

Impactul crizei asupra accesului la îngrijire pentru grupurile vulnerabile

Rezoluția Parlamentului European din 4 iulie 2013 referitoare la impactul crizei asupra accesului grupurilor vulnerabile la îngrijire (2013/2044(INI))

Parlamentul European,

- având în vedere Tratatul privind Uniunea Europeană, în special articolul 3 alineatul (3), și Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene, în special articolele 9, 151, 153 și 168,
- având în vedere Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene, în special articolele 1, 21, 23, 24, 25, 34 și 35,
- având în vedere Carta socială europeană revizuită, în special articolul 30 (dreptul la protecție împotriva sărăciei și a excluziunii sociale) și articolul 16 (dreptul familiei la protecție socială, juridică și economică),
- având în vedere aderarea la Convenția europeană a drepturilor omului,
- având în vedere Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități,
- având în vedere Convenția Națiunilor Unite privind drepturile copilului,
- având în vedere Directiva 2000/43/CE din 29 iunie 2000 de punere în aplicare a principiului egalității de tratament între persoane, fără deosebire de rasă sau origine etnică¹,
- având în vedere Regulamentul (CE) nr. 1081/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 5 iulie 2006 privind Fondul Social European și de abrogare a Regulamentului (CE) nr. 1784/1999²,
- având în vedere propunerea Comisiei din 6 octombrie 2011 referitoare la un regulament privind Fondul social european și de abrogare a Regulamentului (CE) nr. 1081/2006 (COM(2011)0607),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Solidaritate în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE” (COM(2009)0567),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Europa 2020: O strategie europeană pentru o creștere inteligentă, durabilă și favorabilă incluziunii” (COM(2010)2020),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Strategia europeană 2010-2020 pentru persoanele cu handicap: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere” (COM(2010)0636),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Platforma europeană de combatere a

¹ JO L 180, 19.7.2000, p. 22.

² JO L 210, 31.7.2006, p. 12.

sărăciei și a excluziunii sociale: un cadru european pentru coeziunea socială și teritorială” (COM(2010)0758),

- având în vedere Comunicarea Comisiei privind „Un cadru UE pentru strategiile naționale de integrare a romilor până în 2020” (COM(2011)0173),
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Concretizarea planului strategic de implementare a parteneriatului european pentru inovare privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate” (COM(2012)0083),
- având în vedere raportul Comisiei intitulat „Ocuparea forței de muncă și evoluțiile sociale în Europa în 2012”,
- având în vedere Rezoluția sa din 9 octombrie 2008 referitoare la promovarea incluziunii sociale și combaterea sărăciei, inclusiv a sărăciei infantile în Uniunea Europeană¹,
- având în vedere Rezoluția sa din 6 mai 2009 referitoare la incluziunea activă a persoanelor excluse de pe piața muncii²,
- având în vedere Rezoluția sa din 19 februarie 2009 referitoare la economia socială³,
- având în vedere Rezoluția sa din 16 iunie 2010, referitoare la UE 2020⁴,
- având în vedere rezoluția sa din 17 iunie 2010 referitoare la aspectele de gen ale recesiunii economice și crizei financiare⁵,
- având în vedere Rezoluția sa din 6 iulie 2010 referitoare la promovarea accesului tinerilor pe piața muncii și la consolidarea statutului stagiilor, stagiilor și ucenicilor⁶,
- având în vedere Rezoluția sa din 20 octombrie 2010 referitoare la criza financiară, economică și socială: recomandări privind măsurile și inițiativele care trebuie luate (raport la jumătatea perioadei)⁷,
- având în vedere Rezoluția sa din 7 iulie 2011 referitoare la Programul pentru distribuirea de alimente către persoanele cele mai defavorizate din Uniune⁸,
- având în vedere Rezoluția sa din 9 martie 2011 privind Strategia UE privind incluziunea romilor⁹,
- având în vedere Rezoluția sa din 8 martie 2011 referitoare la reducerea inegalităților în

¹ JO C 9 E, 15.1.2010, p. 11.

² JO C 212 E, 5.8.2010, p. 23.

³ JO C 76 E, 25.3.2013, p. 16.

⁴ JO C 236 E, 12.8.2011, p. 57.

⁵ JO C 236 E, 12.8.2011, p. 79.

⁶ JO C 351 E, 2.12.2011, p. 29.

⁷ JO C 70 E, 8.3.2012, p. 19.

⁸ JO C 33 E, 5.2.2013, p.188.

⁹ JO C 199 E, 7.7.2012, p. 112.

materie de sănătate în UE¹,

- având în vedere Rezoluția sa din 14 septembrie 2011 referitoare la o strategie a UE privind persoanele fără adăpost²,
- având în vedere Rezoluția sa din 25 octombrie 2011 referitoare la mobilitatea și incluziunea persoanelor cu handicap în Strategia europeană 2010-2020 pentru persoanele cu handicap³,
- având în vedere Rezoluția sa din 7 februarie 2013 referitoare la semestrul european pentru coordonarea politicilor economice: ocuparea forței de muncă și aspecte sociale în Analiza anuală a creșterii pe 2013⁴,
- având în vedere Declarația sa scrisă din 22 aprilie 2008 privind soluționarea problemei persoanelor fără adăpost⁵ care trăiesc pe stradă și Declarația scrisă din 16 decembrie 2010 referitoare la o strategie a UE privind persoanele fără adăpost⁶,
- având în vedere rapoartele din 2011 ale Agenției pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene (FRA) intitulate „Migranții aflați în situație de ședere ilegală: accesul la îngrijiri de sănătate în 10 state membre ale Uniunii Europene⁷” și „Drepturile fundamentale ale migranților aflați în situație de ședere ilegală în Uniunea Europeană”,
- având în vedere cel de al treilea raport al Comitetului pentru protecție socială din luna martie 2012, intitulat „Impactul social al crizei economice și al consolidării fiscale în curs”,
- având în vedere raportul organizației neguvernamentale „Doctors of the World” intitulat „Accesul la asistență medicală pentru grupurile vulnerabile din Uniunea Europeană în 2012” (*Access to health care for vulnerable groups in the European Union in 2012*),
- având în vedere Raportul Eurofund intitulat „Al treilea sondaj european privind calitatea vieții – Calitatea vieții în Europa: impactul crizei”⁸,
- având în vedere raportul Eurofound intitulat „Serviciile de consultanță privind îndatorarea

¹ JO C 199 E, 7.7.2012, p. 25.

² JO C 51 E, 22.2.2013, p.101.

³ JO C 131 E, 8.5.2013, p. 9.

⁴ Texte adoptate, P7_TA(2013)0053.

⁵ JO C 259 E, 29.10.2009, p. 19.

⁶ JO C 169 E, 15.6.2012, p. 139.

⁷ FRA: Migranții aflați în situație de ședere ilegală: accesul la îngrijiri de sănătate în 10 state membre ale Uniunii Europene, octombrie 2011 - <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/migrants-irregular-situation-access-healthcare-10-european-union-member-states>

⁸ Eurofound (2012), Cel de al treilea sondaj european privind calitatea vieții – Calitatea vieții în Europa: impactul crizei, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg - <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1264.htm>.

gospodăriilor din Uniunea Europeană”¹,

- având în vedere Raportul Eurofund „Condițiile de viață ale romilor: locuințele inadecvate și sănătatea”²,
 - având în vedere Raportul Eurofound „Incluziunea activă a tinerilor cu probleme de sănătate sau cu handicap”³,
 - având în vedere raportul OCDE intitulat „Sănătatea pe scurt - Europa 2012” („Health at a glance – Europe 2012”),
 - având în vedere publicația OIM intitulată „Securitate socială pentru toți – Combaterea inegalităților în ceea ce privește accesul la asistență medicală pentru grupurile vulnerabile din Europa și Asia Centrală” (*Social security for all – Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of Europe and Central Asia*),
 - având în vedere articolul 48 din Regulamentul de procedură,
 - având în vedere raportul Comisiei pentru ocuparea forței de muncă și afaceri sociale, precum și avizul Comisiei pentru drepturile femeii și egalitatea de gen (A7-0221/2013),
- A. întrucât toate ființele umane se nasc libere și egale în demnitate și în drepturi, iar statele membre au responsabilitatea de a promova și garanta aceste drepturi prin intermediul constituției lor și a sistemelor lor publice de sănătate; întrucât inegalități bazate pe criterii de gen în ceea ce privește accesul la asistență medicală și rezultatele în materie de sănătate există în întreaga UE;
- B. întrucât valorile fundamentale ale UE ar trebui să fie respectate chiar și într-o situație de criză și întrucât accesul la îngrijire și la asistență medicală și socială ar trebui să fie considerat un drept fundamental al tuturor cetățenilor UE; întrucât, în schimb, serviciile medicale, de îngrijire și sociale au suferit reduceri în majoritatea statelor membre ca urmare a implementării politicilor de austeritate, subminând astfel accesul universal și calitatea serviciilor;
- C. întrucât sistemele de asistență medicală din UE se confruntă cu provocări semnificative, inclusiv cu criza persistentă a datoriilor suverane din zona euro care generează presiuni asupra finanțelor publice, cu îmbătrânirea populației, cu natura fluctuantă a serviciilor medicale și costurile tot mai mari pentru sănătate, care impun în mod evident necesitatea unei reforme;
- D. întrucât UE dispune de cel mai avansat sistem de protecție socială din lume, înregistrând

¹ Eurofound (2012) „Serviciile de consultanță privind îndatorarea gospodăriilor din Uniunea Europeană”, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg (<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1189.htm>).

² Eurofound (2012), „Condițiile de viață ale romilor: locuințele inadecvate și sănătatea”, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg - <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2012/02/en/1/EF1202EN.pdf>

³ Eurofound (2012) „Incluziunea activă a tinerilor cu probleme de sănătate sau cu handicap”, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, Luxemburg - <http://www.eurofound.europa.eu/areas/socialcohesion/illnessdisabilityyoung.htm>

cele mai ridicate contribuții pentru prestații sociale pentru cetățeni; subliniază faptul că menținerea și dezvoltarea în continuare a modelului social european trebuie să fie o prioritate politică;

- E. întrucât Organizația Mondială a Sănătății subliniază în Carta de la Tallin că sănătatea este un factor esențial care contribuie la dezvoltare economică și prosperitate;
- F. întrucât, în mai multe state membre, inegalitățile sunt în continuă creștere din cauza înrăutățirii situației celor mai sărace și mai defavorizate persoane din statele respective; întrucât, în 2011, aproximativ 24,2 % din populația UE era considerată ca aflându-se în situație de risc de sărăcie sau excluziune socială; întrucât, mai mult decât atât, starea de sănătate autodeclarată în rândul persoanelor cu venituri scăzute s-a înrăutățit, înregistrându-se un decalaj din ce în ce mai pronunțat comparativ cu 25 % dintre persoanele cu cele mai ridicate venituri;
- G. întrucât ratele șomajului pe termen lung sunt în creștere, mulți cetățeni rămânând fără asigurarea de sănătate, ceea ce le restricționează accesul la serviciile de asistență medicală;
- H. întrucât, în contextul crizei actuale, grupurile cele mai vulnerabile sunt cu precădere afectate, deoarece ele se confruntă atât cu pierderea veniturilor, cât și cu reducerea numărului de servicii de îngrijire;
- I. întrucât „sărăcia cronică”, o categorie în care se încadrează adesea șomerii pe termen lung sau angajații cu salarii scăzute, persoanele singure cu copii care nu sunt încadrate profesional sau care lucrează cu o normă redusă și persoanele vârstnice din Europa Centrală și de Est desemnează în mod constant grupurile cele mai vulnerabile ale populației;
- J. întrucât cele mai recente studii confirmă apariția unui nou grup de persoane vulnerabile care în trecut erau relativ înstărite, dar care în prezent se confruntă cu nevoi din cauza nivelurilor de datorie personală. acest nou grup de persoane „care se confruntă cu o situație precară” este expus riscului de a nu mai face față cheltuielilor de la o lună la alta, de a nu-și mai putea plăti facturile și de a nu-și mai putea achita datoriile sau de a nu putea să plătească pentru serviciile de îngrijire necesare, trăind cu teama de a fi nevoiți să își părăsească locuința;
- K. întrucât un rol important îl joacă serviciile publice – deținute sau administrate de stat, cu implicarea democratică a beneficiarilor lor – în domenii esențiale pentru bunăstare, inclusiv sănătate, educație, justiție, apă, locuințe, transport și asistență în favoarea copiilor și a persoanelor în vârstă;
- L. întrucât fragmentarea sistemelor de asistență medicală poate conduce la situația în care mulți pacienți nu primesc îngrijirile medicale necesare, în timp ce alți pacienți primesc o îngrijire care poate fi inutilă sau chiar dăunătoare;
- M. întrucât criza a sporit riscul excluziunii pe termen lung de pe piața muncii, în special pentru tineri, aceștia fiind cei mai vulnerabili la consecințele sale în ceea ce privește viitoarea participare pe piața muncii și câștigurile acestora;
- N. întrucât din ce în ce mai multe persoane din UE lucrează și după împlinirea vârstei legale

de pensionare, în parte din cauza nevoilor financiare, celelalte surse de venit pe gospodărie după pensionare fiind supuse presiunilor;

- O. întrucât costurile serviciilor pentru utilizatorii de servicii sunt în creștere în anumite state membre, ceea ce înseamnă că un număr mare de persoane nu mai dispun de posibilități financiare pentru a-și permite un nivel adecvat de servicii care să răspundă nevoilor lor clare, conducând astfel la o pierdere a independenței, la presiuni suplimentare în ceea ce privește situația lor familială sau locul de muncă ori la efecte potențial dăunătoare asupra stării lor de sănătate, toate acestea favorizând ecluziunea socială a acestora;
- P. întrucât sistemele de asistență medicală pot (în mod neintenționat) să creeze bariere în calea accesului la îngrijiri de sănătate sau să asigure aceste îngrijiri la un nivel calitativ diferit pentru persoanele care au mai mult de o caracteristică protejată, cum ar fi sexul, vârsta sau apartenența la un grup minoritar;
- Q. întrucât unele sisteme de securitate socială sunt modificate pentru a se elimina sau a se limita accesul la asistență medicală pentru anumite grupuri și la decontări pentru anumite tratamente și medicamente¹, ceea ce creează riscuri suplimentare pentru sănătatea individuală și publică, precum și pentru sustenabilitatea pe termen lung a sistemelor respective;
- R. întrucât se estimează că cea mai mare pondere a îngrijirilor la nivelul UE este furnizată în prezent de îngrijitori informali, neplătiți; întrucât această resursă enormă este amenințată din cauza unei serii de schimbări demografice, precum și din cauza accentuării poverii pe care o reprezintă îngrijirile;
- S. întrucât dreptul la o gamă de servicii la domiciliu, rezidențiale și la alte servicii comunitare de sprijin, inclusiv la asistență personală, este consacrat la articolul 19 și la articolul 26 din Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu handicap;
- T. întrucât cauzele plasării copiilor în centre de îngrijire alternativă sunt complexe și multidimensionale, însă deseori apar direct sau indirect asociate cu sărăcia și excluziunea socială;
- U. întrucât lipsa unor informații exacte și accesibile poate contribui la incapacitatea grupurilor vulnerabile de a accesa îngrijirea necesară la care sunt îndreptățite;
- V. întrucât rapoartele indică o creștere a dificultăților pentru unii resortisanți ai UE și pentru alte persoane care au dreptul legal de a-și exercita dreptul la îngrijire într-o situație transfrontalieră;
- W. întrucât problemele demografiei medicale (niveluri scăzute ale acordării de îngrijire în anumite zone geografice) în multe state membre îngreunează accesul grupurilor vulnerabile la îngrijiri;
- X. întrucât există un număr tot mai mare de relatări privind sporirea fragmentării și a agresiunii sociale care duce la atacuri verbale și fizice împotriva minorităților și a

¹ A se vedea, de exemplu, articolul 5 din Decretul regal spaniol nr. 16/2012 din 20 aprilie 2012, intrat în vigoare la 28 decembrie 2012. Disponibil la adresa: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd116-2012.html#a5.

persoanelor vulnerabile; întrucât astfel de incidente ar trebui să fie raportate în mod detaliat;

- Y. întrucât, în unele state membre, lipsa de progrese în ceea ce privește politica privind persoanele cu handicap, cu dificultăți de învățare sau cu tulburări psihice conduce la o îndepărtare de abordarea bazată pe drepturi care vizează incluziunea deplină în comunitate și la o apropiere de abordarea instituțională și diferențiată din trecut;
- Z. subliniază potențialul ridicat de ocupare a forței de muncă al sectorului asistenței medicale și sociale din întreaga UE;
- AA. întrucât, în unele state membre, un număr mare de locuri de muncă din sectorul asistenței medicale și al îngrijirii sunt în continuare slab remunerate, adeseori fără acces la contracte oficiale și la alte drepturi de muncă fundamentale și prezintă un grad scăzut de atractivitate din cauza riscului ridicat de stres fizic și emoțional, a pericolului de epuizare profesională și a lipsei oportunităților de dezvoltare a carierei; întrucât sectorul asigură o formare insuficientă și, mai mult decât atât, angajații săi sunt în mod predominant persoane în vârstă, femei sau lucrători migranți; întrucât îngrijirea în UE este, în multe cazuri, acordată de îngrijitori informali care nu sunt plătiți, care pot fi considerați ei înșiși un grup vulnerabil din cauza presiunilor tot mai accentuate de a furniza niveluri de îngrijiri mai sofisticate și mai tehnice; întrucât în numeroase state membre nu există un serviciu de îngrijire de calitate, disponibil tuturor, indiferent de venit;
- AB. întrucât trecerea de la formele de îngrijire instituționale la cele comunitare presupune un sprijin sporit în materie de locuințe pentru a permite persoanelor vulnerabile să locuiască independent;
- AC. întrucât tinerii care părăsesc centrele de îngrijire pentru a duce o viață independentă sunt deosebit de expuși sărăciei și excluziunii sociale;
- AD. întrucât un număr din ce în ce mai mare de persoane vârstnice trebuie clasificate ca fiind vulnerabile;
- AE. întrucât este posibil ca cetățenii săraci din UE care sunt resortisanți ai altor state membre sau resortisanți ai țărilor terțe înscriși în sistemul de asigurări sociale al unui alt stat membru să se confrunte și ei cu dificultăți majore în ceea ce privește accesul la îngrijire;
- AF. întrucât toți oamenii au dreptul la standarde de viață care să le permită atât lor, cât și familiilor lor să se bucure de sănătate și condiții bune de viață;
- AG. întrucât trebuie subliniată importanța societății civile și a organizațiilor sale, care joacă un rol vital în contactele cu grupurile excluse;
- AH. întrucât protecția sănătății are efecte importante asupra calității, duratei și demnității vieții umane;
- AI. întrucât, în fiecare an, aproximativ 10 % din nașterile din UE sunt premature (vârsta gestațională sub 37 de săptămâni) și întrucât mamele copiilor născuți înainte de termen nu au adesea acces la servicii medicale care să corespundă unui standard adecvat, fapt ce se reflectă într-un mod și mai pregnant în echilibrul dintre viața profesională și cea personală;

AJ. întrucât sărăcia, educația inadecvată și nivelul inferior de integrare socială conduc la o sănătate precară; întrucât principalele obstacole în calea îngrijirii sănătății grupurilor vulnerabile sunt lipsa de cunoștințe sau de înțelegere a sistemului de sănătate, problemele administrative, lipsa de cunoștințe în domeniul prevenirii bolilor și lipsa accesului fizic la servicii,

1. invită Comisia să solicite statelor membre să furnizeze informații privind măsurile de austeritate implementate și să efectueze evaluări ale impactului social al măsurilor de austeritate, incluzând orientări cu privire la gestionarea impactului social și economic pe termen mediu și lung al acestor măsuri în recomandările specifice fiecărei țări; solicită Comisiei să elaboreze rapoarte de sinteză periodice ale acestor evaluări și să le înainteze Parlamentului; solicită ca procesul semestrului european să nu se axeze numai pe sustenabilitatea financiară a sistemelor de securitate socială, ci și pe posibilul impact asupra accesibilității și dimensiunii calitative a serviciilor de îngrijire;
2. solicită Comisiei și statelor membre să încurajeze și să promoveze investițiile sociale în servicii sociale cum ar fi asistența medicală, sectorul îngrijirii și cel social, aceste sectoare fiind esențiale pentru a răspunde schimbărilor demografice și consecințelor sociale ale crizei și prezentând un potențial deosebit în ceea ce privește crearea de locuri de muncă;
3. este convins că reformele necesare ar trebui să abordeze calitatea și eficacitatea îngrijirilor medicale, ar trebui să îmbunătățească accesul la o îngrijire corectă și la momentul oportun, ar trebui să păstreze starea bună de sănătate a oamenilor și să asigure prevenirea, în cea mai mare măsură posibilă, a complicațiilor comune și evitabile ale bolilor;
4. reamintește faptul că statele membre au convenit să adopte o abordare care face tranziția de la măsuri „curative” care combat semnele excluziunii și ale unei stări de sănătate precară la măsuri „de prevenire” ca strategie de îmbunătățire a calității vieții și de reducere a poverii bolilor cronice, a fragilității și a handicapului¹; subliniază, în acest sens, costurile pe termen lung ale non-acțiunii;
5. consideră că privirea persoanelor vulnerabile de accesul la asistență medicală sau servicii de îngrijire constituie o economie falsă deoarece acest lucru poate avea un impact negativ pe termen lung asupra costurilor asistenței medicale și asupra sănătății individuale sau publice;
6. consideră că nu s-a efectuat o evaluare completă a consecințelor sociale și economice vaste, nici a potențialului efect discriminatoriu și nici a implicațiilor pe termen lung, inclusiv a pericolelor pentru sănătatea publică și a posibilelor consecințe asupra speranței de viață care sunt asociate cu multe dintre măsurile de reducere a costurilor pe termen scurt, aplicate în prezent, cum ar fi introducerea accesului anticipat la onorarii pentru îngrijiri medicale, cheltuieli individuale mai ridicate sau anularea accesului la îngrijire pentru grupurile vulnerabile; avertizează că astfel de măsuri au un impact negativ disproporționat asupra grupurilor vulnerabile;
7. consideră regretabil faptul că stigmatul social asociat anumitor condiții medicale

¹ Concluziile Consiliului privind îmbătrânirea sănătoasă și demnă, cea de a 2 980-a reuniune a Consiliului Ocuparea Forței de Muncă, Politică Socială, Sănătate și Consumatori, noiembrie 2009.

descurajează persoanele să solicite îngrijirea necesară, făcând totodată posibil ca bolile transmisibile să rămână, de exemplu, netratate, ceea ce prezintă un risc ulterior pentru sănătatea publică;

8. regretă impactul disproporționat pe care practicile de reținere și obligațiile de raportare prevăzute de state în ceea ce privește aplicarea legislației în domeniul imigrației îl au asupra capacității migranților fără documente legale de a beneficia de tratament medical¹;
9. recunoaște faptul că există relații strânse între o serie de vulnerabilități, experiența îngrijirilor instituționale, lipsa accesului la îngrijiri comunitare de calitate și, ca o consecință, lipsa de adăpost; reamintește faptul că serviciile medicale și de îngrijire pot juca un rol important în prevenirea și combaterea sărăciei și a excluziunii sociale, inclusiv a unor forme extreme precum lipsa de adăpost; subliniază faptul că grupurile care prezintă mai mulți factori de vulnerabilitate, cum ar fi romii, persoanele fără permis de ședere valabil sau persoanele fără adăpost, sunt expuse unui risc și mai ridicat de a fi excluse de la campaniile de prevenire a riscurilor, de la controale și tratament;
10. subliniază efectele negative pe termen lung ale reducerii măsurilor de îngrijire preventivă în perioade de criză; consideră că, în cazul în care este necesară o reducere a măsurilor preventive, ele ar trebui să fie aduse cel puțin la nivelul anterior, astfel încât să aibă continuitate și să nu se distrugă infrastructura; subliniază faptul că criza economică și financiară și așa-numitele politici de austeritate impuse statelor membre nu ar trebui să antreneze scăderi ale investițiilor în serviciile publice și de sănătate naționale, dar că, având în vedere importanța și caracterul lor esențial, ar trebui, în schimb, să se depună eforturi în vederea consolidării acestor servicii pentru a răspunde nevoilor societății, în special ale grupurilor sale cele mai vulnerabile;
11. consideră că măsurile de austeritate nu ar trebui sub nicio formă să priveze cetățenii de accesul acestora la servicii sociale și medicale de bază și nici să submineze inovarea în domeniul furnizării de servicii sociale și nu ar trebui să inverseze tendințele pozitive ale dezvoltării politicilor;
12. invită statele membre să promoveze recrutarea în cadrul serviciilor de asistență socială și să lucreze la sporirea atractivității sectorului ca opțiune viabilă pe planul carierei pentru tineri;
13. subliniază faptul că numărul cetățenilor UE care locuiesc într-o altă țară a UE decât propria lor țară și care nu au asigurare medicală, de exemplu din cauza șomajului sau a pierderii permisului de ședere, este în creștere; subliniază faptul că cetățenii UE care au asigurare medicală într-o altă țară a UE întâmpină deseori dificultăți în a obține acces la îngrijire prin faptul că sunt nevoiți să plătească anticipat;
14. este preocupat de faptul că persoanele cu handicap din întreaga UE sunt afectate în mod disproporționat de reducerea cheltuielilor publice și, prin urmare, acestea nu mai beneficiază de serviciile de sprijin care le dau posibilitatea de a trăi în mod independent în comunitate;

¹ Orientările FRA „Reținerea migranților aflați în situație de ședere ilegală – considerații privind drepturile fundamentale” propun statelor membre principii esențiale privind practicile de depistare și de raportare în centrele medicale sau în apropierea acestora: http://fra.europa.eu/sites/default/files/document-on-apprehensions_1.pdf

15. consideră că acest lucru determină creșterea numărului persoanelor care trăiesc în centre de îngrijire pe termen lung și menținerea excluziei sociale a persoanelor cu handicap în UE, ceea ce reprezintă o încălcare directă a angajamentelor asumate de UE în temeiul Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu handicap și al Strategiei europene 2010-2020 pentru persoanele cu handicap;
16. subliniază faptul că îngrijirea de care urmează să beneficieze persoanele cu handicap ar trebui să fie acordată într-un mod accesibil, atât sub aspectul infrastructurii, cât și al comunicării, fapt deosebit de important în cazul persoanelor cu handicap mental (cu dificultăți de învățare); subliniază necesitatea de a încuraja formarea prestatorilor de servicii de îngrijire și a medicilor generaliști să asigure îngrijire într-un mod accesibil;
17. consideră că orice reducere în domeniul îngrijirii și al serviciilor de sprijin pentru tineri sau pentru alte grupuri vulnerabile poate submina politicile actuale ale UE privind incluziunea activă; subliniază faptul că ratele ridicate ale șomajului în rândul tinerilor creează presiuni suplimentare asupra tuturor tipurilor de servicii sociale și că o acțiune orientată ar putea fi de ajutor;
18. constată că, având în vedere rata tot mai ridicată a șomajului și a șomajului pe termen lung, care se datorează crizei, unei mari părți dintre semenii noștri – șomerii pe termen lung și persoanele dependente de aceștia – i se refuză accesul la sistemul public de sănătate, la securitate socială și la îngrijiri de sănătate; face apel la statele membre, în special la cele care înregistrează cele mai ridicate rate ale șomajului, să găsească soluții rapide și eficiente la această problemă majoră, prin adoptarea măsurilor necesare;
19. salută recomandarea Comisiei din 20 februarie 2013, intitulată „Investiția în copii: ruperea cercului vicios al defavorizării”; recunoaște importanța și rentabilitatea investițiilor în favoarea copiilor în primii ani de viață, din punct de vedere al dezvoltării potențialului lor maxim; recunoaște că investițiile în servicii sociale de înaltă calitate sunt esențiale pentru dezvoltarea unor servicii adecvate și eficiente de protecție a copilului și pentru elaborarea unor strategii de prevenire cuprinzătoare; reamintește importanța adoptării unei perspective pe toată durata vieții, precum și a promovării sănătății, a prevenției și a diagnosticării precoce; subliniază faptul că recenta pandemie de rujeolă a demonstrat importanța pe care o au vaccinările gratuite pentru copii în ceea ce privește menținerea sănătății publice;
20. recunoaște contribuția socială și economică semnificativă a membrilor de familie care acționează ca îngrijitori și a voluntarilor (îngrijire informală) și responsabilitățile tot mai mari care le revin din cauza reducerii numărului serviciilor furnizate sau din cauza creșterii costurilor acestor servicii; consideră că măsurile de austeritate nu ar trebui să conducă la o suprasolicitare și mai pronunțată a îngrijitorilor informali; subliniază importanța recunoașterii competențelor îngrijitorilor, ca o garanție a activității de înaltă calitate; solicită sprijin și asistență corespunzătoare pentru membrii de familie care acționează în calitate de îngrijitori, în ceea ce privește combinarea îngrijirii și a carierei, și consideră că timpul petrecut în calitate de îngrijitor trebuie calculat în vederea eligibilității pentru pensie; subliniază faptul că cea mai mare parte a serviciilor de îngrijire din UE este acordată pe o bază informală, adică de membrii de familie și de voluntari, și invită Comisia, statele membre și partenerii sociali să sporească aprecierea și recompensele financiare pentru această contribuție;
21. recunoaște faptul că tot mai multe femei sunt implicate în activități profesionale

remunerate (având însă un nivel de salarizare cu 18 % mai scăzut decât bărbații), dar, în același timp, femeile sunt în continuare cele care acordă servicii de îngrijire relativ frecvent (78 % dintre îngrijitori sunt femei), ceea ce face dificilă asigurarea unui echilibru satisfăcător între viața profesională și cea personală; consideră că, în general, opțiunile de lucru flexibile sunt importante pentru a ajuta persoanele să îmbine munca și îngrijirea; în același timp, este preocupat de impactul negativ pe care reducerea numărului serviciilor furnizate sau creșterea costurilor acestor servicii îl exercită asupra ocupării forței de muncă în rândul femeilor, asupra echilibrului între viața profesională și cea privată, asupra egalității de gen și a îmbătrânirii în condiții bune de sănătate;

22. reamintește faptul că sectorul îngrijirilor a fost identificat de UE ca fiind un domeniu cu potențial de creștere în domeniul ocupării forței de muncă, iar Parlamentul a identificat necesitatea îmbunătățirii remunerării și a formării, pentru ca acest sector să devină o opțiune atractivă pe planul carierei și pentru a îmbunătăți calitatea serviciului; semnalează lipsa evidentă a lucrătorilor în unele părți din sectorul furnizării de servicii medicale și de îngrijire și invită statele membre să promoveze formarea în domeniul îngrijirii în rândul tinerilor, precum și măsurile de formare care pot ajuta îngrijitorii și prestatorii de astfel de servicii să înțeleagă mai bine nevoile beneficiarilor de îngrijire;
23. subliniază importanța din ce în ce mai mare a prestării de servicii mobile pentru a aduce serviciile la cei care le solicită, în zonele urbane, precum și în cele rurale;
24. subliniază contribuția valoroasă a sectorului de voluntariat în ceea ce privește îngrijirea persoanelor vârstnice care au nevoie de îngrijire și, după caz, a persoanelor izolate care trăiesc singure;
25. apreciază faptul că parteneriatul european pentru inovare privind îmbătrânirea activă și în condiții bune de sănătate (EIP) a fost ales pentru a răspunde acestor provocări generate de îmbătrânirea demografică; acesta include obiectivul de a crește cu doi ani, până în 2020, durata de viață în condiții bune de sănătate a cetățenilor UE; de asemenea, acesta urmărește o situație care prezintă un avantaj triplu pentru Europa, prin:
 - (i) îmbunătățirea sănătății și a calității vieții persoanelor în vârstă;
 - (ii) îmbunătățirea sustenabilității și a eficacității sistemelor de îngrijire; și
 - (iii) crearea de oportunități de creștere și de desfacere pentru întreprinderi;
26. recunoaște activitatea desfășurată de organizațiile din sectorul terțiar și din domeniul voluntariatului, dar consideră că această activitate nu ar trebui să se substituie responsabilității statului de furniza servicii de înaltă calitate, cu un grad ridicat de eficiență, fiabile și la prețuri abordabile, care să fie accesibile tuturor și să aibă statutul unui bun public, beneficiind de sprijin financiar din resursele publice;
27. evidențiază „cadrul european de calitate pentru îngrijire pe termen lung”, care oferă principii și orientări pentru demnitatea și bunăstarea persoanelor vârstnice care necesită îngrijire și care a fost publicat în cadrul proiectului WeDO¹ al Comisiei;

¹ WeDO, proiect sprijinit de Comisia Europeană (2010-2012), a fost condus de un grup operativ alcătuit din 18 organizații partenere din 12 de state membre. Interesul comun al

28. invită statele membre să îmbunătățească cunoștințele în materie de sănătate și să furnizeze informații adecvate cu privire la serviciile disponibile grupurilor vulnerabile care, de cele mai multe ori, întâmpină dificultăți în a obține accesul la serviciile de care au nevoie; nu mai puțin importantă este implicarea beneficiarilor de îngrijire și a îngrijitorilor în procesele decizionale care îi privesc;

Recomandări

29. solicită Comisiei să obțină date comparabile și actuale sub forma unei analize fundamentale privind accesul la îngrijire;
30. invită Comisia și statele membre, în cooperare cu toate părțile interesate relevante, să monitorizeze și să abordeze în planurile naționale de reformă politicile naționale care sunt în contradicție cu obiectivul de reducere a sărăciei până în 2020; invită statele membre să acorde o atenție specială celor mai vulnerabile grupuri, să elimine barierele din calea accesului, să îmbunătățească și să consolideze absorbția de fonduri și măsurile preventive într-o etapă timpurie, astfel încât să se revină la o abordare bazată pe drepturi și să se evite prejudiciile pe termen lung și costurile care decurg din lipsa de acțiune;
31. invită Comisia, partenerii sociali și statele membre să acționeze în ceea ce privește rezultatele unei analize a atuurilor și a punctelor slabe ale Anului european al îmbătrânirii active și al solidarității între generații - 2012;
32. recomandă statelor membre să colaboreze în vederea realizării cât mai multora dintre programele privind îmbunătățirea sănătății persoanelor vulnerabile, în special a copiilor și tinerilor, în cadrul procesului de mobilitate al acestora, recunoscut ca fiind un drept fundamental în spațiul UE;
33. invită Comisia să ia în considerare tensiunile care pot apărea între drepturile în materie de securitate socială în temeiul Regulamentului (CE) nr. 883/2004¹ și aplicarea Directivei 2004/38/CE², pentru a propune modificările necesare în vederea eliminării lacunelor existente în ceea ce privește domeniul de aplicare;
34. îndeamnă Comisia și toate statele membre să stabilească priorități, să reducă diferențele dintre bărbați și femei și să asigure accesul efectiv al femeilor la serviciile de sănătate și planificare familială, precum și să acorde o atenție specială altor grupuri vulnerabile și defavorizate care au nevoie de protecție socială în domeniul sănătății;
35. invită Comisia să includă, în acordurile cu țările care beneficiază de asistență financiară, garanții sociale care să protejeze serviciile de îngrijire și serviciile sociale, precum și sistemele de protecție socială; invită Comisia și statele membre să dezvolte utilizarea de noi tehnologii, cum ar fi telemedicina, pentru a facilita accesul la îngrijire;
36. invită Comisia să promoveze accesul egal la educație și îngrijire pentru copiii de vârste mici și să asigure un sprijin financiar adecvat în favoarea acestor servicii;

tuturor organizațiilor partenere a fost și rămâne acela de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor vârstnice care necesită îngrijire.

¹ JO L 166, 30.4.2004, p. 1.

² JO L 158, 30.4.2004, p. 77.

37. îndeamnă statele membre să asigure servicii comunitare pentru copiii cu handicap;
38. invită statele membre să identifice și să elimine obstacolele și barierele în ceea ce privește accesul persoanelor cu handicap la transportul public, la servicii și la informații;
39. invită Comisia și statele membre să stabilească priorități pentru a elimina carențele și a furniza acces efectiv la servicii medicale pentru grupurile vulnerabile, inclusiv femeile sărace, migranții și romii în ceea ce privește protecția socială în domeniul sănătății, garantând disponibilitatea, accesibilitatea ca preț și calitatea îngrijirilor de sănătate, precum și organizarea eficientă și eficace și finanțarea adecvată în toate regiunile geografice;
40. îndeamnă statele membre să adopte politici care să promoveze sănătatea și prevenirea bolilor prin garantarea asistenței medicale gratuite, universale și de calitate pentru cele mai dezavantajate grupuri, acordând o atenție deosebită garantării asistenței medicale primare, medicinei preventive și accesului la diagnoză, tratament și recuperare; solicită furnizarea mijloacelor necesare pentru combaterea problemelor principale legate de sănătatea publică cu care se confruntă femeile și garantarea dreptului la sănătate sexuală și reproductivă, a serviciilor medicale pentru femeile care sunt victime ale violenței și a asistenței medicale pentru sugari;
41. invită statele membre, în cooperare cu Comisia, să analizeze mai în detaliu legătura dintre sănătatea fizică și psihică, pe de o parte, și șomajul și insecuritatea locurilor de muncă, pe de altă parte – pe care criza le-a revelat ca fiind fenomene majore – pentru a institui o planificare adecvată care să prevină și să abordeze consecințe dăunătoare de acest tip;
42. recomandă ferm statelor membre să-și consolideze serviciile de sănătate legate de prevenire și de asistența primară, punând accentul pe îmbunătățirea sănătății femeilor și a accesului la îngrijire, mai ales pentru femeile care trăiesc în zone situate departe de centrele urbane, precum și pe măsurile pentru grupurile cele mai defavorizate (copii și tineri, persoane în vârstă, persoane cu dizabilități, șomeri și persoane fără adăpost), care să garanteze dreptul tuturor la monitorizare medicală regulată;
43. îndeamnă Comisia și statele membre să trateze maternitatea și îngrijirea neonatală, mai ales în cazurile de naștere prematură, drept priorități ale sănătății publice și să le încorporeze în strategiile naționale și europene de sănătate publică;
44. invită Comisia și statele membre să organizeze cursurile necesare de instruire și formare continuă pentru toate cadrele medicale care lucrează în unitățile medicale de preconcepție, maternitate și cele de îngrijire neonatală, pentru a preveni nașterile premature și pentru a reduce numărul de boli cronice care afectează copiii născuți prematur;
45. îndeamnă statele membre să asigure asistență adecvată femeilor în timpul sarcinii și după sarcină și în perioada de alăptare, oferindu-le servicii gratuite de îngrijire / consultare atunci când este nevoie și o nutriție adecvată, în special pentru cele care se află într-o situație de risc de sărăcie și excluziune socială din cauza crizei economice recente;
46. îndeamnă statele membre să dezvolte structuri adecvate care să ofere persoanelor posibilități de „consultare medico-socială”, astfel încât să se țină seama mai mult de condițiile de trai ale celor mai săraci;

47. solicită statelor membre să furnizeze informații clare și accesibile privind drepturile migranților în toate limbile relevante, inclusiv în limba romani;
48. îndeamnă statele membre să ia măsuri împotriva infracțiunilor inspirate de ură și să promoveze politici împotriva discriminării, dacă este necesar prin consolidarea organismelor naționale de combatere a discriminării și prin promovarea formării în cadrul autorităților publice;
49. îndeamnă statele membre să pună în aplicare articolul 19 din TFUE și să adopte Directiva privind punerea în aplicare a principiului tratamentului egal al persoanelor indiferent de religie sau convingeri, handicap, vârstă sau orientare sexuală, pentru a interzice discriminarea bazată pe religie sau convingeri, handicap, vârstă sau orientare sexuală¹ și pentru a pune în aplicare principiul egalității de tratament în domenii precum protecția socială, inclusiv securitatea socială și îngrijirile de sănătate, educația și accesul la bunuri și servicii și furnizarea acestor bunuri și servicii care sunt disponibile publicului din punct de vedere comercial, inclusiv locuințele;
50. invită statele membre să efectueze evaluări ale impactului pentru a asigura faptul că măsurile adoptate care pot avea impact asupra persoanelor celor mai vulnerabile sunt în conformitate cu principiile prevăzute în Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene și cu dispozițiile Directivei 2000/43/CE de punere în aplicare a principiului egalității de tratament între persoane, fără deosebire de rasă sau origine etnică²;
51. îndeamnă statele membre să prevină lipsa de adăpost, să acorde îngrijirea necesară persoanelor fără adăpost și să nu incrimineze lipsa de adăpost în legislația lor națională;
52. îndeamnă Comisia și statele membre să se asigure că toate politicile sau programele de finanțare destinate să sprijine inovarea socială și/sau serviciile legate de îngrijire vizează serviciile care răspund cel mai bine nevoilor sociale și care îmbunătățesc calitatea vieții oamenilor și că acestea sunt dezvoltate în strânsă cooperare și consultare cu organizațiile care apără și reprezintă grupurile vulnerabile;
53. semnalează domeniul de aplicare al inițiativei pentru antreprenoriatul social a Parlamentului și subliniază importanța economiei sociale, care, împreună cu întreprinderile sociale, consolidează efectiv domeniul asistenței medicale și sociale, aflat în creștere rapidă;
54. îndeamnă Comisia și Consiliul să colaboreze cu Parlamentul pentru a consolida finanțarea acordată programelor care vizează grupurile vulnerabile; îndeamnă Comisia să ia toate măsurile posibile pentru a asigura absorbția deplină și acordarea în întregime a finanțării disponibile în cadrul Fondului social european, al Fondului de ajutor european pentru cele mai defavorizate persoane și al altor instrumente relevante care abordează nevoile persoanelor vulnerabile sau ale celor expuse riscului de excluziune, precum și să sprijine eforturile depuse de statele membre în ceea ce privește îndeplinirea obiectivului de reducere a sărăciei vizat de Strategia Europa 2020 și să promoveze inovarea și calitatea în sectorul serviciilor medicale și de îngrijire; subliniază importanța unor instrumente de finanțare conexe, cum ar fi Programul UE pentru schimbări sociale și inovare socială și Fondul european de antreprenoriat social;

¹ COM(2008)0426.

² JO L 180, 19.7.2000, p. 22.

55. invită Comisia să elaboreze un pachet de indicatori obiectivi și subiectivi cu scopul de a măsura și publica periodic componentele materiale și nemateriale ale bunăstării, inclusiv indicatori sociali, pentru a completa PIB-ul național și european și indicatorii de șomaj, fiind astfel posibil să se măsoare progresele sociale, nu doar evoluția economică;
56. invită Comisia și statele membre să recunoască în mod explicit contribuția neprețuită a îngrijitorilor informali; îndeamnă statele membre să instituie și să mențină măsuri de sprijin specifice pentru îngrijitori și sectorul de voluntariat în interesul furnizării unor măsuri mai adaptate la nevoile persoanelor, de calitate și rentabile, de exemplu, măsuri care să permită reconcilierea vieții profesionale cu cea de familie, care să faciliteze o mai bună cooperare și coordonare între prestatorii de servicii de îngrijire informali și formali și care să asigure politici de securitate socială adecvate și formare pentru îngrijitori; invită Comisia și statele membre să dezvolte un cadru coerent pentru toate tipurile de concediu de îngrijire; invită Comisia Europeană să prezinte o propunere de directivă a UE privind concediul pentru acordarea de îngrijiri, cu respectarea principiului subsidiarității, astfel cum este prevăzut în tratate;
57. invită statele membre să furnizeze informații exacte și ușor de înțeles, în limbi și formate relevante, privind dreptul la îngrijiri și să asigure accesibilitatea acestora pe scară largă;
58. invită Comisia, statele membre și partenerii sociali să elaboreze definiții clare ale profilurilor profesionale în sectorul îngrijirilor, care să permită o delimitare precisă a drepturilor și a obligațiilor;
59. solicită statelor membre să integreze toți actorii potențiali de la nivel local, regional și național, precum și partenerii sociali, în inițiative destinate serviciilor sociale, de prevenție și de sănătate;
60. îndeamnă statele membre să promoveze programe de formare cerute de sectoarele de îngrijire și de asistență și să ofere burse pentru persoanele care urmează studii în domeniu;
61. îndeamnă Comisia să promoveze o campanie în scopul de a recruta tineri și a îmbunătăți imaginea publică a sectorului îngrijirilor în calitate de angajator;
62. solicită respectarea drepturilor de inserție profesională ale persoanelor care lucrează în sectorul îngrijirii, inclusiv a dreptului la un venit decent și la condiții decente și a dreptului de a forma și de a adera la sindicate cu drepturi de negociere colectivă;
63. îndeamnă statele membre să sprijine autoritățile naționale, regionale și locale pentru crearea de scheme de finanțare durabile pentru serviciile de îngrijire și pentru dezvoltarea de scheme de formare și de reconversie profesională a forței de muncă, cu ajutorul fondurilor FSE;
64. îndeamnă partenerii sociali să dezvolte un dialog social la nivel oficial, referitor la sectorul de îngrijire;

o

o o

65. încredințează Președintelui sarcina de a transmite prezenta rezoluție Consiliului, Comisiei și guvernelor statelor membre.