekę długoterminową nad krewnym z niepełnosprawnościami lub cierpiącym na choroby przewlekłe bądź zwyrodnieniowe wspierani są przez organizacje non-profit założone przez samych członków rodzin – tak wynika z wysłuchania zorganizowanego 16 września 2021 r. przez tematyczną grupę analityczną ds. praw osób z niepełnosprawnościami.

2.26. W UE-27 około 6,3 mln osób pracuje w sektorze opieki długoterminowej, co stanowi 3,2 % całej siły roboczej UE (na podstawie danych BAEL z 2019 r.). Istnieją pod tym względem bardzo duże różnice między państwami członkowskimi, a bardzo niski wskaźnik zatrudnienia w tym sektorze notowany w niektórych państwach (w Grecji, na Cyprze, w Rumunii, Polsce, Bułgarii, Estonii, Litwie, Chorwacji, we Włoszech i na Węgrzech – gdzie wynosi on 1,8 % lub mniej) prawdopodobnie odzwierciedla zależność od opieki nieformalnej (rodzinnej) w tych państwach (oraz zależność od opiekunów domowych zatrudnianych przez rodzinę i nieujętych w tych statystykach).

2.27. W badaniu Eurofound (2020 r.) wskazano, że płace w opiece długoterminowej i innych usługach społecznych są o 21 % niższe od średniej i wezwano do wspierania rękodzielniczych w tym sektorze w celu rozwiązania tego problemu ⁽⁶⁾.

3. Kształtowanie polityki na rzecz opiekunów

3.1. Konieczne jest sporządzenie wspólnej definicji roli i sytuacji krewnego sprawującego opiekę długoterminową nad członkiem rodziny z niepełnosprawnościami lub cierpiącym na przewlekłe i zwyrodnieniowe choroby, w tym na utratą zdolności poznawczych i schorzenia onkologiczne. Należy również określić specyficzne uwarunkowania związane z tą rolą i sytuacją oraz różne stopnie interwencji opiekuńczych. Musi to być definicja pomocna w uznaniu statusu opiekuna, a także polityk i usług wsparcia w państwach UE.

3.2. Należy zauważyć, że w ramach kompleksowego przeglądu polityki społecznej konieczne i wskazane jest docenienie i zapewnienie zaangażowania obywateli (opiekunów i osób pozostających pod opieką) we wspólne programowanie usług, które ich dotyczą, a jeszcze wcześniej, w strategiczne określenie odpowiednich polityk.

3.3. By zrozumieć to zjawisko, niezbędne jest przeprowadzenie badania nad sytuacją i warunkami życia obywateli zapewniających opiekę długoterminową członkom rodziny z niepełnosprawnościami, dotkniętym chorobami przewlekłymi i zwyrodnieniowymi, w tym utratą zdolności poznawczych i schorzeniami onkologicznymi.

⁽⁶⁾ Eurofound (2020), *Long-term care workforce: Employment and working conditions* [Pracownicy opieki długoterminowej: zatrudnienie i warunki pracy].

3.4. Aby zapewnić odpowiedni wkład w kształtowanie polityki w tej dziedzinie, Eurostat powinien zaktualizować badanie pt. „Godzenie życia zawodowego z rodzinnym” z 2018 r. i przeanalizować bardziej wnikliwie wpływ opieki długoterminowej na członków rodziny niezależnie od tego, czy łączą ją z aktywnością zawodową czy też nie.

3.5. Obywatele sprawujący długoterminową opiekę nad bliskimi powinni mieć zapewnioną opiekę zdrowotną, która zapewni im odpowiednią ochronę na warunkach jak najbardziej zbliżonych do warunków oferowanych pracownikom najemnym i osobom prowadzącym działalność na własny rachunek – należy też przewidzieć środki zapobiegające wypadkom mającym miejsce podczas wykonywania obowiązków opiekuńczych, jak również środki zapobiegające chorobom i patologiom wynikającym ze sprawowania opieki.

3.6. Pożądane jest przeprowadzenie pogłębionych analiz ekonomicznych i prawnych oraz oceny skutków w celu określenia wspólnych, sprawiedliwych i zrównoważonych kryteriów uznawania uciążliwości warunków pracy osób łączących długoterminową opiekę nad krewnymi ze zwykłą aktywnością zawodową.

3.7. Należy także przeprowadzić analizy ekonomiczne, prawne i oceny skutków w celu określenia środków wsparcia ekonomicznego dla osób rezygnujących z pracy w celu opieki nad krewnym w starszym wieku, z niepełnosprawnością lub cierpiącym na przewlekłe i zwyrodnieniowe schorzenia.

3.8. Należy podjąć działania – zgodnie z opinią „Strategia na rzecz równouprawnienia płci” (7) – w celu przeciwdziałania różnicowaniu sytuacji kobiet i mężczyzn w zakresie sprawowania długoterminowej opieki nad członkami rodziny, oraz wzmocnić wdrażanie wskazówek przedstawionych już w dyrektywie (UE) 2019/1158.

3.9. Powodzenie i skuteczność polityk i usług skierowanych do członków rodziny świadczących opiekę długoterminową są ściśle powiązane z polityką i wsparciem wobec osób z niepełnosprawnościami, które pragną lub są w stanie rozpocząć samodzielne życie, również poza rodziną, z którą są powiązane zależnością opiekuńczą.

3.10. Wiedza i świadomość na temat tego zjawiska wydają się nadal fragmentaryczne i ograniczone do kilku obserwatorów i podmiotów społecznych. Należy zatem podjąć działania kompensujące tę ograniczoną świadomość, w tym za pomocą konkretnych inicjatyw, tak by wzmocnić odpowiednie polityki i środki wsparcia oraz zachęcać do ich stosowania. W związku z tym EKES wzywa do ustanowienia Europejskiego Dnia Osób Zapewniających Długoterminową Opiekę nad Krewnymi.

3.11. EKES apeluje do Unii Europejskiej o ścisłą współpracę z państwami członkowskimi, by poprawić warunki życia zarówno osób świadczących opiekę długoterminową nad zależnymi krewnymi, jak i ich rodzin, i nie dopuścić do tego, by byli de facto zmuszeni ją świadczyć. Konkretnie środki mające na celu osiągnięcie tego celu powinny obejmować:

- uznanie i docenienie roli opiekunów, również pod względem usług świadczonych na rzecz społeczności,
- zagwarantowanie usług mieszkaniowych i wsparcia mieszkaniowego w celu zapobiegania izolacji, marginalizacji i przeciążenia psychofizycznego,
- rozwijanie usług domowych ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych i pielęgnarskich,
- zapewnienie usług wsparcia psychologicznego dla opiekuna rodzinnego i dla samej rodziny,
- ułatwienie i uproszczenie procedur związanych z czynnościami administracyjnymi,
- zagwarantowanie usług w sytuacjach nadzwyczajnych w razie nieoczekiwanych zdarzeń lub niemożności świadczenia opieki,
- zapewnienie usług w zakresie opieki wytchnieniowej, które ograniczałyby skutki nadmiernego i długotrwałego przeciążenia psychofizycznego członków rodziny,
- przeciwdziałanie – również za pomocą transferów pieniężnych – ryzyku popadnięcia w ubóstwo osób rezygnujących z pracy zarobkowej lub ograniczających czas tej pracy i, ogólnie, przeciwdziałanie ryzyku popadnięcia w ubóstwo całej rodziny,
- zachęcanie państw członkowskich do prowadzenia polityki zapewniającej jakościową i ilościową podaż pracowników opieki długoterminowej,

(7) Dz.U. C 364 z 28.10.2020, s. 77.

- wspieranie, w miarę możliwości, ścieżek prowadzących do autonomii osobistej, alternatywnych rozwiązań mieszkaniowych i osiągnięcia niezależności przez osoby z niepełnosprawnościami,
- podejmowanie działań wobec opiekunów rodzinnych na bazie wspólnych interwencji w ramach polityk publicznych (uznanie i wzmocnienie roli opiekunów rodzinnych, dostępność i niezawodność usług, dbanie o zdrowie opiekunów, promowanie rozwiązań budujących odporność, ochrona socjalna i systemy rekompensat dla opiekunów itp.), w ramach działań realizowanych przez pracodawców za pośrednictwem dialogu społecznego, a także w ramach działań wdrażanych przez samych opiekunów rodzinnych oraz ich organizacje przedstawicielskie, tak by zapewnić ich zaangażowanie w cały ten proces, począwszy od opracowania polityki publicznej aż po jej wdrażanie.

Bruksela, dnia 26 października 2022 r.

Christa SCHWENG
Przewodnicząca
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
