

Wpływ kryzysu na dostęp słabszych grup społecznych do opieki

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 4 lipca 2013 r. Wpływ kryzysu na dostęp słabszych grup społecznych do usług opieki (2013/2044(INI))

Parlament Europejski,

- uwzględniając Traktat o Unii Europejskiej, w szczególności jego art. 3 ust. 3, oraz Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, w szczególności jego art. 9, 151, 153 i 168,
- uwzględniając Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej, w szczególności jej art. 1, 21, 23, 24, 25, 34 i 35,
- uwzględniając zrewidowaną Europejską kartę społeczną, w szczególności jej art. 30 (prawo do ochrony przed ubóstwem i marginalizacją społeczną) i art. 16 (prawo rodziny do ochrony społecznej, prawnej i ekonomicznej),
- uwzględniając Europejską konwencję o ochronie praw człowieka,
- uwzględniając konwencję Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych,
- uwzględniając konwencję Narodów Zjednoczonych o prawach dziecka,
- uwzględniając dyrektywę Rady 2000/43/WE z dnia 29 czerwca 2000 r. wprowadzającą w życie zasadę równego traktowania osób bez względu na pochodzenie rasowe lub etniczne¹,
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1081/2006 z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1784/1999²,
- uwzględniając wniosek Komisji z dnia 6 października 2011 r. dotyczący rozporządzenia w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1081/2006 (COM(2011)0607),
- uwzględniając komunikat Komisji zatytułowany „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE” (COM(2009)0567),
- uwzględniając komunikat Komisji zatytułowany „Europa 2020: strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu” (COM(2010)2020),
- uwzględniając komunikat Komisji zatytułowany „Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010–2020: odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier (COM(2010)0636),
- uwzględniając komunikat Komisji zatytułowany „Europejska platforma współpracy w

¹ Dz.U. L 180 z 19.7.2000, s. 22.

² Dz.U. L 210 z 31.7.2006, s. 12.

zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: europejskie ramy na rzecz spójności społecznej i terytorialnej” (COM(2010)0758),

- uwzględniając komunikat Komisji zatytułowany „Unijne ramy dotyczące krajowych strategii integracji Romów do 2020 r.” (COM(2011)0173),
- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Działania w ramach strategicznego planu realizacji europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu” (COM(2012)0083),
- uwzględniając sprawozdanie Komisji zatytułowane „Zatrudnienie i rozwój sytuacji społecznej w Europie 2012”,
- uwzględniając rezolucję z dnia 9 października 2008 r. w sprawie propagowania integracji społecznej i walki z ubóstwem, w tym ubóstwem dzieci, w Unii Europejskiej¹,
- uwzględniając własną rezolucję z dnia 6 maja 2009 r. w sprawie aktywnej integracji osób wykluczonych z rynku pracy²,
- uwzględniając rezolucję z dnia 19 lutego 2009 r. w sprawie gospodarki społecznej³,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 16 czerwca 2010 r. w sprawie strategii „Europa 2020”⁴,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 17 czerwca 2010 r. na temat aspektu płci w spadku koniunktury i kryzysie finansowym⁵,
- uwzględniając rezolucję z dnia 6 lipca 2010 r. w sprawie wspierania dostępu młodzieży do rynków pracy, poprawy statusu osób odbywających staże i praktyki zawodowe⁶,
- uwzględniając rezolucję z dnia 20 października 2010 r. w sprawie kryzysu finansowego, gospodarczego i społecznego: zalecenia dotyczące działań i inicjatyw do podjęcia (sprawozdanie śródkresowe)⁷,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie programu dystrybucji żywności wśród osób najbardziej potrzebujących w Unii⁸,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie strategii UE w dziedzinie integracji Romów⁹,
- uwzględniając rezolucję z dnia 8 marca 2011 r. w sprawie zmniejszania nierówności

¹ Dz.U. C 9 E z 15.1.2010, s. 11.

² Dz.U. C 212 E z 5.8.2010, s. 23.

³ Dz.U. C 76 E z 25.3.2013, s. 16.

⁴ Dz.U. C 236 E z 12.8.2011, s. 57.

⁵ Dz.U. C 236 E z 12.8.2011, s. 79.

⁶ Dz.U. C 351 E z 2.12.2011, s. 29.

⁷ Dz.U. C 70 E z 8.3.2012, s. 19.

⁸ Dz.U. C 33 E z 5.2.2013, s. 188.

⁹ Dz.U. C 199 E z 7.7.2012, s. 112.

zdrowotnych w UE¹,

- uwzględniając rezolucję z dnia 14 września 2011 r. w sprawie strategii UE na rzecz przeciwdziałania bezdomności²,
- uwzględniając rezolucję z dnia 25 października 2011 r. w sprawie mobilności i integracji osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii na rzecz osób niepełnosprawnych 2010–2020³,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 7 lutego 2013 r. w sprawie europejskiego okresu oceny koordynacji polityki gospodarczej: zatrudnienie i aspekty społeczne w rocznej analizie wzrostu gospodarczego 2013⁴,
- uwzględniając swoje oświadczenia z dnia 22 kwietnia 2008 r. w sprawie rozwiązania kwestii bezdomności ulicznej⁵ oraz z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie strategii UE na rzecz przeciwdziałania bezdomności⁶,
- uwzględniając raporty Agencji Praw Podstawowych Unii Europejskiej za 2011 r. zatytułowane „Migranci o nieuregulowanym statusie: dostęp do opieki zdrowotnej w 10 państwach członkowskich Unii Europejskiej”⁷ oraz „Prawa podstawowe migrantów o nieuregulowanym statusie w Unii Europejskiej”,
- uwzględniając opublikowane w marcu 2012 r. trzecie sprawozdanie Komitetu Ochrony Socjalnej zatytułowane „Wpływ kryzysu gospodarczego i prowadzonej konsolidacji budżetowej na społeczeństwo”,
- uwzględniając raport organizacji Lekarze Świata zatytułowany „Dostęp słabszych grup społecznych do opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej w 2012 r.”,
- uwzględniając sprawozdanie z przeprowadzonego przez Eurofound trzeciego Europejskiego badania jakości życia - Jakość życia w Europie: Wpływ kryzysu⁸,
- uwzględniając sporządzone przez Eurofound sprawozdanie z badań pt. „Zadłużenie gospodarstw domowych – usługi doradcze w Unii Europejskiej”⁹,

¹ Dz.U. C 199 E z 7.7.2012, s. 25.

² Dz.U. C 51 E z 22.2.2013, s. 101.

³ Dz.U. C 131 E z 8.5.2013, s. 9.

⁴ Teksty przyjęte P7_TA(2013)0053.

⁵ Dz.U. C 259 E z 29.10.2009, s. 19.

⁶ Dz.U. C 169 E z 15.6.2012, s. 139.

⁷ FRA: „Migranci o nieuregulowanym statusie: dostęp do opieki zdrowotnej w 10 państwach członkowskich Unii Europejskiej”, październik 2011 r.
<http://fra.europa.eu/en/publication/2012/migrants-irregular-situation-access-healthcare-10-european-union-member-states>

⁸ Eurofound (2012 r.), Trzecie europejskie badanie jakości życia – Jakość życia w Europie: Wpływ kryzysu, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg
(<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1264.htm>)

⁹ Eurofound (2012 r.) Zadłużenie gospodarstw domowych – usługi doradcze w Unii Europejskiej, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg
(<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1189.htm>).

- uwzględniając sprawozdanie Eurofound zatytułowane „Warunki życia Romów: warunki mieszkaniowe i zdrowotne poniżej standardu”¹,
 - uwzględniając sprawozdanie Eurofound zatytułowane „Aktywne włączenie młodzieży z problemami zdrowotnymi lub młodzieży niepełnosprawnej”²,
 - uwzględniając raport OECD zatytułowany „Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie – Europa 2012”,
 - uwzględniając publikację MOP „Zabezpieczenie społeczne dla wszystkich obywateli – Eliminowanie nierówności w dostępie słabszych grup społecznych do opieki zdrowotnej w krajach Europy i Azji Środkowej”,
 - uwzględniając art. 48 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Zatrudnienia i Spraw Socjalnych oraz opinię Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (A7-0221/2013),
- A. mając na uwadze, że wszyscy ludzie rodzą się wolni, mają taką samą godność i równe prawa oraz że do odpowiedzialności państw członkowskich należy sprzyjanie tym prawom i gwarantowanie ich w swoich konstytucjach oraz w ramach publicznych systemów opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że nierówności ze względu na płeć w dostępie do opieki zdrowotnej i w zakresie warunków zdrowotnych istnieją w całej UE;
- B. mając na uwadze, że podstawowych wartości UE należy przestrzegać nawet w sytuacji kryzysowej oraz że dostęp do opieki, opieki zdrowotnej i pomocy społecznej powinien być postrzegany jako podstawowe prawo przysługujące wszystkim w UE; mając na uwadze, że w większości państw członkowskich usługi zdrowotne, opiekuńcze i socjalne zostały – wprost przeciwnie – ograniczone w związku z wdrożeniem polityki oszczędnościowej, co doprowadziło do osłabienia powszechnego dostępu i obniżenia jakości usług;
- C. mając na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej w UE stoją wobec poważnych wyzwań, w tym wobec utrzymującego się kryzysu zadłużenia publicznego w strefie euro, który wywołuje napięcia w finansach publicznych, starzenia się społeczeństwa, zmieniającego się charakteru usług zdrowotnych oraz wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, co wyraźnie wskazuje na pilną potrzebę reformy;
- D. mając na uwadze, że UE ma najbardziej zaawansowany system opieki socjalnej na świecie, z najwyższymi składkami na świadczenia socjalne dla obywateli; podkreśla, że utrzymanie i dalszy rozwój europejskiego modelu społecznego muszą być priorytetem politycznym;
- E. mając na uwadze, że Światowa Organizacja Zdrowia stwierdziła w Karcie Tallińskiej, że zdrowie jest najważniejszym czynnikiem warunkującym rozwój gospodarczy i bogactwo;

¹ Eurofound (2012 r.): Warunki życia Romów: warunki mieszkaniowe i zdrowotne poniżej standardu, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2012/02/en/1/EF1202EN.pdf>).

² Eurofound (2012 r.) Aktywne włączenie młodzieży z problemami zdrowotnymi lub młodzieży niepełnosprawnej, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg (<http://www.eurofound.europa.eu/areas/socialcohesion/illnessdisabilityyoung.htm>).

- F. mając na uwadze, że w wielu państwach członkowskich nierówności stają się coraz większe, ponieważ osoby najuboższe i najbardziej potrzebujące, żyjące w tych państwach, stają się jeszcze biedniejsze; mając na uwadze, że w 2011 r. około 24,2% mieszkańców UE było zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem; mając ponadto na uwadze, że pogorszyła się samoocena zdrowia wśród osób o niskich dochodach, czemu towarzyszy nasilanie się istotnych różnic zdrowotnych, w porównaniu do 25% społeczeństwa o najwyższych dochodach;
- G. mając na uwadze, że stopy bezrobocia długotrwałego stale się zwiększają, w związku z czym wielu obywateli jest pozbawionych ochrony ubezpieczeniowej, co z kolei ogranicza ich dostęp do usług zdrowotnych;
- H. mając na uwadze, że trwający kryzys ma nieproporcjonalny negatywny wpływ na słabsze grupy społeczne, ponieważ borykają się one zarówno z utratą dochodu, jak i z ograniczeniem usług opiekuńczych;
- I. mając na uwadze, że „chroniczne ubóstwo”, osoby często długotrwale bezrobotne lub osoby otrzymujące niskie wynagrodzenie, osoby samotnie wychowujące dzieci i niepracujące lub pracujące w niewielkim wymiarze godzin oraz osoby starsze w Europie Środkowej i Wschodniej są stale zaliczane do najsłabszych grup społecznych;
- J. mając na uwadze, że najnowsze badania potwierdzają powstanie nowej grupy osób o słabszej pozycji, które wcześniej były stosunkowo dobrze sytuowane, lecz obecnie znajdują się w potrzebie ze względu na zadłużenie prywatne: nowa grupa osób „w potrzebie” może nie być w stanie wiązać końca z końcem, może przestać regulować rachunki i płatności związane ze spłatą zadłużenia lub może nie być w stanie opłacać niezbędnych usług opiekuńczych oraz może obawiać się konieczności opuszczenia swojego mieszkania;
- K. mając na uwadze, że usługi publiczne – będące własnością publiczną i publicznie zarządzane przy demokratycznym udziale ich użytkowników – odgrywają ważną rolę w dziedzinach kluczowych dla dobrobytu, takich jak zdrowie, edukacja, wymiar sprawiedliwości, woda, mieszkalnictwo, transport, opieka nad dziećmi i osobami starszymi;
- L. mając na uwadze, że rozdrobnienie systemów opieki zdrowotnej może prowadzić do sytuacji, w której wielu pacjentów nie będzie otrzymywać niezbędnej opieki medycznej, podczas gdy inne osoby będą otrzymywać opiekę, która może być niepotrzebna lub nawet szkodliwa;
- M. mając na uwadze, że kryzys zwiększył ryzyko długotrwałego wykluczenia z rynku pracy w szczególności osób młodych, które są najbardziej narażone na jego konsekwencje w odniesieniu do przyszłego udziału w rynku pracy i przyszłych dochodów;
- N. mając na uwadze, że w UE coraz więcej osób pracuje po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego, częściowo ze względu na potrzebę finansową wynikającą z tego, że inne źródła dochodów emerytalnych gospodarstwa domowego znalazły się pod presją;
- O. mając na uwadze, że koszty usług dla usługobiorców zwiększają się w niektórych państwach członkowskich, co oznacza, iż wielu osób nie stać już na korzystanie z odpowiedniego poziomu usług zaspokajających ich określone potrzeby, co w rezultacie prowadzi do utraty samodzielności, dodatkowego stresu w środowisku domowym lub zawodowym bądź potencjalnych negatywnych skutków dla ich zdrowia, co prowadzi do ich

wykluczenia społecznego;

- P. mając na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej mogą (mimowolnie) tworzyć przeszkody w dostępie do opieki zdrowotnej lub oferować opiekę zdrowotną innej jakości osobom, które posiadają co najmniej jedną cechę chronioną, na przykład płeć, wiek lub przynależność do grupy mniejszościowej;
- Q. mając na uwadze, że w wielu systemach zabezpieczenia społecznego wprowadza się zmiany mające na celu zlikwidowanie lub ograniczenie dostępu określonym grupom do opieki zdrowotnej i do zwrotu kosztów niektórych rodzajów leczenia i leków¹, co powoduje dodatkowe zagrożenie dla zdrowia osobistego i publicznego oraz dla długotrwałej stabilności tych systemów;
- R. mając na uwadze, że szacuje się, iż w UE większość usług opiekuńczych świadczą obecnie opiekunowie nieformalni, którzy nie pobierają wynagrodzenia; mając na uwadze, że ten ogromny zasób jest zagrożony ze względu na liczne zmiany demograficzne oraz rosnące obciążenie związane z opieką;
- S. mając na uwadze, że w art. 19 i art. 26 Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych określono prawo dostępu do szerokiego zakresu usług wspierających funkcjonowanie w środowisku domowym, lokalnym i innym, w tym do opieki indywidualnej;
- T. mając na uwadze, że powody umieszczania dzieci w alternatywnych ośrodkach opiekuńczych są złożone i wielowymiarowe, lecz często wydają się być bezpośrednio lub pośrednio powiązane z ubóstwem i wykluczeniem społecznym;
- U. mając na uwadze, że brak dokładnych i dostępnych informacji może doprowadzić do sytuacji, w której słabsze grupy społeczne nie będą w stanie uzyskać dostępu do niezbędnej opieki, do której są uprawnione;
- V. mając na uwadze doniesienia wskazujące na coraz większe trudności napotymane przez niektórych obywateli UE i inne osoby w korzystaniu z przysługującego im prawa do opieki w kontekście transgranicznym;
- W. mając na uwadze, że problemy związane z demografią medyczną (niskie poziomy świadczenia usług opiekuńczych w określonych obszarach geograficznych), występujące w wielu państwach członkowskich, utrudniają słabszym grupom społecznym dostęp do opieki;
- X. mając na uwadze doniesienia wskazujące na pogłębiające się podziały społeczne i wzrost poziomu agresji prowadzący do słownych i fizycznych ataków na przedstawicieli mniejszości i słabsze grupy społeczne; mając na uwadze, że należy przekazywać szczegółowe informacje o takich incydentach;
- Y. mając na uwadze, że widoczne w niektórych państwach członkowskich obniżanie jakości polityki wobec osób niepełnosprawnych, osób z trudnościami w nauce lub osób chorych psychicznie skutkuje odchodzeniem od podejścia opartego na prawach do integracji,

¹ Na przykład art. 5 hiszpańskiego dekretu królewskiego nr 16/2012 z dnia 20 kwietnia 2012 r., który wszedł w życie dnia 28 grudnia 2012 r. Dokument dostępny na stronie: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd116-2012.html#a5.

ukierunkowanego na pełne włączenie do społeczeństwa, i przechodzeniem na bardziej instytucjonalne i wykluczające podejście znane z przeszłości;

Z. podkreśla duży potencjał zatrudnienia sektora opieki zdrowotnej i społecznej w UE;

AA. mając na uwadze, że wiele stanowisk pracy w sektorze opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych w niektórych państwach członkowskich nadal oferuje niewielkie wynagrodzenie, często nie zapewnia formalnych umów o pracę i innych podstawowych praw pracowniczych i jest mało atrakcyjnych z powodu wysokiego ryzyka związanego z obciążeniem fizycznym i emocjonalnym, zagrożenia wczesnym wypaleniem zawodowym oraz braku możliwości rozwoju kariery; mając na uwadze, że sektor ten oferuje niewiele możliwości w zakresie szkoleń, a zatrudnienie znajdują w nim głównie osoby starsze, kobiety i pracownicy migrujący; mając na uwadze, że w UE usługi opiekuńcze często świadczą nieformalni opiekunowie, którzy nie pobierają wynagrodzenia i których samych można uznać za słabszą grupę społeczną ze względu na rosnącą presję, by świadczyli bardziej zaawansowane usługi opiekuńcze na wyższym poziomie technicznym; mając na uwadze, że w wielu państwach członkowskich brakuje usług opiekuńczych wysokiej jakości, dostępnych dla wszystkich, niezależnie od dochodów;

AB. mając na uwadze, że przejście z instytucjonalnych form opieki na formy środowiskowe wymaga większego wsparcia mieszkaniowego, aby umożliwić niezależne życie słabszym grupom społecznym;

AC. mając na uwadze, że młodzi ludzie opuszczający ośrodki opiekuńcze i rozpoczynający samodzielne życie są szczególnie narażeni na ubóstwo i wykluczenie społeczne;

AD. mając na uwadze, że coraz więcej osób starszych musi być klasyfikowanych jako słabsze grupy społeczne;

AE. mając na uwadze, że ubodzy obywatele UE, którzy są obywatelami innych państw członkowskich i obywatelami państw trzecich podlegającymi systemowi zabezpieczenia społecznego innego państwa członkowskiego, również mogą doświadczać poważnych trudności z uzyskaniem dostępu do opieki;

AF. mając na uwadze, że każdy człowiek ma prawo do odpowiedniego poziomu życia zapewniającego jemu i jego rodzinie opiekę zdrowotną i dobrobyt;

AG. mając na uwadze, że należy podkreślić znaczenie społeczeństwa obywatelskiego i jego organizacji, które odgrywają kluczową rolę w docieraniu do wykluczonych grup społecznych;

AH. mając na uwadze, że ochrona zdrowia ma znaczący wpływ na jakość, długość i godność ludzkiego życia;

AI. mając na uwadze, że w danym roku w UE około 10% noworodków rodzi się przedwcześnie (przed 37 tygodniem ciąży) oraz że matki wcześniaków często nie mają dostępu do usług zdrowotnych wysokiej jakości, co ma jeszcze większe konsekwencje dla godzenia życia rodzinnego i zawodowego;

AJ. mając na uwadze, że ubóstwo, nieodpowiednie wykształcenie oraz niski poziom integracji społecznej skutkują słabymi wynikami w dziedzinie zdrowia; mając na uwadze, że

głównymi przeszkodami, jakie napotykają słabsze grupy społeczne w dostępie do opieki zdrowotnej są brak wiedzy i zrozumienia systemu opieki zdrowotnej, a także trudności administracyjne, brak wiedzy na temat zapobiegania chorobom oraz brak fizycznego dostępu do usług;

1. wzywa Komisję do tego, by zobowiązała państwa członkowskie do dostarczania informacji dotyczących wdrażanych środków oszczędnościowych oraz do przeprowadzenia ocen społecznych skutków środków oszczędnościowych, a także do włączenia zaleceń dotyczących przeciwdziałania średnio- i długoterminowym społecznym i gospodarczym skutkom tego rodzaju środków do zaleceń dla poszczególnych krajów; wzywa Komisję do sporządzania regularnych sprawozdań podsumowujących takie oceny oraz do przekazywania ich Parlamentowi; domaga się, by proces europejskiego semestru nie skupiał się wyłącznie na stabilności finansowej systemów zabezpieczenia społecznego, lecz także by uwzględniał ewentualne wpływy na dostępność i jakość usług opiekuńczych;
2. wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania i zachęcania do inwestycji społecznych w usługi socjalne, w takich sektorach jak sektor zdrowotny, opiekuńczy i socjalny, które są kluczowe z uwagi na zmiany demograficzne i społeczne skutki kryzysu oraz które mają ogromny potencjał w zakresie tworzenia miejsc pracy;
3. jest przekonany, że niezbędne reformy powinny uwzględniać jakość i skuteczność opieki zdrowotnej, a także powinny prowadzić do poprawy dostępu do odpowiedniej opieki, w odpowiednim czasie i w odpowiednim otoczeniu, oraz powinny sprzyjać zachowaniu zdrowia i gwarantować zapobieganie powszechnym, możliwym do uniknięcia powikłaniom chorobowym w możliwie najszerszym zakresie;
4. przypomina, że państwa członkowskie zgodziły się na przyjęcie podejścia polegającego na rezygnowaniu ze środków „uzdrawiających” objawy wykluczenia i problemów zdrowotnych na rzecz środków profilaktycznych w ramach strategii poprawy jakości życia i ograniczenia obciążenia, jakim są choroby przewlekłe, niedomagania i niepełnosprawność¹; podkreśla w związku z tym długoterminowe koszty niepodjęcia działań;
5. jest zdania, że pozbawianie osób ze słabszych grup społecznych dostępu do opieki zdrowotnej lub usług opiekuńczych jest pozorną oszczędnością, ponieważ może mieć długoterminowe negatywne skutki zarówno dla kosztów opieki zdrowotnej, jak i dla zdrowia poszczególnych osób i zdrowia publicznego;
6. jest zdania, że wiele z obecnie podejmowanych krótkoterminowych działań na rzecz ograniczania kosztów, takich jak wprowadzenie bezpośredniego dostępu do opłat obowiązujących w opiece zdrowotnej, zwiększenie bieżących wydatków lub pozbawienie słabszych grup społecznych dostępu do opieki, nie zostało poddanych pełnej ocenie pod względem ich szerszych konsekwencji społecznych lub potencjalnie dyskryminującego wpływu i skutków długoterminowych, w tym zagrożenia dla zdrowia publicznego i możliwego wpływu na oczekiwaną długość życia; podkreśla fakt, że takie działania wywierają nieproporcjonalnie negatywny wpływ na słabsze grupy społeczne;
7. wyraża ubolewanie, że piętno społeczne wiążące się z niektórymi schorzeniami powstrzymuje osoby chore przed zwróceniem się o niezbędną opiekę, co może również

¹ Konkluzje Rady w sprawie zdrowego i godnego starzenia się, 2980. posiedzenie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów, listopad 2009 r.

skutkować tym, że na przykład choroby zakaźne nie są leczone, a to z kolei stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego;

8. ubolewa z powodu nieproporcjonalnego wpływu stosowanych przez państwa praktyk zatrzymywania i obowiązków sprawozdawczych związanych z egzekwowaniem prawa imigracyjnego na nieudokumentowaną zdolność migrantów do korzystania z opieki lekarskiej¹;
9. uznaje, że istnieje ścisły związek pomiędzy szeregiem słabości, doświadczeniem opieki instytucjonalnej, brakiem dostępu do wysokiej jakości opieki środowiskowej i wynikającą z tego bezdomnością; przypomina, że usługi zdrowotne i opiekuńcze mogą odgrywać ważną rolę w zapobieganiu i zaradzaniu ubóstwu i wyłączeniu społecznemu, w tym ich ekstremalnym formom takim jak bezdomność; podkreśla, że grupy, które znajdują się w trudnej sytuacji z różnych powodów, takie jak Romowie, osoby bez ważnego zezwolenia na pobyt lub osoby bezdomne, są nawet jeszcze bardziej zagrożone wykluczeniem z kampanii na rzecz zapobiegania ryzyku, badań przesiewowych i leczenia;
10. podkreśla długoterminowe negatywne skutki ograniczeń dokonywanych w czasie kryzysu w zakresie środków profilaktycznych; jest zdania, że środki profilaktyczne – jeśli muszą zostać ograniczone – powinny przynajmniej zostać zwiększone do poprzedniego poziomu, aby zachować ciągłość i nie zniszczyć infrastruktury; podkreśla, że kryzys gospodarczy i finansowy oraz tak zwana polityka oszczędnościowa nałożona na niektóre państwa członkowskie nie powinny prowadzić do braku inwestycji w krajowe usługi zdrowotne, lecz że, biorąc pod uwagę ich znaczenie i podstawowy charakter, należy – wręcz przeciwnie – podjąć wysiłki mające na celu konsolidację tych usług w celu zaspokojenia potrzeb społeczeństwa, a zwłaszcza jego najsłabszych grup społecznych;
11. uważa, że środki oszczędnościowe w żadnym wypadku nie powinny pozbawiać obywateli dostępu do podstawowych usług socjalnych i zdrowotnych lub do innowacyjności i jakości w zakresie usług socjalnych oraz że nie powinny odwracać pozytywnych tendencji obecnych w procesie rozwoju polityki;
12. wzywa państwa członkowskie do wspierania zatrudnienia w sektorze socjalnych usług opiekuńczych oraz działań mających na celu zwiększenie atrakcyjności tego sektora jako opłacalnej opcji kariery dla młodych ludzi;
13. podkreśla, że coraz więcej obywateli UE mieszkających w państwie UE innym niż ich własne nie ma żadnego ubezpieczenia zdrowotnego, na przykład z powodu braku pracy lub utraty zezwolenia na pobyt; podkreśla, fakt, że obywatele UE objęci ubezpieczeniem zdrowotnym w innym państwie UE często mają trudności z dostępem do opieki, ponieważ muszą zapłacić za nią z wyprzedzeniem;
14. wyraża zaniepokojenie tym, że ograniczenia wydatków publicznych mają nieproporcjonalny wpływ na osoby niepełnosprawne w całej UE, przez co pozbawia się je usług wspierających, które umożliwiają im samodzielne życie w społeczeństwie;

¹ W wytycznych Agencji Praw Podstawowych pt. „Zatrzymywanie migrantów w nielegalnej sytuacji – rozważania na temat praw podstawowych” zaproponowano państwom członkowskim najważniejsze zasady w zakresie praktyk ścigania i zgłaszania obowiązujące w ośrodkach medycznych i w ich pobliżu: http://fra.europa.eu/sites/default/files/document-on-apprehensions_1.pdf

15. jest zdania, że prowadzi to do zwiększenia liczby osób długoterminowo przebywających w ośrodkach opiekuńczych i do pogłębienia wykluczenia społecznego osób niepełnosprawnych w UE, co stanowi bezpośrednie naruszenie zobowiązań UE podjętych na mocy Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych oraz europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności 2010–2020;
16. podkreśla, że usługi opiekuńcze skierowane do osób niepełnosprawnych powinny być świadczone w sposób przystępny, nie tylko pod względem infrastruktury, lecz także komunikacji, co jest szczególnie ważne w przypadku osób niepełnosprawnych umysłowo (mających trudności z uczeniem się); podkreśla potrzebę zachęcania do organizowania szkoleń dla podmiotów świadczących usługi opiekuńcze i lekarzy ogólnych w celu zapewnienia oferowania usług opiekuńczych w przystępny sposób;
17. jest zdania, że wszelkie ograniczenia w zakresie usług opiekuńczych i wspierających świadczonych osobom młodym lub innym słabszym grupom społecznym utrudniają realizację istniejących unijnych strategii politycznych dotyczących aktywnego włączenia; podkreśla, że wysokie stopy bezrobocia osób młodych wywierają dodatkową presję na wszystkie rodzaje usług socjalnych i że pomocne mogłyby okazać się celowe działania;
18. zauważa, że ze względu na rosnące bezrobocie i bezrobocie długotrwałe wywołane kryzysem dużej części naszych współobywateli – długotrwałe bezrobotnym i osobom pozostającym na ich utrzymaniu – odmawia się dostępu do publicznej służby zdrowia, zabezpieczenia społecznego i opieki zdrowotnej; apeluje do państw członkowskich, a zwłaszcza do tych z najwyższymi stopami bezrobocia, o skuteczne i niezwłoczne rozwiązanie tego poważnego problemu poprzez przyjęcie niezbędnych środków;
19. z zadowoleniem przyjmuje zalecenie Komisji z dnia 20 lutego 2013 r. zatytułowane „Inwestowanie w dzieci: przerwanie cyklu defaworyzacji”; uznaje znaczenie i opłacalność inwestowania w dzieci od ich najmłodszych lat z myślą o umożliwieniu im rozwoju ich pełnego potencjału; uznaje, że inwestowanie w usługi socjalne o wysokiej jakości ma podstawowe znaczenie dla stworzenia odpowiednich i skutecznych usług z zakresu ochrony dzieci oraz dla opracowania kompleksowych strategii zapobiegawczych; przypomina o znaczeniu przyjęcia perspektywy zgodnej z cyklem życia oraz o promowaniu zdrowia, profilaktyki i wczesnej diagnostyki; podkreśla, że ostatnia pandemia odry pokazała, jak ważne dla zdrowia publicznego są bezpłatne szczepienia dzieci;
20. uznaje znaczący wkład społeczny i gospodarczy członków rodzin pełniących funkcję opiekunów i wolontariuszy (opieka nieformalna) oraz coraz większą liczbę obowiązków, jakimi są oni obarczani w wyniku ograniczeń wprowadzanych w odniesieniu do świadczenia usług lub w wyniku wzrostu kosztów tych usług; jest zdania, że środki oszczędnościowe nie powinny prowadzić do dalszego nadmiernego obciążenia nieformalnych opiekunów; podkreśla znaczenie uznania wiedzy i umiejętności opiekunów oraz zapewnienia wysokiej jakości pracy; apeluje o odpowiednie wsparcie członków rodzin pełniących funkcję opiekunów oraz udzielenie im pomocy w kontekście łączenia opieki i kariery oraz uważa, że czas poświęcony na opiekę musi zostać uwzględniony przy obliczaniu wieku uprawniającego do świadczeń emerytalnych; podkreśla, że większość usług opiekuńczych jest świadczonych w UE w sposób nieformalny, tj. przez członków rodzin i wolontariuszy, oraz wzywa Komisję, państwa członkowskie i partnerów społecznych do zwiększenia uznania tego wkładu oraz przyznawania za niego nagród finansowych;

21. uznaje, że coraz więcej kobiet wykonuje płatną pracę (choć ich wynagrodzenie jest o 18% niższe niż wynagrodzenie mężczyzn), przy czym kobiety nadal są stosunkowo często opiekunami (78% wszystkich opiekunów to kobiety), co stanowi wyzwanie, aby osiągnąć zadowalającą równowagę między życiem zawodowym a prywatnym; uważa, że – ogólnie rzecz biorąc – elastyczne możliwości pracy mają istotne znaczenie dla łączenia pracy z opieką; jest zaniepokojony negatywnym wpływem ograniczeń w świadczeniu usług czy ich rosnących kosztów na poziom zatrudnienia kobiet, równowagę między życiem zawodowym a prywatnym, równość płci i starzenie się w dobrym zdrowiu;
22. przypomina, że sektor opieki został określony przez UE jako obszar o potencjale zwiększenia zatrudnienia i że Parlament określił potrzebę zwiększenia wynagrodzenia i poprawy szkoleń w tym obszarze, aby uczynić go atrakcyjną opcją wyboru kariery oraz poprawić jakość usług; zwraca uwagę na zauważalny niedobór pracowników w części sektora usług zdrowotnych i opiekuńczych oraz wzywa państwa członkowskie do propagowania szkoleń poświęconych tematyce opiekuńczej wśród młodych ludzi, a także środków szkoleniowych mających na celu pomoc osobom sprawującym opiekę i dostawcom usług opiekuńczych w lepszym zrozumieniu potrzeb osób korzystających z opieki;
23. podkreśla rosnące znaczenie świadczenia usług mobilnych na rzecz osób wymagających takich usług, zarówno na obszarach miejskich, jak i wiejskich;
24. podkreśla cenny wkład sektora wolontariatu w opiekę nad osobami starszymi wymagającymi opieki oraz, w razie potrzeby, nad osobami odizolowanymi, żyjącymi samotnie;
25. uznaje fakt, że Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu zostało wybrane w celu sprostania wyzwaniom związanym ze starzeniem się społeczeństwa; wyzwania te obejmują cel polegający na wydłużeniu życia obywateli UE w zdrowiu o dwa lata do 2020 r.; ponadto prowadzą one do osiągnięcia w Europie potrójnie korzystnej sytuacji poprzez:
 - i) poprawę zdrowia i jakości życia osób starszych,
 - ii) zwiększenie stabilności i skuteczności systemów opieki oraz
 - iii) stworzenie możliwości wzrostu i możliwości rynkowych dla przedsiębiorstw;
26. uznaje działania podejmowane przez organizacje z trzeciego sektora i organizacje wolontariackie, ale jest zdania, że nie powinny one zwalniać państwa z odpowiedzialności za zapewnianie wysokiej jakości, skutecznych, solidnych i przystępnych usług dostępnych dla wszystkich jako dobro publiczne, wspieranych finansowo ze środków publicznych;
27. zwraca uwagę na Europejskie ramy odniesienia na rzecz zapewnienia jakości opieki długoterminowej, w których określone są zasady i wytyczne dotyczące godności i dobrobytu osób starszych wymagających opieki i które to ramy zostały opublikowane w

ramach projektu WeDo Komisji¹;

28. wzywa państwa członkowskie do poprawy kompetencji zdrowotnych oraz do udzielania odpowiednich informacji na temat usług dostępnych słabszym grupom społecznym, które często mają trudności z uzyskaniem dostępu do usług, których potrzebują; równie ważne jest zaangażowanie osób korzystających z usług opiekuńczych i opiekunów w procesy decyzyjne, które ich dotyczą;

Zalecenia

29. wzywa Komisję do uzyskania porównywalnych i aktualnych danych dotyczących dostępu do opieki w formie podstawowej analizy;
30. wzywa Komisję i państwa członkowskie, we współpracy z właściwymi zainteresowanymi stronami, do określania w ich krajowych planach reform i usuwania z nich tych krajowych strategii politycznych, które są sprzeczne z celem dotyczącym ograniczenia ubóstwa do 2020 r.; wzywa państwa członkowskie do zwracania szczególnej uwagi na słabsze grupy społeczne, do zlikwidowania przeszkód w dostępie, do usprawnienia i umocnienia stosowania środków zapobiegawczych i korzystania z nich na wczesnym etapie, aby przywrócić podejście oparte na prawach i uniknąć długoterminowych szkód i kosztów wynikających z niepodjęcia działań;
31. wzywa Komisję, partnerów społecznych i państwa członkowskie do podjęcia działań na podstawie wniosków przedstawionych w analizie mocnych i słabych stron Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (rok 2012);
32. zaleca, by państwa członkowskie współpracowały przy realizacji jak największej liczby programów na rzecz poprawy stanu zdrowia grup najsłabszych, zwłaszcza dzieci i młodzieży, w kontekście mobilności, uznanej w UE za prawo podstawowe;
33. wzywa Komisję do przeanalizowania napięć, jakie mogą pojawiać się w związku ze stosowaniem praw dotyczących zabezpieczenia społecznego określonych na mocy rozporządzenia (WE) nr 883/2004² i ze stosowaniem dyrektywy 2004/38/WE³ w celu zaproponowania zmian, które mogą być konieczne do tego, by zlikwidować luki w zakresie prawodawstwa;
34. nalega na Komisję i na wszystkie państwa członkowskie, aby ustalały priorytety, by wyrównywały szanse kobiet i mężczyzn oraz zapewniały im sprawny dostęp do usług zdrowotnych i planowania rodziny, a także by poświęcały szczególną uwagę innym słabszym i znajdującym się w trudnej sytuacji grupom społecznym, które potrzebują ochrony społecznej i opieki zdrowotnej;
35. wzywa Komisję do uwzględniania zabezpieczeń społecznych ochraniających usługi opiekuńcze i usługi socjalne oraz systemy zabezpieczenia społecznego w umowach

¹ Wspierany przez Komisję Europejską projekt WeDO (2010-2012) był zarządzany przez zespół kierujący, w którego skład wchodziło 18 organizacji partnerskich w 12 państwach członkowskich. Wspólny interes wszystkich organizacji partnerskich polegał i nadal polega na poprawie jakości życia osób starszych wymagających opieki.

² Dz.U. L 166 z 30.4.2004, s. 1.

³ Dz.U. L 158 z 30.4.2004, s. 77.

zawieranych z państwami otrzymującymi pomoc finansową; wzywa Komisję i państwa członkowskie do rozwijania wykorzystania nowych technologii takich jak telemedycyna w celu ułatwiania dostępu do opieki;

36. wzywa Komisję do propagowania równego dostępu do wczesnej edukacji i opieki nad dzieckiem oraz do zapewnienia odpowiedniego wsparcia finansowego na rzecz tych usług;
37. apeluje do państw członkowskich o zapewnienie dzieciom niepełnosprawnym usług środowiskowych;
38. wzywa państwa członkowskie do zidentyfikowania i zlikwidowania przeszkód i barier w dostępie osób niepełnosprawnych do transportu publicznego, usług i informacji;
39. wzywa Komisję i państwa członkowskie do określenia priorytetów w celu zlikwidowania luk i zapewnienia skutecznego dostępu do usług zdrowotnych dla słabszych grup społecznych, w tym ubogich kobiet, migrantów i Romów, w zakresie ochrony zdrowia społecznego poprzez zapewnienie przystępności, dostępności i jakości opieki zdrowotnej oraz ich skutecznej i efektywnej organizacji, a także odpowiedniego finansowania na wszystkich obszarach geograficznych;
40. wzywa państwa członkowskie do przyjęcia polityki promującej ochronę zdrowia i zapobieganie chorobom poprzez zagwarantowanie grupom znajdującym się w najtrudniejszej sytuacji bezpłatnej i powszechnej opieki zdrowotnej dobrej jakości przy zwróceniu szczególnej uwagi na zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej, profilaktyki, dostępu do diagnozy, leczenia i rehabilitacji; wzywa do udostępnienia środków koniecznych do zwalczania głównych problemów zdrowia publicznego, z którymi borykają się kobiety, oraz do zagwarantowania prawa do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, do usług zdrowotnych dla kobiet będących ofiarami przemocy oraz do opieki zdrowotnej dla małych dzieci;
41. wzywa państwa członkowskie, we współpracy z Komisją, do obszerniejszego rozważenia związku pomiędzy zdrowiem fizycznym i psychicznym a bezrobociem i niestabilnością zatrudnienia – które w trakcie kryzysu okazały się poważnymi problemami – w celu wprowadzenia właściwego planowania, aby zapobiec i zaradzić szkodliwym konsekwencjom tego rodzaju;
42. zdecydowanie zaleca, aby państwa członkowskie rozszerzyły usługi zdrowotne związane z profilaktyką i podstawową opieką medyczną, koncentrując się na poprawieniu stanu zdrowia kobiet i ułatwianiu dostępu do opieki, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet żyjących z dala od ośrodków miejskich, a także na środkach przeznaczonych dla grup w najtrudniejszej sytuacji: dzieci i młodzieży, osób starszych, osób niepełnosprawnych, bezrobotnych i bezdomnych, które to środki zapewnią prawo do regularnych badań lekarskich dla wszystkich;
43. wzywa Komisję i państwa członkowskie do uznania opieki ginekologiczno-położniczej i neonatologicznej, w szczególności w przypadku przedwczesnych porodów, za jeden z priorytetów zdrowia publicznego i do zapisania go w europejskich i krajowych strategiach dotyczących zdrowia publicznego;
44. zwraca się do Komisji i do państw członkowskich o zorganizowanie niezbędnego kształcenia i szkoleń ustawicznych dla wszystkich pracowników służby zdrowia, którzy

zajmują się zapłodnieniem, pracują na oddziałach ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych, w celu zapobiegania przedwczesnym porodom i zmniejszania liczby przewlekłych chorób, na które zapadają wcześniaki;

45. nalega, by państwa członkowskie zagwarantowały kobietom odpowiednią pomoc w trakcie i po ciąży oraz w okresie laktacji, oferując w razie potrzeby bezpłatne usługi opieki i konsultacje, a także odpowiednie wyżywienie, szczególnie tym kobietom, które są zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym z powodu niedawnego kryzysu gospodarczego;
46. apeluje do państw członkowskich o opracowanie odpowiednich struktur oferowania wizyt lekarsko-społecznych w celu lepszego uwzględnienia warunków życia najuboższych;
47. wzywa państwa członkowskie do przedstawiania dostępnych i jasnych informacji na temat praw migrantów we wszystkich właściwych językach, w tym w języku romskim;
48. apeluje do państw członkowskich o podjęcie działań przeciwko przestępczości opartej na nienawiści oraz o propagowanie antydyskryminacyjnych strategii politycznych, w razie konieczności poprzez udzielanie wsparcia ich krajowym organom odpowiedzialnym za przeciwdziałanie dyskryminacji i poprzez propagowanie szkoleń w organach publicznych;
49. apeluje do państw członkowskich o wdrożenie art. 19 TFUE oraz o przyjęcie dyrektywy w sprawie wprowadzenia w życie zasady równego traktowania osób bez względu na religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną¹ oraz wprowadzenia w życie zasady równego traktowania w dziedzinie ochrony socjalnej, w tym zabezpieczenia społecznego i opieki zdrowotnej, edukacji i dostępu do towarów i usług, które są powszechnie dostępne na rynku, w tym mieszkalnictwa, oraz dostarczania takich towarów i usług;
50. wzywa państwa członkowskie do przeprowadzenia ocen skutków w celu dopilnowania, aby przedsięwzięte środki, które mogą mieć wpływ na najsłabsze grupy społeczne, były zgodne z zasadami określonymi w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej oraz z dyrektywą 2000/43/WE wprowadzającą w życie zasadę równego traktowania osób bez względu na pochodzenie rasowe i etniczne²;
51. apeluje do państw członkowskich o zapobieganie bezdomności, zapewnianie niezbędnej opieki osobom bezdomnym oraz niekryminalizowanie bezdomności w ustawodawstwach krajowych;
52. apeluje do Komisji i państw członkowskich o dopilnowanie, by wszystkie strategie polityczne lub programy finansowania tworzone w celu wspierania innowacji społecznych lub usług związanych z sektorem opieki były ukierunkowane na takie usługi, które w największym stopniu zaspokajają potrzeby społeczne i poprawiają jakość życia ludzi, oraz by były opracowywane w ścisłej współpracy i w porozumieniu z organizacjami stającymi w obronie słabszych grup społecznych i je reprezentującymi;
53. zwraca uwagę na zakres prowadzonej przez Parlament Inicjatywy na rzecz

¹ COM(2008)0426.

² Dz.U. L 180 z 19.7.2000, s. 22.

przedsiębiorczości społecznej oraz podkreśla znaczenie gospodarki społecznej, która może – wspólnie z przedsiębiorstwami społecznymi – skutecznie wzmocnić szybko rozwijający się obszar opieki zdrowotnej i społecznej;

54. apeluje do Komisji i Rady o podjęcie wspólnie z Parlamentem działań mających na celu zwiększenie finansowania dla programów ukierunkowanych na słabsze grupy społeczne; apeluje do Komisji o podjęcie wszelkich dostępnych jej środków niezbędnych do tego, by zapewnić pełne wykorzystanie Europejskiego Funduszu Społecznego, Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym i innych stosownych instrumentów zaspokajających potrzeby osób ze słabszych grup społecznych lub zagrożonych wykluczeniem, a także do wspierania wysiłków państw członkowskich ukierunkowanych na zrealizowanie określonego w strategii „Europa 2020” celu dotyczącego ograniczenia ubóstwa oraz do promowania innowacyjności i jakości w sektorach usług zdrowotnych i opiekuńczych; podkreśla znaczenie związanych z nimi instrumentów finansowania takich jak Programu Unii Europejskiej na rzecz przemian i innowacji społecznych oraz Europejski fundusz na rzecz przedsiębiorczości społecznej;
55. wzywa Komisję do opracowania pakietu obiektywnych i subiektywnych wskaźników służących do pomiaru i regularnego publikowania materialnych i niematerialnych składników dobrobytu, w tym wskaźników społecznych, w celu uzupełnienia europejskich i krajowych wskaźników PKB i bezrobocia, a przez to dla pomiaru postępu społecznego, a nie tylko rozwoju gospodarczego;
56. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wyraźnego uznania nieocenionego wkładu wnoszonego przez nieformalnych opiekunów; apeluje do państw członkowskich o wdrożenie i utrzymanie środków ukierunkowanego wsparcia przeznaczonych dla opiekunów i sektora wolontariatu z myślą o świadczeniu usług w większym stopniu ukierunkowanych na jednostkę, o wyższej jakości i bardziej oszczędnych, na przykład środków umożliwiających godzenie pracy z życiem rodzinnym, ułatwiających lepszą współpracę i koordynację między opiekunami nieformalnymi i formalnymi oraz zapewniających odpowiednią politykę zabezpieczenia społecznego oraz szkolenia dla opiekunów; wzywa Komisję i państwa członkowskie do opracowania spójnych ram dla wszystkich rodzajów urlopów dla osób sprawujących opiekę; wzywa Komisję do przedstawienia wniosku dotyczącego dyrektywy w sprawie urlopu dla osób sprawujących opiekę zgodnej z zasadą pomocniczości i w zgodzie z zapisami w traktatach;
57. wzywa państwa członkowskie do dostarczania dokładnych i łatwo zrozumiałych informacji w odpowiednich językach i formatach, dotyczących uprawnień do opieki, oraz do ich udostępniania na szeroką skalę;
58. wzywa Komisję, państwa członkowskie i partnerów społecznych do opracowania jasnych definicji profilów zawodowych w sektorze opiekuńczym, umożliwiających dokładne określenie praw i obowiązków;
59. wzywa państwa członkowskie do zaangażowania wszystkich potencjalnych podmiotów na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym, w tym partnerów społecznych, w inicjatywy ukierunkowane na profilaktykę, zdrowie i usługi socjalne;
60. apeluje do państw członkowskich o promowanie programów szkoleń wymaganych w sektorach usług opiekuńczych i usług wsparcia oraz o oferowanie stypendiów osobom podejmującym odpowiednie studia;

61. apeluje do Komisji o promowanie kampanii, aby osiągnąć cel polegający na pozyskiwaniu młodych ludzi oraz na poprawie publicznego wizerunku sektora opieki jako pracodawcy;
62. apeluje o poszanowanie praw pracowniczych osób pracujących w sektorze usług opiekuńczych, w tym prawa do godnego dochodu i godnych warunków oraz prawa do wstępowania do związków zawodowych i tworzenia związków zawodowych, które mają prawa do rokowań zbiorowych;
63. apeluje do państw członkowskich o wspieranie krajowych, regionalnych i lokalnych organów w ustanawianiu trwałych systemów finansowania usług opiekuńczych oraz w opracowywaniu programów szkolenia i przekwalifikowania przeznaczonych dla pracowników, finansowanych ze środków EFS;
64. apeluje do partnerów społecznych o zainicjowanie formalnego dialogu społecznego dotyczącego sektora opieki;

o

o o

65. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji i rządowi państw członkowskich.