Parlament Europejski
2014-2019

Dokument z posiedzenia

A8-0208/2018

12.6.2018

SPRAWOZDANIE

w sprawie metod reintegracji pracowników na stanowiska pracy wysokiej jakości po poważnym urazie lub chorobie
(2017/2277(INI))

Komisja Zatrudnienia i Spraw Socjalnych

Sprawozdawczyni: Jana Žitňanská

SPIS TREŚCI

Strona

PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO 3

UZASADNIENIE 17

INFORMACJE O PRZYJĘCIU SPRAWOZDANIA W KOMISJI PRZEDMIOTOWO WŁAŚCIWEJ 19

GŁOSOWANIE KOŃCOWE W FORMIE GŁOSOWANIA IMIENNEGO W KOMISJI PRZEDMIOTOWO WŁAŚCIWEJ 20

PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

w sprawie metod reintegracji pracowników na stanowiska pracy wysokiej jakości po poważnym urazie lub chorobie
(2017/2277(INI))

Parlament Europejski,

– uwzględniając Powszechną deklarację praw człowieka,

– uwzględniając Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej,

– uwzględniając międzyinstytucjonalną proklamację Europejskiego filaru praw socjalnych,

– uwzględniając Europejską kartę społeczną z dnia 3 maja 1996 r.,

– uwzględniając swoją rezolucję z dnia 15 września 2016 r. w sprawie stosowania dyrektywy w sprawie równego traktowania w obszarze zatrudnienia i pracy[1],

– uwzględniając wspólne oświadczenie Europejskiego Sojuszu przeciwko Chorobom Przewlekłym z listopada 2017 r. pt. „Poprawa stanu zatrudnienia osób dotkniętych chorobami przewlekłymi w Europie”,

– uwzględniając Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (CRDP) i jej wejście w życie w UE w dniu 21 stycznia 2011 r. zgodnie z decyzją Rady 2010/48/WE z dnia 26 listopada 2009 r.,

– uwzględniając swoją rezolucję z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie strategicznych ram UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2014–2020[2],

– uwzględniając wspólne sprawozdanie Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA) oraz Europejskiej Fundacji na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy (Eurofound) z 2014 r. pt. „Zagrożenia psychospołeczne w Europie – występowanie i strategie zapobiegania”,

– uwzględniając swoją rezolucję z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie wdrażania europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności[3],

– uwzględniając swoją rezolucję z dnia 7 lipca 2016 r. w sprawie wdrażania Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem uwag podsumowujących Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ[4],

– uwzględniając deklarację z Filadelfii z dnia 10 maja 1944 r. dotyczącą celów Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP),

[1] Teksty przyjęte, P8_TA(2016)0360.
[2] Teksty przyjęte, P8_TA(2015)0411.
[3] Teksty przyjęte, P8_TA(2017)0474.
[4] Teksty przyjęte, P8_TA(2016)0318.

– uwzględniając swoją rezolucję z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie upowszechniania godnej pracy dla wszystkich[1],

– uwzględniając komunikat Komisji pt. „Odnowiona agenda społeczna: możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku” (COM(2008)0412),

– uwzględniając sprawozdanie Komisji dotyczące wykonania umowy ramowej w sprawie stresu związanego z pracą, przyjętej przez europejskich partnerów społecznych (SEC(2011)0241),

– uwzględniając komunikat Komisji pt. „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007–2012” (COM(2007)0062),

– uwzględniając dyrektywę Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. ustanawiającą ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy,

– uwzględniając dyrektywę antydyskryminacyjną 2000/78/WE i orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, np. w sprawach połączonych C-335/11 i C-337/11 (HK Denmark) z kwietnia 2013 r., które razem ustanawiają zakaz dyskryminacji pracowników przez pracodawców w przypadku, gdy długotrwała choroba może być przyrównana do niepełnosprawności, oraz nakładają na pracodawców obowiązek odpowiedniego dostosowania warunków pracy,

– uwzględniając wspólne działanie UE w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego zapoczątkowane w 2013 r.,

– uwzględniając kampanię EU-OSHA pod hasłem „Stres w pracy? Nie, dziękuję!”,

– uwzględniając niedawny projekt pilotażowy dotyczący bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w starszym wieku, przeprowadzony EU-OSHA,

– uwzględniając sprawozdanie EU-OSHA z 2016 r. pt. „Rehabilitacja i powrót do pracy: raport z analizy w sprawie polityki, strategii i programów realizowanych na szczeblu UE i na szczeblu państw członkowskich”,

– uwzględniając sprawozdanie Eurofoundu z 2014 r. dotyczące możliwości zatrudnienia osób cierpiących na choroby przewlekłe,

– uwzględniając dokument organizacji Business Europe z 2012 r. dotyczący stosowanych przez pracodawców praktyk w celu utrzymania aktywności zawodowej osób starszych,

– uwzględniając art. 52 Regulaminu,

– uwzględniając sprawozdanie Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych (A8-0208/2018),

A. mając na uwadze, że stres związany z pracą, który stanowi drugą najczęściej zgłaszaną dolegliwość zdrowotną związaną z pracą w Europie, to nasilający się problem; mając na

[1] Dz.U. C 102 E z 24.4.2008, s. 321.

uwadze, że 25 %[1] pracowników zgłasza, iż doświadcza stresu związanego z pracą; mając na uwadze, że stres związany z pracą może naruszać prawo jednostki do zdrowych warunków pracy; mając na uwadze, że stres związany z pracą jest ponadto przyczyną absencji i niskiego poziomu zadowolenia z pracy, negatywnie wpływa na wydajność i odpowiada za prawie połowę straconych dni roboczych rocznie;

B. mając na uwadze, że starzenie się europejskiej siły roboczej stawia nowe wyzwania, jeśli chodzi o środowisko pracy i zmiany w organizacji pracy; mając na uwadze, że starzeniu się towarzyszy zwiększone ryzyko występowania przewlekłych zaburzeń zdrowia psychicznego i fizycznego, w tym niepełnosprawności i chorób, co sprawia, że profilaktyka, reintegracja i rehabilitacja stają się strategiami politycznymi ważnymi dla utrzymania miejsc pracy oraz systemów emerytalno-rentowych i zabezpieczenia społecznego; mając na uwadze, że choroby przewlekłe nie dotyczą wyłącznie osób starszych;

C. mając na uwadze, że długotrwała nieobecność w pracy ma szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne i powoduje wysokie koszty społeczne i ekonomiczne oraz może uniemożliwić powrót do pracy; mając na uwadze, że zdrowie i dobrostan odgrywają centralną rolę w budowaniu zrównoważonych gospodarek; mając na uwadze istotne znaczenie, jakie ma uwzględnienie poważnych skutków finansowych choroby lub niepełnosprawności dla rodzin, w przypadku gdy dotknięte nią osoby nie mogą wrócić do pracy;

D. mając na uwadze, że mimo różnic między niepełnosprawnością, urazami, chorobami i chorobami związanymi z wiekiem często dolegliwości te nakładają się na siebie i wymagają kompleksowego, lecz zindywidualizowanego podejścia do każdej osoby;

E. mając na uwadze, że starzenie się jest jednym z głównych wyzwań społecznych stojących przed UE; mając na uwadze, że w związku z tym istnieje potrzeba polityki wspierającej aktywne starzenie się, aby umożliwić wszystkim utrzymanie aktywności i zatrudnienia do osiągnięcia wieku emerytalnego lub dłużej, jeżeli wyrażą taką wolę; mając na uwadze, że starsze pokolenie i jego doświadczenie są niezbędne na rynku pracy; mając na uwadze, że osoby starsze, które pragną nadal pracować, często poszukują elastycznych lub zindywidualizowanych warunków pracy; mając na uwadze, że choroba, niepełnosprawność i wykluczenie z rynku pracy mają poważne konsekwencje finansowe;

F. mając na uwadze, że palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu i narkotyków stanowią najistotniejsze czynniki ryzyka dla zdrowia ludności w wieku produkcyjnym w UE, gdyż wiążą się zarówno z urazami, jak i z różnymi chorobami niezakaźnymi[2]; mając na uwadze, że w 20–25 % wszystkich wypadków w miejscu pracy uczestniczą osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu[3], oraz mając na uwadze, że według szacunków między 5 % a 20 % ludności aktywnej zawodowo w Europie doświadcza poważnych

[1] https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention/view
[2] Institute for Health Metrics and Evaluation (2016) GBD Compare Data Visualization. http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare
[3] Grupa Naukowa Europejskiego Forum Alkoholu i Zdrowia (2011) Alcohol, Work and Productivity [Alkohol, praca i produktywność]. https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/alcohol/docs/science_02_en.pdf

problemów w związku z nadużywaniem alkoholu[1]; mając na uwadze, że reintegracja pracowników, którzy doświadczyli problemów związanych z nadużywaniem substancji odurzających, na stanowiska pracy wysokiej jakości stwarza szczególne wyzwania dla pracodawców;

G. mając na uwadze, że osoby niepełnosprawne, cierpiące na choroby przewlekłe lub powracające do zdrowia po urazie lub chorobie znajdują się w trudnej sytuacji i powinny korzystać z indywidualnego wsparcia, wracając do swojego miejsca pracy lub na rynek pracy; mając na uwadze, że niektóre osoby cierpiące na choroby przewlekłe nie chcą lub nie mogą wrócić do pracy;

H. mając na uwadze, że dziedzina rehabilitacji zawodowej i powrotu do pracy może oferować cenne możliwości wolontariatu, np. przez zaangażowanie wolontariuszy będących emerytami; mając na uwadze, że należy wspierać wolontariat wśród osób w każdym wieku;

I. mając na uwadze, że pracodawcy muszą przede wszystkim promować kulturę bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy; mając na uwadze, że dobrowolny udział w działaniach związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy takich jak praca w grupach roboczych także może przyczynić się do zmiany kulturowej w tym zakresie;

J. mając na uwadze, że praca odgrywa ważną rolę w ułatwianiu procesu powrotu do zdrowia i rehabilitacji z uwagi na istotne korzyści psychospołeczne, jakie przynosi pracownikom; mając na uwadze, że dobre praktyki w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia produktywności i motywacji personelu, co pomaga przedsiębiorstwom w utrzymaniu konkurencyjności i innowacyjności, zapewnia dobrostan pracowników oraz pomaga zachować cenne umiejętności i doświadczenie zawodowe, ograniczyć rotację personelu i zapobiegać wykluczeniu, wypadkom i urazom; mając na uwadze, że w związku z tym zachęca się Komisję do rozważenia pełnej ewidencji kosztów w dziedzinie aktywnej integracji i włączenia społecznego; mając na uwadze, że przyjęcie odpowiedniego i indywidualnie dopasowanego podejścia do reintegracji osób powracających do zdrowia po urazie lub chorobie na wysokiej jakości stanowiskach pracy stanowi ważny czynnik zapobiegania dodatkowej absencji lub obecności w pracy pomimo choroby;

K. mając na uwadze, że definicje osób o obniżonej zdolności do pracy mogą być różne w poszczególnych państwach członkowskich;

L. mając na uwadze, że MŚP i mikroprzedsiębiorstwa mają szczególne potrzeby w tym zakresie, ponieważ mają mniej zasobów potrzebnych do spełnienia obowiązków związanych z chorobą i zapobieganiem wypadkom, a tym samym często wymagają wsparcia, aby osiągnąć cele w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP); mając z drugiej strony na uwadze, że dobre praktyki w zakresie BHP mają zasadnicze znaczenie dla MŚP i mikroprzedsiębiorstw, w szczególności dla stabilności ich działalności; mając na uwadze, że różne programy finansowane przez UE stwarzają możliwości cennej wymiany innowacji i najlepszych praktyk w dziedzinie trwałego BHP;

[1] Eurofound (2012) Use of alcohol and drugs at the workplace [Nadużywanie alkoholu i narkotyków w miejscu pracy]. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn1111013s/tn1111013s.pdf

M. mając na uwadze, że negatywne czynniki psychospołeczne w miejscu pracy wiążą się nie tylko z wynikami zdrowotnymi, lecz także z częstszą absencją i niskim poziomem zadowolenia z pracy; mając na uwadze, że indywidualnie dostosowane środki BHP mogą umożliwić osobie, której zdolność do pracy uległa zmianie, utrzymanie zatrudnienia, z korzyścią dla ogółu siły roboczej; mając na uwadze, że choć nieobecność w pracy jest czasami niezbędna z medycznego punktu widzenia, to występują także inne negatywne skutki psychospołeczne u osób, które spędzają dłuższy czas poza pracą i w konsekwencji mają coraz mniejsze szanse na powrót na rynek pracy; mając na uwadze, że skoordynowana opieka na wczesnym etapie, przy priorytetowym traktowaniu dobrostanu pracownika, ma zasadnicze znaczenie dla poprawy wyników w zakresie powrotu pracowników do pracy i zapobiegania długoterminowym negatywnym konsekwencjom dla jednostki;

N. mając na uwadze, że dostępność i porównywalność danych na temat chorób zawodowych na szczeblu UE jest często niedostateczna; mając na uwadze, że według Eurofoundu ok. 28 % Europejczyków skarży się na przewlekłe zaburzenia zdrowia psychicznego i fizycznego, chorobę lub niepełnosprawność[1]; mając na uwadze, że według szacunków jedna z czterech osób w wieku produkcyjnym ma długotrwałe problemy zdrowotne[2]; mając na uwadze, że niepełnosprawność i zły stan zdrowia mogą jednocześnie stanowić przyczynę i konsekwencję ubóstwa; mając na uwadze, że według badania OECD dochody osób niepełnosprawnych są średnio o 12 % niższe niż dochody pozostałej części ludności[3]; mając na uwadze, że w niektórych krajach ta różnica w dochodach wynosi nawet 30 %; mając na uwadze, że według badania z 2013 r. 21,8 % pacjentów w wieku 18–57 lat cierpiących na raka straciło pracę natychmiast po diagnozie, natomiast 91,6 % osób w tej grupie straciło pracę w ciągu 15 miesięcy od diagnozy[4]; mając na uwadze, że według badania Eurostatu z 2011 r.[5] tylko 5,2 % zatrudnionych osób o ograniczonej zdolności do pracy z powodu przewlekłych problemów zdrowotnych lub mających trudności w wykonywaniu codziennych czynności podaje, że korzysta ze specjalnych warunków pracy; mając na uwadze, że według tego samego badania 24,2 % osób niezatrudnionych stwierdza, iż specjalne warunki pracy byłyby konieczne, aby umożliwić im powrót do pracy;

O. mając na uwadze, że cyfryzacja z dużym prawdopodobieństwem doprowadzi do istotnych przemian w organizacji pracy i może poprawić szanse pracowników, np. tych, których sprawność fizyczna się obniżyła; mając na uwadze, że starsze pokolenie prawdopodobnie będzie musiało zmierzyć się ze specyficznymi wyzwaniami w tym zakresie; mając na uwadze, że powinno ono również odnieść korzyści z tych zmian;

P. mając na uwadze, że w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej zapisano prawo do warunków pracy szanujących zdrowie, bezpieczeństwo i godność każdego pracownika, a dobre warunki pracy same w sobie stanowią pozytywną wartość; mając na uwadze, że każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie

---

[1] Eurofound: Trzecie europejskie badanie jakości życia w latach 2001–2012, https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2012
[2] s. 7 w: https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/social_determinants/docs/final_sum_ecorys_web.pdf
[3] s. 7, główne ustalenia https://www.oecd.org/els/emp/42699911.pdf
[4] s. 5 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/2017_chronic_framingdoc_en.pdf
[5] Eurostat, moduł ad hoc LFS 2011, wspomniany w: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/2017_chronic_framingdoc_en.pdf

i dobrobyt oraz prawo do pracy i do sprawiedliwych i korzystnych warunków pracy, zgodnie z Powszechną deklaracją praw człowieka; mając na uwadze, że poprawa stanu zdrowia i reintegracja pracowników przekładają się na poprawę ogólnego dobrostanu społeczeństwa i przynoszą korzyści gospodarcze państwom członkowskim, pracownikom – w tym pracownikom starszym i osobom z problemami zdrowotnymi – i pracodawcom oraz przyczyniają się do utrzymania umiejętności, które w przeciwnym razie zostałyby utracone; mając na uwadze, że pracodawcy, pracownicy, rodziny i społeczności korzystają na przekształcaniu niezdolności do pracy w zdolność do pracy;

Zapobieganie i wczesna interwencja

1. uważa za niezbędne usprawnienie zarządzania absencją chorobową w państwach członkowskich oraz lepsze przystosowanie miejsc pracy do potrzeb osób cierpiących na choroby przewlekłe i osób niepełnosprawnych w drodze eliminowania dyskryminacji dzięki lepszemu egzekwowaniu dyrektywy 2000/78/WE w sprawie równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy; uznaje, że do wprowadzenia usprawnień niezbędne są dobrze funkcjonujące przepisy w państwach członkowskich, ze skutecznym nadzorem, w celu dopilnowania, aby pracodawcy tworzyli środowisko pracy sprzyjające włączeniu społecznemu osób cierpiących na choroby przewlekłe i osób niepełnosprawnych, w tym, na przykład, przez modyfikację zadań, wyposażenia i rozwój umiejętności; nalega na państwa członkowskie, aby wspierały racjonalne dostosowania miejsc pracy, które zapewnią terminowy powrót do pracy;

2. wzywa Komisję, aby propagowała środki służące integracji i rehabilitacji oraz wspierała działania państw członkowskich mające na celu podniesienie poziomu świadomości oraz określenie i rozpowszechnianie dobrych praktyk dotyczących udogodnień i dostosowań w miejscu pracy; wzywa wszystkie odpowiednie strony zaangażowane w powrót do pracy, aby ułatwiały wymianę informacji o potencjalnych barierach innych niż medyczne utrudniających powrót do pracy oraz aby koordynowały działania w celu określenia i rozwiązania tych problemów;

3. wzywa Eurofound, by dalej badał i analizował możliwości zatrudnienia i szanse na zatrudnienie osób dotkniętych chorobami przewlekłymi; postuluje, aby oparte na dowodach kształtowanie polityki stało się standardową praktyką oraz tworzyło podstawę dla strategii powrotu do pracy; wzywa podmioty kształtujące politykę do objęcia przywódczej roli i dopilnowania, aby pracodawcy i pracownicy mieli dostęp do informacji i opieki medycznej oraz aby te najlepsze praktyki były promowane na szczeblu europejskim;

4. jest zdania, że w przyszłych strategicznych ramach UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na okres po 2020 r. należy nadal priorytetowo traktować inwestycje za pośrednictwem funduszy UE mające na celu wydłużenie i propagowanie zdrowszego życia i życia zawodowego oraz zindywidualizowane warunki pracy, a także wspieranie zatrudniania i odpowiednio dostosowanego powrotu do pracy, jeśli jest to pożądane i jeśli pozwalają na to warunki medyczne; uważa, że integralną częścią tej strategii jest inwestowanie w pierwotne i dodatkowe mechanizmy profilaktyczne, np. przez dostarczanie technologii e-zdrowia; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby priorytetowo traktowały zapobieganie zagrożeniom i chorobom w miejscu pracy;

5. zachęca państwa członkowskie do pełnego zaangażowania się w nadchodzącą ogólnounijną kampanię w latach 2020–2022 na rzecz zapobiegania zaburzeniom układu mięśniowo-szkieletowego związanym z pracą, do poszukiwania innowacyjnych nieustawodawczych rozwiązań oraz do wymiany informacji i dobrych praktyk z partnerami społecznymi; wzywa państwa członkowskie do aktywnego zaangażowania w rozpowszechnianie informacji przekazywanych przez EU-OSHA; ponownie apeluje do Komisji o niezwłoczne przedstawienie aktu prawnego w sprawie zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego; wzywa państwa członkowskie, aby przeprowadziły badania – według płci, grup wiekowych i obszaru działalności gospodarczej – nad częstotliwością występowania zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego w celu zapobiegania i przeciwdziałania pojawianiu się tych zaburzeń oraz opracowania kompleksowej unijnej strategii zapobiegania chorobom przewlekłym i wczesnej interwencji;

6. wzywa państwa członkowskie i pracodawców do przyjęcia aktywnej roli, jeśli chodzi o uwzględnianie informacji przekazywanych przez EU-OSHA w polityce i programach realizowanych w miejscu pracy; z zadowoleniem przyjmuje niedawne uruchomienie przez EU-OSHA sekcji strony internetowej poświęconej chorobom związanym z pracą, rehabilitacji i powrotowi do pracy, która ma dostarczać informacji na temat polityki i praktyk w dziedzinie profilaktyki;

7. jest zdania, że systematyczne zapobieganie zagrożeniom psychospołecznym jest podstawową cechą nowoczesnych miejsc pracy; z zaniepokojeniem odnotowuje rosnącą w ostatnich latach liczbę zgłaszanych przypadków problemów ze zdrowiem psychicznym i problemów psychospołecznych oraz fakt, że stres związany z pracą to nasilający się problem dotykający pracowników i pracodawców; wzywa państwa członkowskie i partnerów społecznych, by zapewnili wsparcie przedsiębiorstwom we wdrażaniu spójnego zestawu polityk i programów w miejscu pracy wspierających zapobieganie tym problemom, walkę ze stygmatyzacją zaburzeń psychicznych oraz pomoc pracownikom borykającym się z istniejącymi chorobami dzięki umożliwieniu dostępu do wsparcia psychologicznego; zwraca uwagę – w celu dalszego motywowania pracodawców do podejmowania działań – na korzyści, w tym udowodniony zwrot z inwestycji, płynące z zapobiegania zagrożeniom psychospołecznym i z promocji zdrowia; zauważa, że uznawanie zagrożeń psychospołecznych i problemów zdrowia psychicznego, takich jak chroniczny stres i wypalenie, oraz ustawodawstwo w tym zakresie różnią się w poszczególnych państwach członkowskich;

8. podkreśla znaczenie, jakie ma aktualizowanie i tworzenie wspólnych wskaźników zdrowotnych i definicji chorób związanych z pracą, w tym stresu w pracy, oraz ogólnounijnych danych statystycznych służących do określenia celów dotyczących zmniejszenia częstotliwości występowania chorób zawodowych;

9. wzywa Komisję i państwa członkowskie do opracowania i wdrożenia programu systematycznego monitorowania zagrożeń psychospołecznych, w tym stresu, depresji i wypalenia, zarządzania nimi oraz wspierania zagrożonych pracowników w celu między innymi opracowania skutecznych zaleceń i wytycznych dotyczących przeciwdziałania tym zagrożeniom; podkreśla, że chroniczny stres w pracy uznano za poważną przeszkodę dla wydajności i jakości życia; zauważa, że zagrożenia psychospołeczne i stres związany z pracą to często problemy strukturalne mające

związek z organizacją pracy oraz że zapobieganie tym zagrożeniom oraz zarządzanie nimi są możliwe; podkreśla potrzebę przeprowadzenia badań, poprawy profilaktyki i dzielenia się najlepszymi praktykami i narzędziami w zakresie reintegracji dotkniętych tymi problemami osób na rynku pracy;

10. apeluje o zaprzestanie stygmatyzacji problemów zdrowia psychicznego i trudności w uczeniu się; zachęca do podejmowania inicjatyw zwiększających świadomość i wspierających zmiany w tym zakresie za pomocą opracowania strategii zapobiegania zagrożeniom psychospołecznym oraz działań na szczeblu przedsiębiorstw; wyraża w związku z tym uznanie dla działań partnerów społecznych w państwach członkowskich przyczyniających się do wprowadzania pozytywnych zmian; przypomina o znaczeniu, jakie ma zapewnianie dostawcom usług BHP i inspektorom pracy właściwych szkoleń z zakresu praktyk zarządzania zagrożeniami psychospołecznymi; apeluje o bliższą współpracę i rewitalizację unijnych inicjatyw na rzecz eliminacji zagrożeń psychospołecznych w miejscu pracy oraz o nadanie priorytetu tej kwestii w nadchodzących strategicznych ramach UE w sprawie BHP;

11. przyznaje, że reintegracja pracowników, którzy doświadczyli problemów związanych z nadużywaniem substancji odurzających, stwarza szczególne wyzwania dla pracodawców; w związku z tym odnotowuje stosowany przez szwedzkich partnerów społecznych model Alna[1], mający wspierać wprowadzanie w miejscu pracy proaktywnych środków wczesnej interwencji oraz pomagać w procesie rehabilitacji pracowników, którzy doświadczyli problemów związanych z nadużywaniem substancji odurzających;

12. z zadowoleniem odnosi się do kampanii pod hasłem „Stres w pracy? Nie, dziękuję!”; podkreśla, że inicjatywy dotyczące zwalczania stresu związanego z pracą muszą obejmować problematykę płci z uwzględnieniem szczególnych warunków pracy kobiet;

13. podkreśla, że ważne jest, by więcej inwestować w politykę zapobiegania zagrożeniom oraz wspierać kulturę profilaktyki; zwraca uwagę, że jakość usług profilaktycznych ma zasadnicze znaczenie, jeśli chodzi o wspieranie przedsiębiorstw; wzywa państwa członkowskie, aby wdrożyły skuteczne strategie polityczne w dziedzinach zdrowego odżywiania, konsumpcji alkoholu i tytoniu oraz jakości powietrza, a także by promowały taką politykę w miejscu pracy; wzywa ponadto państwa członkowskie do opracowania zintegrowanych usług opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem pomocy społecznej, psychologicznej, usług pracowniczych i medycyny pracy; zachęca państwa członkowskie do zapewnienia pracownikom odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej, aby umożliwić wczesne wykrywanie początków choroby fizycznej lub psychicznej i ułatwić proces reintegracji; przypomina, że inwestycje na wczesnym etapie oraz działania zapobiegawcze mogą ograniczyć długoterminowy wpływ na psychikę poszczególnych osób, jak również koszty ogólne ponoszone przez społeczeństwo w perspektywie długoterminowej;

14. żąda polityki reintegracji, która powinna być:

– zgodna z obejmującym całe życie człowieka podejściem do edukacji, uczenia się przez

[1] http://www.alna.se/in-english

całe życie, polityki społecznej i zatrudnienia,

– zindywidualizowana, ukierunkowana i dostosowana do potrzeb, bez nakładania na uczestnika wymogów, które prawdopodobnie nie zostaną spełnione ze względu na jego stan zdrowia,

– partycypacyjna i opierająca się na zintegrowanym podejściu, oraz

– szanująca warunki niezbędne do umożliwienia uczestnictwa bez tworzenia warunków zagrażających dochodom zapewniającym utrzymanie na minimalnym poziomie;

15. uważa, że państwa członkowskie powinny zapewniać ukierunkowane dodatkowe świadczenia dla osób niepełnosprawnych lub cierpiących na choroby przewlekłe, pokrywające dodatkowe koszty związane między innymi ze wsparciem indywidualnym i pomocą indywidualną, korzystaniem z określonych udogodnień oraz opieką medyczną i społeczną, a także wprowadzić między innymi przystępne poziomy cen leków dla mniej uprzywilejowanych grup społecznych; podkreśla potrzebę zapewnienia godziwego poziomu rent i emerytur;

Powrót do pracy

16. uznaje, że praca stanowi ważne źródło korzystnego indywidualnego dobrostanu psychospołecznego oraz że reintegracja zawodowa długotrwale bezrobotnych za pomocą środków dostosowanych do indywidualnych potrzeb jest kluczowym czynnikiem w walce z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, a także przynosi inne korzyści psychospołeczne w zakresie profilaktyki; podkreśla, że reintegracja osób powracających do pracy po urazie bądź chorobie fizycznej lub psychicznej ma wielorakie pozytywne skutki: jest korzystna dla samopoczucia zainteresowanych osób, zmniejsza koszty ponoszone przez krajowe systemy zabezpieczenia społecznego i poszczególne przedsiębiorstwa, wspiera gospodarki w szerszym pojęciu, np. przez zwiększenie stabilności systemów emerytalnych i systemów zabezpieczenia społecznego z myślą o przyszłych pokoleniach; zauważa trudności, jakie napotykają pracownicy w kontaktach z systemami kompensacyjnymi, co może narażać ich na niepotrzebne opóźnienia w dostępie do leczenia, a w niektórych przypadkach prowadzić do ich alienacji; usilnie apeluje o przyjęcie podejścia zorientowanego na klienta we wszystkich procedurach administracyjnych związanych z reintegracją pracowników; wzywa państwa członkowskie, aby we współpracy z Komisją i odpowiednimi agencjami UE podjęły działania w celu zwalczania negatywnych skutków długotrwałej absencji w pracy, takich jak izolacja, problemy psychospołeczne, konsekwencje społeczno-ekonomiczne i mniejsze szanse na zatrudnienie;

17. jest zdania, że państwa członkowskie i pracodawcy powinni przyjąć pozytywne, zorientowane na pracę podejście w odniesieniu do pracowników niepełnosprawnych, pracowników starszych i tych, którzy przeszli chorobę psychiczną lub fizyczną lub doznali urazu, w tym osób, u których zdiagnozowano chorobę terminalną, przy czym powinni skupić się na wczesnej ocenie pozostałych zdolności i gotowości danej osoby do pracy i zorganizować doradztwo psychologiczne, społeczne i związane z zatrudnieniem na wczesnym etapie oraz dostosować miejsca pracy, z uwzględnieniem profilu zawodowego i sytuacji społeczno-ekonomicznej danej osoby oraz sytuacji przedsiębiorstwa; zachęca państwa członkowskie do ulepszenia przepisów dotyczących

zabezpieczenia społecznego sprzyjających powrotowi do pracy, jeśli jest to pożądane przez pracownika, a stan jego zdrowia na to pozwala;

18. odnotowuje pozytywną rolę przedsiębiorstw społecznych, zwłaszcza przedsiębiorstw integrujących przez pracę (WISE), w ponownej integracji osób długotrwale bezrobotnych na rynku pracy; wzywa państwa członkowskie do zapewnienia tym przedsiębiorstwom odpowiedniego uznania i wsparcia technicznego;

19. zachęca w związku z tym do odniesienia się do Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych i załączonego do niej protokołu fakultatywnego (A/RES/61/106) oraz do zastosowania we wszystkich odpowiednich środkach i politykach Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (ICF), stworzonej przez Międzynarodową Organizację Zdrowia; podziela pogląd, że niepełnosprawność jest doświadczeniem w zakresie sytuacji zdrowotnej, które występuje w szerszym kontekście społeczno-ekonomicznym;

20. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby opracowały i zapewniły wytyczne dotyczące najlepszych praktyk i coachingu, wsparcie i doradztwo dla pracodawców w zakresie sposobów opracowywania i wdrażania planów reintegracji, a jednocześnie zadbały o prowadzenie stałego dialogu między partnerami społecznymi oraz dopilnowały, aby pracownicy byli świadomi przysługujących im praw od początku procesu powrotu do pracy; zachęca ponadto do wymiany dobrych praktyk w państwach członkowskich i między nimi, między różnymi społecznościami zawodowymi, partnerami społecznymi, organizacjami pozarządowymi i osobami odpowiedzialnymi za wyznaczanie kierunków polityki na temat reintegracji pracowników powracających do zdrowia po chorobie lub urazie;

21. wzywa państwa członkowskie do współpracy z partnerami społecznymi, aby zapewnić wsparcie zewnętrzne na potrzeby poradnictwa i wsparcia technicznego dla MŚP i mikroprzedsiębiorstw mających ograniczone doświadczenie w zakresie rehabilitacji zawodowej i środków wspierających powrót do pracy; dostrzega, jak ważne jest uwzględnianie sytuacji i szczególnych potrzeb nie tylko MŚP i mikroprzedsiębiorstw, ale również pewnych sektorów usług publicznych oraz trudności z przestrzeganiem przepisów, przed jakimi stają te podmioty w związku z wdrażaniem środków na szczeblu przedsiębiorstwa; podkreśla, że zwiększanie świadomości, wymiana dobrych praktyk, konsultacje i platformy internetowe mają zasadnicze znaczenie we wspieraniu MŚP i mikroprzedsiębiorstw w tym procesie; wzywa Komisję i państwa członkowskie do dalszego opracowywania praktycznych narzędzi i wytycznych, które mogą być pomocne we wspieraniu MŚP i mikroprzedsiębiorstw mających ograniczone doświadczenie w zakresie rehabilitacji zawodowej i środków wspierających powrót do pracy; dostrzega, jak ważne jest inwestowanie w szkolenia w zakresie zarządzania;

22. zwraca uwagę na ryzyko, że bardziej pomysłowe rozwiązania służące reintegracji osób najbardziej oddalonych od rynku pracy mogą być pozbawione finansowania na korzyść bardziej zawężonych rozwiązań przynoszących łatwo mierzalne efekty; w związku z tym wzywa Komisję, aby zwiększyła finansowanie podejścia oddolnego w ramach funduszy strukturalnych, w szczególności EFS;

23. odnotowuje sukces metody zarządzania programami reintegracji opartej na indywidualnym podejściu i podkreśla potrzebę zindywidualizowanego i zintegrowanego

wsparcia ze strony pracowników socjalnych lub wyznaczonych doradców; uważa, że dla przedsiębiorstw podstawowe znaczenie ma utrzymywanie bliskiego kontaktu z pracownikami – lub ich przedstawicielami – podczas ich absencji spowodowanej chorobą lub urazem;

24. uważa, że strategie polityczne na rzecz powrotu do pracy i reintegracji powinny wpisywać się w szersze, całościowe podejście do zdrowego życia zawodowego zakładającego zapewnienie wszystkim pracownikom zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy z fizycznego i psychicznego punktu widzenia przez cały okres życia zawodowego, a także aktywnego i zdrowego starzenia się; podkreśla kluczowe znaczenie komunikacji, pomocy specjalistów w zakresie zarządzania rehabilitacją zawodową (asystentów pracy) i zintegrowanych rozwiązań z udziałem wszystkich zainteresowanych stron dla powodzenia rehabilitacji fizycznej i zawodowej pracowników; uważa, że miejsce pracy powinno znajdować się w centrum uwagi systemów powrotu do pracy; przyjmuje z uznaniem sukces niebiurokratycznego i praktycznego podejścia przyjętego w austriackim programie „fit2work”[1], w ramach którego kładzie się nacisk na ułatwioną komunikację zrozumiałą dla wszystkich pracowników (np. stosowanie uproszczonego języka);

25. podkreśla znaczenie utrzymania zatrudnienia osób o obniżonej zdolności do pracy, w tym przez dopilnowanie, aby MŚP i mikroprzedsiębiorstwa dysponowały środkami pozwalającymi im skutecznie prowadzić tego rodzaju działania; zdecydowanie zachęca do reintegracji pracowników powracających do zdrowia po urazie lub chorobie na wysokiej jakości stanowiskach pracy na otwartym rynku pracy, jeśli pracownik sobie tego życzy i jeśli pozwala na to stan jego zdrowia, w drodze przekwalifikowania i podnoszenia kwalifikacji; podkreśla, że ważne jest, aby przepisy skupiały się na zdolności poszczególnych osób do pracy i ukazaniu pracodawcy korzyści, jakie płyną z utrzymania doświadczenia i wiedzy pracownika, które mogą zostać utracone z powodu bezterminowego zwolnienia chorobowego; podkreśla jednak znaczenie silnej siatki bezpieczeństwa socjalnego w postaci krajowego systemu zabezpieczenia społecznego dla osób, które nie mogą wrócić do pracy;

26. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wprowadzenia aktywnej polityki rynku pracy i zachęt dla pracodawców, aby wspierać zatrudnianie osób niepełnosprawnych i osób cierpiących na choroby przewlekłe, w tym poprzez odpowiednie dostosowania oraz eliminowanie barier w miejscu pracy w celu ułatwienia im reintegracji; przypomina, że zasadnicze znaczenie ma informowanie przedsiębiorstw i zainteresowanych osób o istniejących zachętach i prawach;

27. uznaje w związku z tym, że formy elastycznej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb i przystosowalnej organizacji pracy, takie jak praca zdalna, ruchomy czas pracy, dostosowany sprzęt i skrócenie czasu pracy lub zmniejszenie obciążenia pracą, odgrywają istotną rolę w powrocie do pracy; podkreśla, że ważne jest zachęcanie do wczesnego i/lub stopniowego powrotu do pracy (jeśli pozwala na to stan zdrowia), czemu mogłoby towarzyszyć niepełne świadczenie chorobowe, aby zainteresowana osoba nie utraciła dochodów w związku z powrotem do pracy, przy jednoczesnym utrzymaniu zachęt finansowych dla przedsiębiorstw; podkreśla, że takie rozwiązania,

[1] „EU-OSHA – analiza przykładu z Austrii – program Fit2Work” https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/austria-fit2work/view

obejmujące elastyczność pod względem miejsca i czasu pracy oraz pełnionych funkcji, muszą być wykonalne zarówno dla pracowników, jak i pracodawców, ułatwiać organizację zarządzania pracą i uwzględniać zmienność cykli produkcji;

28. wyraża uznanie dla krajowych programów i inicjatyw, które przyczyniły się do ułatwienia reintegracji zawodowej na wysokiej jakości stanowiskach pracy osób cierpiących na choroby przewlekłe, takich jak niemiecki program „Job4000”[1], w którym zastosowano zintegrowane podejście służące poprawie stabilnej integracji zawodowej osób dotkniętych poważną niepełnosprawnością, napotykających szczególne trudności ze znalezieniem pracy, oraz powołanie agencji ds. reintegracji pomagających osobom cierpiącym na choroby przewlekłe znaleźć pracę dostosowaną do ich sytuacji i możliwości[2];

29. odnotowuje istotne korzyści psychiczne i zwiększenie wydajności związane z wysokim poziomem autonomii w miejscu pracy; uważa, że pewien stopień autonomii w miejscu pracy może mieć zasadnicze znaczenie dla ułatwienia procesu reintegracji pracowników po chorobie lub urazie, z różnorodnymi problemami zdrowotnymi i potrzebami;

30. uznaje wartość powrotu do pracy w procesie opieki, ponieważ wielu osobom praca zapewnia niezależność finansową oraz zwiększa jakość ich życia, co może czasami stanowić zasadniczy czynnik w procesie powrotu do zdrowia;

31. wzywa państwa członkowskie, aby nie odbierały automatycznie świadczeń społecznych osobom cierpiącym na choroby przewlekłe bezpośrednio po zdobyciu przez nie zatrudnienia, co pomoże im uniknąć „pułapki świadczeń”;

Zmiana postaw w odniesieniu do reintegracji pracowników

32. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby we współpracy z partnerami społecznymi zapewniły w komunikatach, wytycznych i politykach, żeby pracodawcy postrzegali proces reintegracji jako okazję do czerpania korzyści z umiejętności, kompetencji i doświadczenia pracowników; jest zdania, że pracodawcy i przedstawiciele pracowników są ważnymi uczestnikami procesu powrotu do pracy od samego początku oraz biorą udział w procesie decyzyjnym;

33. przypomina, że art. 26 i 27 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ zobowiązują państwa-strony, by organizowały, wzmacniały i rozszerzały działalność w zakresie usług i programów rehabilitacyjnych, szczególnie w obszarach zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług społecznych, oraz by promowały szanse zatrudnienia oraz awansu zawodowego osób niepełnosprawnych na rynku pracy, jak również oferowały pomoc w powrocie do zatrudnienia;

34. podkreśla, że rozpowszechnianie wiedzy na temat polityki i programów w zakresie rehabilitacji zawodowej i powrotu do pracy oraz poprawa kultury przedsiębiorstw

[1] Źródło: Wynik projektu Pathways nr 5.2 „Scoping Paper on the Available Evidence on the Effectiveness of Existing Integration and Re-Integration into Work Strategies for Persons with Chronic Conditions” [Opis zakresu dostępnych dowodów dotyczących skuteczności istniejących strategii integracji i reintegracji zawodowej osób cierpiących na choroby przewlekłe].
[2] Źródło: Świadczenie usług coachingu w zakresie powrotu do pracy osób cierpiących na choroby przewlekłe przez osoby cierpiące na choroby przewlekłe: Niderlandy. Badanie sytuacyjne. EU-OSHA.

stanowią kluczowe czynniki sukcesu w procesie powrotu do pracy i zwalczaniu negatywnych postaw oraz eliminowaniu uprzedzeń i dyskryminacji; jest zdania, że zespoły ekspertów takich jak psycholodzy i trenerzy przeszkoleni w rehabilitacji zawodowej mogą skutecznie pracować dla różnych przedsiębiorstw, co pozwoliłoby także mniejszym przedsiębiorstwom korzystać z ich wiedzy; jest zdania, że w tym procesie istnieje również miejsce na pomoc i dodatkowe zaangażowanie ze strony organizacji pozarządowych i wolontariuszy;

35. wyraża uznanie dla tych przedsiębiorstw, które podjęły inicjatywy na rzecz wsparcia osób z problemami zdrowotnymi, osób niepełnosprawnych lub osób o zmienionej zdolności do pracy, zapewniając np. kompleksowe programy profilaktyki, modyfikowanie zadań, szkolenia i przekwalifikowywanie, lub przygotowując pozostałych pracowników na zmienione zdolności powracających pracowników, pomagając tym samym w ich reintegracji; stanowczo zachęca, by więcej przedsiębiorstw podejmowało i rozwijało takie inicjatywy; uważa, że podstawowe znaczenie ma to, aby środki ułatwiające reintegrację pracowników w przedsiębiorstwach stanowiły część kultury przedsiębiorstwa;

36. apeluje o lepsze zrozumienie problemów i dyskryminacji, które powodują, że osoby z problemami zdrowotnymi i osoby niepełnosprawne mają mniej możliwości, zwłaszcza takich problemów jak brak zrozumienia, uprzedzenia, wyobrażenia o niskiej produktywności i stygmatyzacja społeczna;

37. uważa, że edukacja i zmiany w kulturze przedsiębiorstw, a także ogólnounijne kampanie takie jak „Wizja Zero” odgrywają ważną rolę w zmienianiu obiegowych opinii; apeluje o większą świadomość problemów demograficznych, przed jakimi stoją europejskie rynki pracy; uważa za niedopuszczalne, że osoby starsze często są narażone na dyskryminację ze względu na wiek; podkreśla znaczenie kampanii zwalczających dyskryminację pracowników ze względu na wiek, promujących środki zapobiegawcze i środki na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy; wzywa państwa członkowskie i Unię, aby uwzględniały ustalenia pilotażowego projektu Parlamentu dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa pracowników w starszym wieku;

38. uważa, że ramy polityki krajowej mają decydujący wpływ na tworzenie środowiska sprzyjającego zarządzaniu wiekiem oraz aktywnemu i zdrowemu starzeniu się; uważa, że można to skutecznie wspierać za pomocą działań UE, takich jak strategie polityczne, wytyczne, wymiana wiedzy i korzystanie z różnego rodzaju instrumentów finansowych, takich jak EFS oraz europejskie fundusze strukturalne i inwestycyjne; wzywa państwa członkowskie, aby propagowały środki służące rehabilitacji i reintegracji starszych pracowników, jeśli jest to możliwe i pożądane przez zainteresowane osoby, na przykład przez wdrożenie wyników pilotażowego projektu UE dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa pracowników w starszym wieku;

39. uznaje, że osoby, u których zdiagnozowano chorobę terminalną, zachowują prawo podstawowe do pracy; uznaje ponadto, że osoby te muszą stawić czoła nadzwyczajnym wyzwaniom związanym z zatrudnieniem, innym niż w przypadku pozostałych grup pacjentów, ponieważ często mają mało czasu na dostosowanie się do pogorszonego stanu zdrowia i na wprowadzenie odpowiednich usprawnień w miejscu pracy; pochwala inicjatywy takie jak kampania „Dying to Work” służąca podnoszeniu świadomości tej

specyficznej problematyki; zachęca pracodawców do prowadzenia możliwie intensywnego dialogu z pracownikami, u których zdiagnozowano chorobę terminalną, w celu zapewnienia wszelkich koniecznych i możliwych dostosowań, aby umożliwić tym pracownikom kontynuowanie pracy, jeśli sobie tego życzą; jest zdania, że dla wielu pacjentów utrzymanie aktywności zawodowej stanowi osobistą, psychiczną lub finansową konieczność oraz ma podstawowe znaczenie dla zachowania godności i jakości ich życia; nalega na państwa członkowskie, by wspierały wprowadzanie racjonalnych dostosowań na stanowiskach pracy, odpowiednich od wyjątkowych wyzwań, przed którymi stoi ta grupa; wzywa Komisję, aby rozwiązała problem braku danych na temat statusu zatrudnienia osób cierpiących na raka i wspierała gromadzenie lepszych danych, które byłyby porównywalne między różnymi państwami członkowskimi, aby udoskonalać świadczenie usług dla tej grupy ludności;

40. podkreśla w związku z tym znaczenie rozwoju i aktualizacji umiejętności pracowników, które byłyby dopasowane do potrzeb przedsiębiorstw i rynku pracy, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności cyfrowych, przez zapewnianie pracownikom odpowiednich szkoleń i dostępu do uczenia się przez całe życie; zwraca uwagę na coraz większą cyfryzację rynku pracy; wskazuje, że poprawa umiejętności cyfrowych może stanowić integralną część przygotowania do powrotu do pracy, szczególnie w przypadku starszej ludności;

41. zauważa, że opiekunowie zarówno formalni, jak i nieformalni odgrywają kluczową rolę w rehabilitacji zawodowej; uznaje, że 80 % usług opiekuńczych w Europie świadczą nieopłacani opiekunowie[1] oraz że sprawowanie opieki znacznie ogranicza długoterminowe perspektywy zatrudnienia w tej grupie osób; uznaje ponadto, że ze względu na fakt, że większość opiekunów stanowią kobiety, kwestia sytuacji zawodowej opiekunów obejmuje wyraźny aspekt płci; wzywa Komisję, państwa członkowskie i pracodawców do poświęcenia szczególnej uwagi wpływowi sprawowania opieki na sytuację zawodową opiekunów;

o

o o

42. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji.

[1] http://www.ecpc.org/WhitePaperOnCancerCarers.pdf

UZASADNIENIE

Zmiana oczekiwanej długości życia w UE pociąga za sobą zmianę struktury piramidy wieku. W 2015 r. oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w 28 państwach członkowskich UE wynosiła 83,3 roku dla kobiet i 77,9 roku dla mężczyzn. Z drugiej jednak strony długość życia w zdrowiu i bez ograniczeń wydaje się zmniejszać, w szczególności w niektórych państwach członkowskich. W wyniku wydłużenia oczekiwanej długości życia przy jednoczesnym wzroście średniej wieku przejścia na emeryturę Europa i państwa członkowskie stanęły w obliczu poważnych wyzwań nie tylko w systemach opieki zdrowotnej, ale również na rynkach pracy. Sprawozdawczyni stara się znaleźć podejście, które pomoże określić warianty strategiczne niezbędne do nadania rynkom pracy takiego kształtu, aby a) stały się one bardziej integracyjne i lepiej dostosowane do potrzeb starzejącego się i chorującego społeczeństwa oraz b) były mniej narażone na utratę umiejętności w wyniku ustania aktywności zawodowej na rynku pracy. W tym celu sprawozdawczyni zaproponowała środki, które pomogą usprawnić powrót na rynek pracy pracowników po poważnych urazach lub chorobach.

Sprawozdawczyni podziela pogląd, że rehabilitacja pracowników obejmuje trzy odrębne aspekty: medyczny, zawodowy (związany z pracą) i społeczny. Głównym przedmiotem sprawozdania jest rehabilitacja zawodowa i trudności, jakie napotykają zarówno pracodawcy, jak i pracownicy chcący wrócić do pracy (procedury i inicjatywy mające ułatwić powrót na miejsce pracy). Jednocześnie celem sprawozdania jest podkreślenie faktu, że udana rehabilitacja zawodowa połączona z powrotem do pracy obejmuje wszystkie trzy w/w aspekty.

W sprawozdaniu zawarto również zalecenia mające zachęcić państwa członkowskie do korzystania z przykładów dobrych praktyk i metod, a jednocześnie podjęto próbę określenia obszarów, w których UE może wnieść wartość dodaną i wiedzę ekspercką z myślą o dalszym promowaniu strategii, które docelowo ułatwią państwom członkowskim wspieranie powrotu pracowników na rynek pracy.

Sprawozdawczyni uważa, że UE może wnieść wartość dodaną, ułatwiając państwom członkowskim:

- opracowanie środków zapobiegawczych,
- opracowanie kompleksowych rozwiązań politycznych na szczeblu krajowym, obejmujących wczesną interwencję, współpracę instytucjonalną między wszystkimi zainteresowanymi stronami, zindywidualizowane podejście,
- kształtowanie postaw: budowanie pełnej świadomości potrzeby zapewniania opieki tym pracownikom, umacnianie pozytywnego postrzegania tych pracowników w społeczeństwie oraz działania na rzecz dobrostanu pracowników w sferze psychospołecznej przez całe życie.

Ponadto w sprawozdaniu rozważono istotny argument gospodarczy uzasadniający potrzebę opracowania polityki ułatwiającej pracownikom powrót na otwarty rynek pracy. Na przykład organizacje, które dysponują zespołami o bardziej zrównoważonej strukturze wiekowej, odnotowują mniejszą rotację personelu i mogą osiągać większą wydajność dzięki korzystaniu z większego zasobu umiejętności i doświadczeń. Według organizacji Business Europe ankiety pracownicze wydają się potwierdzać, że pracownicy starsi są bardziej przywiązani do swojego miejsca pracy i mogą przewyższać młodszych kolegów, jeśli chodzi o rozwiązywanie

problemów i zdolności przywódcze. Te pozytywne efekty nie dotyczą jedynie wieku, ale również zróżnicowania pracowników. Powrót do pracy wiąże się bowiem zarówno z samorealizacją, jak i prowadzeniem samodzielnego życia, a ponadto przynosi korzyści gospodarcze społeczeństwu i w efekcie zmniejsza zależność państw członkowskich od systemów pomocy społecznej. Jak potwierdza badanie przeprowadzone przez Międzynarodową Organizację Pracy (MOP)[1], osoby niepełnosprawne są godnymi zaufania pracownikami, którzy na tle całego personelu przedsiębiorstwa cechują się porównywalną wydajnością, niższym wskaźnikiem wypadków i wyższym wskaźnikiem utrzymania zatrudnienia. Stanowią oni niewykorzystane źródło umiejętności i talentów, w tym umiejętności technicznych, jeśli mają dostęp do szkoleń i możliwość rozwoju przekrojowych umiejętności rozwiązywania problemów, nabywanych w codziennym życiu. Osoby, które stały się niepełnosprawne już w okresie zatrudnienia, często mają cenne doświadczenie uzupełniające ich formalne kwalifikacje.

Jak wynika z prac EU-OSHA, powrót do pracy może być skomplikowanym procesem dla przedsiębiorstw, obejmującym nie tylko aspekty budżetowe, ale również wiedzę ekspercką. Dla mniejszych przedsiębiorstw proces ten może być szczególnie trudny. Zewnętrzne wsparcie finansowe i techniczne może pomóc pracodawcom w opracowaniu indywidualnych środków i stworzeniu ścieżek reintegracji dla osób powracających do pracy po absencji chorobowej. Odpowiednio wdrożone wsparcie finansowe z funduszy UE może odegrać istotną rolę we wspieraniu zmian. Niemniej wszelkie formy wsparcia muszą iść w parze z rzeczywistą zmianą kultury organizacyjnej przedsiębiorstw.

UE ma do odegrania istotną rolę w promowaniu i zachęcaniu do reform krajowych rynków pracy przez dzielenie się innowacyjnymi pomysłami i ułatwianie tworzenia skutecznych ram polityki. Sprawozdawczyni podziela pogląd wyrażony w strategicznych ramach UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, że potwierdziła się wartość prawodawstwa pod względem zapewnienia w UE wysokiego poziomu ochrony pracowników oraz wspólnego zestawu definicji, norm, metod i narzędzi zapobiegawczych w obszarze BHP. Niemniej – biorąc pod uwagę różnorodność modeli – państwa członkowskie powinny również, w celu poprawy sytuacji, stosować inne narzędzia, takie jak analiza porównawcza, określanie i wymiana dobrych praktyk, zwiększanie świadomości, wyznaczanie nieobowiązkowych norm i łatwe w obsłudze narzędzia informatyczne.

Na zakończenie sprawozdawczyni chciałaby zwrócić uwagę na występujące zagrożenia psychospołeczne w miejscach pracy i wyrazić opinię, że niezbędne są interwencje służące eliminowaniu takich zagrożeń oraz że istnieje potrzeba nieustannego zwalczania negatywnej stygmatyzacji związanej z określonymi dysfunkcjami.

[1] http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_167204.pdf

INFORMACJE O PRZYJĘCIU SPRAWOZDANIA W KOMISJI PRZEDMIOTOWO WŁAŚCIWEJ

Data przyjęcia	7.6.2018
Wynik głosowania końcowego	+: 41 –: 0 0: 0
Posłowie obecni podczas głosowania końcowego	Guillaume Balas, Enrique Calvet Chambon, David Casa, Michael Detjen, Lampros Fountoulis, Elena Gentile, Marian Harkin, Czesław Hoc, Danuta Jazłowiecka, Agnes Jongerius, Jan Keller, Ádám Kósa, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Jérôme Lavrilleux, Patrick Le Hyaric, Dominique Martin, Anthea McIntyre, Miroslavs Mitrofanovs, Elisabeth Morin-Chartier, Emilian Pavel, Georgi Pirinski, Terry Reintke, Claude Rolin, Siôn Simon, Marita Ulvskog, Renate Weber, Jana Žitňanská
Zastępcy obecni podczas głosowania końcowego	Georges Bach, Sergio Gutiérrez Prieto, Dieter-Lebrecht Koch, Eduard Kukan, Miapetra Kumpula-Natri, Paloma López Bermejo, António Marinho e Pinto, Rory Palmer, Jasenko Selimovic, Monika Vana, Flavio Zanonato
Zastępcy (art. 200 ust. 2) obecni podczas głosowania końcowego	Andrea Bocskor, Dietmar Köster, Renaud Muselier

GŁOSOWANIE KOŃCOWE W FORMIE GŁOSOWANIA IMIENNEGO W KOMISJI PRZEDMIOTOWO WŁAŚCIWEJ

41	+
ALDE	Enrique Calvet Chambon, Marian Harkin, António Marinho e Pinto, Jasenko Selimovic, Renate Weber
ECR	Czesław Hoc, Anthea McIntyre, Jana Žitňanská
ENF	Dominique Martin
GUE/NGL	Patrick Le Hyaric, Paloma López Bermejo
NI	Lampros Fountoulis
PPE	Georges Bach, Andrea Bocskor, David Casa, Danuta Jazłowiecka, Dieter-Lebrecht Koch, Ádám Kósa, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Eduard Kukan, Jérôme Lavrilleux, Elisabeth Morin-Chartier, Renaud Muselier, Claude Rolin
S&D	Guillaume Balas, Michael Detjen, Elena Gentile, Sergio Gutiérrez Prieto, Agnes Jongerius, Jan Keller, Dietmar Köster, Miapetra Kumpula-Natri, Rory Palmer, Emilian Pavel, Georgi Pirinski, Siôn Simon, Marita Ulvskog, Flavio Zanonato
VERTS/ALE	Miroslavs Mitrofanovs, Terry Reintke, Monika Vana

0	-

0	0

Objaśnienie używanych znaków:
+ : za
- : przeciw
0 : wstrzymało się