



EUROOPA PARLAMENT

2009–2014

Istungidokument

A7-0306/2013

26.9.2013

RAPORT

Seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused
(2013/2040(INI))

Naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjon

Raportöör: Edite Estrela

SISUKORD

	lk
EUROOPA PARLAMENDI RESOLUTSIOONI ETTEPANEK.....	3
SELETUSKIRI	21
VÄHEMUSE ARVAMUS	28
ARENGUKOMISJONI ARVAMUS	29
PARLAMENDIKOMISJONIS TOIMUNUD LÕPPHÄÄLETUSE TULEMUS.....	33

EUROOPA PARLAMENDI RESOLUTSIOONI ETTEPANEK

seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste kohta

(2013/2040(INI))

Euroopa Parlament,

- võttes arvesse 1948. aastal vastu võetud inimõiguste ülddeklaratsiooni ning eelkõige selle artikleid 2 ja 25,
- võttes arvesse ÜRO 1966. aastal vastu võetud majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvahelise pakti artikli 2 lõiget 2, artikleid 3 ja 12, nii nagu on neid tõlgendatud ÜRO majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste komitee üldises kommentaaris nr 14,
- võttes arvesse ÜRO 1979. aastal vastu võetud naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimist käsitleva konventsiooni artiklit 2, artikli 12 lõiget 1 ja artikli 16 lõiget 1, milles viidatakse naiste tervisele, abielule ja pereelule, ning üldiseid soovitusi nr 21 (1994) ning nr 24 (1999),
- võttes arvesse 1989. aastal vastu võetud lapse õiguste konventsiooni artikleid 2, 12 ja 24, milles viidatakse mittediskrimineerimisele, lapse õigusele väljendada oma vaateid ning ema, imiku ning lapse tervisekaitsele, peale selle veel perekonna planeerimise alase kasvatus ja teenuste arendamisele,
- võttes arvesse ÜRO rahvusvahelise rahvastiku ja arengukonverentsi deklaratsiooni ja tegevuskava (Kairo, 13. september 1994) ja selle läbivaatamiskonverentside lõppdokumente, ÜRO Peaassamblee (ICPD+5) 1. juuni 1999. aasta eriistungjärgu resolutsiooni ning ÜRO Peaassamblee resolutsiooni 65/234 rahvusvahelise rahvastiku ja arengukonverentsi järelmeetmete kohta pärast 2014. aastat (detsember 2010),
- võttes arvesse Pekingis 15. septembril 1995. aastal neljandal ülemaailmsel naistekonverentsil vastu võetud deklaratsiooni ja tegevusprogrammi ning Euroopa Parlamendi 18. mai 2000. aasta resolutsiooni Pekingi tegevusplatvormi järelmeetmete kohta¹, 10. märtsi 2005. aasta resolutsiooni neljanda ülemaailmse naisteteemalise konverentsi järelmeetmete kohta – tegevusplatvorm (Peking +10)² ja 25. veebruari 2010. aasta resolutsiooni „Peking +15” – ÜRO soolise võrdõiguslikkuse tegevusprogrammi kohta³,
- võttes arvesse ÜRO aastatuhande tippkohtumisel 2000. aasta septembris vastu võetud aastatuhande arenguesmärke,
- võttes arvesse Ottawas (2002), Strasbourgis (2004), Bangkokis (2006), Addis Abebas (2009) ja Istanbulis (2012) kinnitatud parlamentaarseid kohustusi elanikkonna ja arengu

¹ ELT C 59 E, 23.2.2001, lk 133.

² ELT C 320 E, 15.12.2005, lk 12.

³ ELT C 348 E, 21.12.2010, lk 11.

rahvusvahelise konverentsi (ICPD) tegevusprogrammi rakendamisel,

- võttes arvesse ÜRO eriraportööri aruannet „Õigus haridusele” (A/65/162 (2010)),
- võttes arvesse Maailma Terviseorganisatsiooni 2010. aastal käivitatud naiste ja laste tervise ülemaailmsed strateegiat,
- võttes arvesse Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkondliku büroo ja Saksamaa tervisekasvatuse keskuse (BzGA) 2010. aastal avaldatud aruannet „Standards for Sexuality Education in Europe A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists” (seksuaalhariduse standardid Euroopas – raamistik poliitikakujundajatele, haridus- ja tervishoiuasutustele ja spetsialistidele),
- võttes arvesse ÜRO eriraportööri vahearuande „The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health” lõiget 16 (A/66/254 (2011)),
- võttes arvesse ÜRO eriraportööri aruannet „The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health” (A/HRC/17/25 (2011)),
- võttes arvesse ÜRO inimõiguste ülemvoliniku 17. novembri 2011. aasta aruannet „Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity” (A/HR/C/19/41),
- võttes arvesse ÜRO inimõiguste nõukogu 21. septembri 2012. aasta resolutsiooni nr 21/6 „Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights”,
- võttes arvesse ÜRO Rahvastikufondi 14. novembri 2012. aastaaruannet „Maailma rahvastiku olukord 2012: valiku, mitte juhuse tõttu”,
- võttes arvesse ÜRO eriraportööri piinamist ja muud julma, ebainimlikku või inimväärikust alandavat kohtlemist ja karistamist käsitleva aruande lõikeid 45–50 (A/HRC/22/53 (2013)),
- võttes arvesse Euroopa inimõiguste konventsiooni ja Euroopa Inimõiguste Kohtu kohtupraktikat, eelkõige artiklit 9, mis käsitleb õigust usu- ja südametunnistuse vabadusele,
- võttes arvesse Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee 2004. aasta resolutsiooni nr 1399 „Seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste edendamise Euroopa strateegia” (2004),
- võttes arvesse Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee 2008. aasta resolutsiooni nr 1607 „Ligipääs turvalisele ja legaalsele raseduse katkestamisele Euroopas”,
- võttes arvesse EÜ asutamislepingu artikleid 2, 5 ja 152,
- võttes arvesse Euroopa Liidu toimimise lepingu artikleid 8, 9 ja 19, milles käsitletakse võitlust soolise diskrimineerimisega ja inimeste tervise kaitset,
- võttes arvesse Euroopa Liidu põhiõiguste hartat,

- võttes arvesse Euroopa arengukonsensust (2005),
- võttes arvesse 10. mail 2010. aastal toimunud välisasjade nõukogu 3011. istungil vastu võetud järeldusi ELi rolli kohta tervise edendamisel maailmas,
- võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 15. juuli 2003. aasta määrust (EÜ) nr 1567/2003 arengumaade seksuaal- ja soojätkamishügieeni ning seonduvate õiguste alaseks poliitikaks ja meetmeteks antava abi kohta¹,
- võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 20. detsembri 2006. aasta määrust (EÜ) nr 1922/2006, millega luuakse Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituut²,
- võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 21. aprilli 2004. aasta määrust (EÜ) nr 851/2004, millega asutatakse Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus³,
- võttes arvesse oma 29. septembri 1994. aasta resolutsiooni Kairo rahvusvahelise rahvastiku ja arengukonverentsi tulemuste kohta⁴ ja 4. juuli 1996. aasta resolutsiooni Kairo rahvusvahelise rahvastiku ja arengukonverentsi järeelmeetmete kohta⁵,
- võttes arvesse oma 3. juuli 2002. aasta resolutsiooni seksuaal- ja reproduktiivtervise ning õiguste kohta⁶,
- võttes arvesse oma 10. veebruari 2004. aasta resolutsiooni Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruse kohta, millega asutatakse Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus⁷,
- võttes arvesse oma 4. septembri 2008. aasta resolutsiooni emade suremuse teema kohta 25. septembril 2008. aastal toimuva aastatuhande arengueesmärke käsitleva ÜRO kõrgetasemelise kohtumise eel⁸,
- võttes arvesse oma 5. aprilli 2011. aasta resolutsiooni naistevastase vägivalla vastu võitlemise ELi uue poliitilise raamistiku prioriteetide ja põhijoonte kohta⁹,
- võttes arvesse parlamendi 13. märtsi 2012. aasta resolutsiooni soolise võrdõiguslikkuse kohta Euroopa Liidus aastal 2011¹⁰,
- võttes arvesse ÜRO inimõiguste ülemvoliniku aruannet „Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity” (A/HR/C/19/41),

¹ ELT L 224, 6.9.2003, lk 1.

² ELT L 403, 30.12.2006, lk 9.

³ ELT L 142, 30.4.2004, lk 1.

⁴ EÜT C 305, 31.10.1994, lk 80.

⁵ EÜT C 211, 22.7.1996, lk 31.

⁶ ELT C 271, 12.11.2003, lk 219.

⁷ ELT L 142, 30.4.2004, lk 1.

⁸ ELT C 295, 4.12.2009.

⁹ Vastuvõetud tekstid, P7_TA(2011)0127.

¹⁰ ELT C 251 E, 31.8.2013, lk 1.

- võttes arvesse kodukorra artiklit 48,
 - võttes arvesse naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjoni raportit ja arengukomisjoni arvamust (A7-0306/2013),
- A. arvestades, et seksuaal- ja reproduktiivõigused on inimõigused, mille rikkumiste hulka kuulub see, kui rikutakse naiste ja tüdrukute õigust võrdõiguslikkusele, mittediskrimineerimisele, inimväärikusele ja tervisele ning kaitset inimväärikust alandava kohtlemise ja karistamise eest;
 - B. arvestades, et Euroopa Liidu toimimise lepingu artiklis 8 on sätestatud, et kõigi oma asjakohaste meetmete puhul on liidu eesmärk meeste ja naiste ebavõrdsuse kaotamine ja võrdõiguslikkuse edendamine;
 - C. arvestades, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused puudutavad igauht igas eluetapis ning seepärast on see nii naistele kui ka meestele terve elu oluline; arvestades, et seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste programmid tuleb kohandada vastavalt eri vajadustele ja probleemidele, millega inimesed seisavad silmitsi terve oma elu vältel;
 - D. arvestades, et ELi toimimise lepingu artiklis 168 on sätestatud, et liidu meetmed on kooskõlas inimeste tervise kõrgetasemelise kaitsega ja on suunatud rahvatervise parandamisele;
 - E. arvestades, et naistel ja meestel on vanusest, soost, rassist, etnilisest kuuluvusest, klassist, kastikuuluvusest, usutunnistusest, perekonnaseisust, elukutsest, puudest, HIVi (või sugulisel teel levivasse haigusse) nakatumisest, rahvuslikust päritolust, migrandi staatusest, keelest, seksuaalsest sättumusest ja soolisest identiteedist sõltumata õigus langetada ise oma seksuaal- ja reproduktiivtervist puudutavaid teadlikke ja vastutustundlikke otsuseid, ning neil peaksid olema selleks vajalikud vahendid ja võimalused;
 - F. arvestades, et sooline ebavõrdsus on peamine põhjus, miks naiste ja alaealiste seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud olukord ei vasta nõuetele; arvestades, et stereotüüpsed arusaamad naiselikkusest ja mehelikkusest üldiselt ning arusaamad eeskätt tütarlaste ja naiste seksuaalsusest kujutavad endast seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste täitmisele olulist takistust;
 - G. arvestades, et ÜRO eriraportööri 2010. aasta aruandes „Õigus haridusele” märgitakse, et õigus põhjalikule seksuaalharidusele on inimõigus;
 - H. arvestades, et ettekavatsemata ja soovimatud rasedused on ELis jätkuvalt paljude naiste, sh teismeliste tütarlaste probleemne tegelikkus;
 - I. arvestades, et peaaegu kolmandikus ELi liikmesriikides ei ole rasedumisvastased vahendid kaetud riikliku ravikindlustusega, mis takistab tõsiselt nende kättesaadavust teatud naisterühmade, sh väikese sissetulekuga naiste, alaealiste ja vägivaldsetes suhetes olevate naiste puhul;

- J. arvestades, et inimese reproduktsiooni olemuse ning sellega seotud soopõhise sotsiaalse, õigusliku ja majandusliku keskkonna tõttu avaldab seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste puudumine naistele ebaproportsionaalselt suurt mõju;
- K. arvestades, et põhjalik, eakohane, tõenditel põhinev, teaduslikult korrektne ja hinnanguvaba seksuaalharidus, kvaliteetsed pereplaneerimisteenused ja rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus aitavad ennetada ettekavatsemata ja soovimatuid rasedusi, vähendada vajadust abordi järele ning aitavad kaasa HIVi ning sugulisel teel levivate haiguste ennetamisele; arvestades, et kui noori õpetatakse võtma vastutust oma seksuaal- ja reproduktiivtervise eest, avaldab see pikaajalist head mõju, mis kestab kogu nende eluaja ning mõjub ühiskonnale positiivselt;
- L. arvestades, et ÜRO Rahvastikufondi ning Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel sureb igal aastal 287 000 naist raseduse ja sünnitusega seotud komplikatsioonide tõttu;
- M. arvestades, et hinnanguliselt viis miljonit noort vanuses 15–24 ja kaks miljonit alaealist vanuses 10–19 on nakatunud HIVi¹ ning tavaliselt ei pääse nad juurde seksuaal- ja reproduktiivtervise ja HIViga seotud teenustele ega saa neid kasutada, sest väga harva vastavad need igakülgsel viisil noorte ainulaadsetele seksuaal- ja reproduktiivtervise seotud vajadustele;
- N. arvestades, et vaatamata rahvusvaheliselt võetud kohustustele esineb liikmesriikide vahel ja sees erisusi seksuaal- ja reproduktiivtervise standardites ning Euroopa naiste seksuaal- ja reproduktiivtervise seotud õiguste ebavõrdsust, sealhulgas juurdepääsul tervishoiuteenustele, rasestumisvastastele vahenditele ja raseduse vabatahtlikule katkestamisele, sõltudes elukohariigist, sissetulekust, vanusest, migrandi staatusest ja muudest teguritest;
- O. arvestades, et alaealiste emade puhul on tõenäolisem, et nad ei lõpeta keskkooli ja et nad elavad vaesuses;
- P. arvestades, et migrantidest, pagulastest ja ilma dokumentideta naised peavad hakkama saama ebakindla majandusliku ja sotsiaalse olukorraga, kus seksuaal- ja reproduktiivtervise seotud probleeme sageli pisendatakse või eiratakse;
- Q. arvestades, et seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste vastane vastuseis on Euroopas ja maailmas suurenenud, eesmärgiga keelata naiste ja meeste põhilised seksuaal- ja reproduktiivtervise seonduvad õigused, mida kõik ELi liikmesriigid on rahvusvahelistes lepingutes kohustunud kaitsma;
- R. arvestades, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused on soolise võrdõiguslikkuse, vaesuse kaotamise, majanduskasvu ja arengu põhitegurid;
- S. arvestades, et naised ja mehed peaksid võrdselt vastutama soovimatu raseduse ärahoidmise eest; arvestades, et rasestumisvastaseid vahendeid kasutavad peamiselt

¹ UNICEFi 2011. aasta aruanne „Opportunity in crisis: preventing HIV from early adolescence to young adulthood”.

naised;

- T. arvestades, et soovimatu raseduse ärahoidmine ei sõltu üksnes rasestumisvastaste vahenditega seotud teenustest ja teabest, vaid hõlmab ka põhjaliku seksuaalhariduse andmist ning materiaalsel ja rahalist abi puudustkannatavatele rasedatele;
- U. arvestades, et turvaline raseduse katkestamine, välja arvatud äärmiselt piiratud tingimustel, on keelatud kolmes ELi liikmesriigis (Iirimaa, Maltal ja Poolas); arvestades, et mitmes liikmesriigis on raseduse katkestamine endiselt seaduslik, kuid õiguslike või praktiliste tõkete, näiteks veendumuste põhjal keeldumise kuritarvitamise, kohustuslike ooteaegade või erapooliku nõustamise tõttu, raskesti kättesaadav, ning muud liikmesriigid kaaluvad juba raseduse katkestamise teenuse kättesaadavuse piiramist;
- V. arvestades, et naiste ja noorte paaride sotsiaalmajanduslikud ja tööga seotud tingimused raskendavad sageli lapsevanemaks saamise kasuks otsustamist;
- W. arvestades, et emade suremus on mõnes liikmesriigis endiselt probleem ja raske lahendamist vajava ülesanne Euroopa arengupoliitika kontekstis;
- X. arvestades, et seksuaalne vägivald on raske inimõiguste rikkumine ning sel on naiste ja tütarlaste seksuaalsusele, väärikusele, psühholoogilisele heaolule, autonoomsusele ja reproduktiivtervisele laastav mõju; arvestades, et kahjulikel traditsioonilistel tavadel, nagu naiste suguelundite moonutamine või lõikamine, varased ja sundabiellud, on kahjulik mõju isiklikule heaolule ja eneseväärikusele, seksuaalsuhetele, rasedusele ja sünnitusele ning need kujutavad endast pikaajalist ohtu naiste tervisele, kuid ka kogukondadele ja tervele ühiskonnale;
- Y. arvestades, et naistevastane vägivald, eriti koduvägivald ja vägistamine, on laialt levinud ning partnerite riskantse seksuaalkäitumise tõttu on üha rohkem naisi ohustatud AIDSist ja muude sugulisel teel levivatest haigustest; arvestades, et sellist vägivalda tarvitatakse ka rasedate vastu, mis suurendab nurisünnituse, surnult sündimise või aborti tõenäosust;
- Z. arvestades, et liikmesriikidevahelised erisused abordimäärades ja laialtlevinud halb reproduktiivtervis teatud ELi osades annab märku vajadusest mittediskrimineerivate taskukohaste, kättesaadavate, vastuvõetavate ja kvaliteetsete teenuste järele, sealhulgas perekonna planeerimise ja noortesõbralike teenuste ning samuti põhjaliku seksuaalhariduse järele;
- AA. arvestades, et rahvatervise valdkonna eelarvekärbete tõttu on juurdepääsetavus tervishoiu- ja seonduvatele teenustele veelgi rohkem piiratud;
- AB. arvestades, et naised ja tütarlapsed, kes tegelevad prostitutsiooniga või kes kasutavad narkootikume ja/või on transseksuaalid, ohustavad kõige enam sugulisel teel levivad haigused, sh HIV, ning et nende seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi puudutavad vajadused on sageli jäetud tähelepanuta;
- AC. arvestades, et uuringud on näidanud, et põhjalik seksuaalharidus ja kvaliteetsed pereplaneerimise teenused suurendavad vastutustundliku, ohutu ja austava käitumise tõenäosust esmakordsel ja järgneval seksuaalsel kogemusel;

- AD. arvestades, et kõikides liikmesriikides kannatavad homo-, bi-, trans- ja interseksuaalid (LGBTI) tänapäeval jätkuvalt diskrimineerimise, vägivalla ning oma seksuaalsuse ja soolise identiteedi hukkamõistva kujutamise all;
- AE. arvestades, et tähelepanu ei tuleks pöörata vaid soovimatute raseduste katkestamisele, vaid ka selliste raseduste ärahoidmisele; arvestades, et soovimatu raseduse ärahoidmine ei sõltu üksnes rasestumisvastaste vahenditega seotud teenustest ja teabest, vaid hõlmab ka põhjaliku seksuaalhariduse andmist ning materiaalselt ja rahalist abi puudustkannatavatele rasedatele ja paaridele;
- AF. arvestades, et noored inimesed puutuvad laialdaselt ja väga varakult kokku pornograafilise sisuga, eriti interneti kaudu kodus või koolis;
- AG. arvestades, et raseduse katkestamine sobimatutes tingimustes seab tõsiselt ohtu naise füüsilise ja vaimse tervise ning isegi nende elu;
- AH. arvestades, et tüdrukute seksualiseerimine meedias on nähtus, mis mõjutab emotsionaalselt ja seksuaalselt mitte ainult naiste, vaid ka meeste emotsionaalset arengut ja seksuaalelu ning aitab kaasa sooliste stereotüüpide püsimisele, soolisele diskrimineerimisele ja vägivallale;
- AI. arvestades, et mõnes liikmesriigis esineb siiani roma ja puudega naiste ning transseksuaalide sunniviisilist või tahte vastast steriliseerimist;
- AJ. arvestades, et parimate tavade vahetamine liikmesriikide vahel võimaldab leida parimaid lahendusi ja paremini kaitsta kõikide ELi kodanike huve;
- AK. arvestades, et on liikmesriike, kes ühendavad aborti käsitlevad liberaalsed õigusaktid tõhusa seksuaalhariduse, kvaliteetsete pereplaneerimisteenuste ja eri rasestumisvastaste vahendite kättesaadavusega, mille tulemusel tehakse vähem aborte ning sünnib rohkem lapsi;

ELi üldine seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste poliitika

1. kinnitab, et tervis on põhiline inimõigus, mis on asendamatu kõigi teiste inimõiguste rakendamisel, ning et ELis ei ole võimalik saavutada tervise parimat taset, kui seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi ei tunnustata ega edendata täielikult;
2. rõhutab, et seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste rikkumine mõjutab otseselt naiste ja tütarlaste elu, naiste majanduslikku sõltumatust, naiste võimalusi kasutada sotsiaalteenuseid, naiste juurdepääsu otsuste tegemisele ja osalemist avalikus elus, naiste kaitsetust meeste vägivalla ees, naiste juurdepääsu haridusele ja eraelu nautimist, mistõttu mõjutavad sellised rikkumised kogu ühiskonda;
3. rõhutab, et naiste ja tütarlaste õiguste suurendamine on diskrimineerimise ja vägivallaahela katkestamise ning inimõiguste, sh seksuaal- ja reproduktiivtervise edendamise ja kaitsmise peamine tegur;
4. tunnistab, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused on inimväärikuse

oluline osa ning sellega tuleks tegeleda laiemas struktuuralse diskrimineerimise ja soolise ebavõrdsuse kontekstis; kutsub liikmesriike üles kaitsma seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi Euroopa Liidu Põhiõiguste Ameti ja Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituudi kaudu, tagades eelkõige reproduktiivtervisega seotud programmide ja teenuste, sealhulgas esmatähtsate vabatahtlike pereplaneerimise ning emade ja vastündinute tervise hooldusteenuste ja ravimite kättesaadavuse, säilitades valvsuse poliitika ja/või õigusaktide suhtes, millega võidakse rikkuda seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi;

5. kutsub liikmesriike üles pakkuma kvaliteetseid, konkreetsete rühmade vajadustega kohandatud seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud teenuseid, mille puhul ei esineks diskrimineerimist ega hirmu hukkamõistmise ees (nt noorte ja ebasoodsas olukorras olevate rühmade puhul); rõhutab, et selliste teenuste keskmes peaks olema ka meeste ja poiste aktiivne roll seksuaalkäitumise ja selle tagajärgedega seotud vastutuse jagamises ning sellele kaasa aitamine;
6. rõhutab, et Euroopa Liidu ja liikmesriikide poliitikaga tuleks tagada, et seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi austatakse, kaitstakse ja täidetakse kõigi puhul, ning edendatakse arusaama inimese seksuaalsusest kui elu positiivsest aspektist ning luuakse aktsepteerimise, austuse, mittediskrimineerimise ja vägivallavaba kultuur;
7. rõhutab, et EL peab ELis ning vajaduse korral liidu välispoliitikas tagama, et õigusakte ja poliitikameetmeid muudetakse, jõustatakse või tühistatakse, et austada ning kaitsta seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi ning et võimaldada kõikidel inimestel oma õigusi kasutada ilma igasuguse diskrimineerimiseta;
8. rõhutab, et reproduktiivseid valikuvõimalusi ja viljakusega seotud teenuseid tuleks pakkuda mittediskrimineerivas raamistikus, ning kutsub liikmesriike üles tagama ka vallalistele naistele ja lesbidele juurdepääsu viljakusravile ja kunstlikule viljastamisele;
9. rõhutab, et surrogaatemadus tähendab nii naiste kehade kui ka laste kaubastamist ning ohtu naiste kehalisele puutumatusle ja inimõigustele;
10. rõhutab, et inimese, sealhulgas transseksuaalide sunniviisiline või tahtevastane steriliseerimine tähendab nende inimeste inimõiguste ja kehalise puutumatusle rikkumist, ning kutsub liikmesriike üles kaotama kõik kehtivad steriliseerimist pealesuruvad seadused;
11. avaldab sügavat kahetsust, et uues programmis „Tervis majanduskasvuks” (2014–2020) ei mainita seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi, ning nõuab tungivalt, et komisjon lisaks seksuaal- ja reproduktiivtervisse ning seonduvaid õigused oma järgmisesse ELi rahvatervise strateegiasse;
12. kutsub liikmesriike üles tagama, et kvaliteetsete tervishoiuteenuste osutamise kohad kvaliteetsed ja turvalised transpordivõimalused jaguneksid geograafiliselt õiglaselt, et tagada võrdne juurdepääs kogu elanikkonnale, sh maapiirkondades elavatele naistele ja tütarlastele;
13. märgib, et vaatamata sellele, et seksuaal- ja reproduktiivtervisse ning seonduvate õiguste

poliiticate kujundamine ja rakendamine on liikmesriikide pädevuses, saab EL koostada rahvatervise ja mittediskrimineerimise valdkonnas strateegiaid ja algatusi, et toetada seksuaal- ja reproduktiivõiguste ja poliitikapõhimõtete paremat rakendamist ja teadlikkuse kasvatamist ning edendada heade tavade vahetamist liikmesriikide vahel;

14. kutsub liikmesriike üles tagama seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud teenuste kättesaadavust õigustele tuginevate põhimõtete abil ning ilma diskrimineerimiseta etnilise päritolu, eluasemega seotud olukorra, rändaja staatuse, vanuse, puude, seksuaalse sättumuse, soolise identiteedi, tervisliku seisundi või perekonnaseisu alusel;
15. rõhutab, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvate õiguste poliitikas tuleb võtta arvesse konkreetseid rühmi ning nende identiteedi ja olukorraga kaasnevaid ohte, eeskätt etniliste vähemuste, rasedate või lesbide, bi- või transseksuaalidest naiste, laste ja noorte, homo-, bi-, trans- ja interseksuaalide, prostitutsiooniga tegelevate inimeste, vangide, migrantide ja süstivate narkomaanide puhul;
16. palub liikmesriikide ja kandidaatriikide valitsustel töötada välja koostöös kodanikuühiskonna eri organisatsioonidega riikliku kvaliteetse seksuaal- ja reproduktiivtervis poliitika, jagades ulatuslikult teavet pereplaneerimise tõhusate ja vastutustundlike võimaluste kohta, tagades võrdse juurdepääsu kvaliteetsetele rasestumisvastastele vahenditele, ning kalendrimeetodi kohta;
17. kutsub ELi ja liikmesriike üles koguma ja jälgima seksuaal- ja reproduktiivtervis näitajatega seotud põhjalikumaid andmeid ja statistikat (sugulisel teel levivad haigused, raseduse katkestamise ja rasestumisvastaste vahendite määr, täitmata vajadus rasestumisvastaste vahendite järele, alaealiste rasedus jms), mis oleks liigitatud vähemalt soo ja vanuse järgi;
18. väljendab muret juurdepääsu piiramise pärast seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud tervishoiuteenustele ja rasestumisvastastele vahenditele ELiga ühinevates riikides; palub kõnealuste riikide valitsustel võtta vastu õigusakte ja kujundada poliitikat, et tagada üldine juurdepääs seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud tervishoiuteenustele ja koguda süsteemselt seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud olukorra parandamiseks vajalikku teavet;
19. kutsub liikmesriike üles tagama nende avalike teenuste ja kodanikuühiskonna organisatsioonide jätkusuutliku rahastamise, kes osutavad teenuseid seksuaal- ja reproduktiivtervis valdkonnas;
20. kutsub liikmesriike üles tegema koostööd Euroopa Komisjoniga, Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituudiga ja kodanikuühiskonnaga Euroopa seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvate õiguste edendamisel ning toetama seksuaal- ja reproduktiivtervis alaste ulatuslike riiklike strateegiatega väljatöötamist ja rakendamist; teeb ettepaneku, et Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituudile antakse volitused koguda ja analüüsida andmeid ja parimaid tavasid ning luua seksuaal- ja reproduktiivtervis statistikat käsitlev Euroopa andmebaas, et mõista paremini asjaolusid, mis takistavad seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud ennetus- ja raviprogrammide integreerimist põhilistesse tervishoiusüsteemidesse;

21. rõhutab, et praegustel ELi institutsioonide poolt liikmesriikidele määratud kasinusmeetmetel on eelkõige naiste puhul hävitav mõju tervishoiuteenuste kvaliteedile, taskukohasusele ja juurdepääsetavusele, seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud teabele ja programmidele, samuti pereplaneerimise ja tugiorganisatsioonidele, teenuseid osutavatele valitsusvälistele organisatsioonidele ja naiste majanduslikule sõltumatusele; märgib, et liikmesriigid peaksid võtma vajalikke meetmeid, et ei seataks ohtu seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud teenuste kättesaadavus;
22. kutsub liikmesriike üles töötama välja eraldatud eelarvega seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvate õiguste strateegia, rakenduskava ja sellega seotud järelevalvesüsteemi;
23. rõhutab, et on erakordselt oluline, et naistel on juurdepääs iga-aastasele günekoloogilisele läbivaatusele ja mammograafia sõeluuringule, mistõttu on vastuvõetamatu, et liikmesriigid vähendavad sellele valdkonnale antavaid toetusi, põhjendades seda majanduskriisi ja eelarvekärbetega;
24. kutsub liikmesriike üles vahetama parimaid tavasid ja meetmepakette seksuaal- ja reproduktiivtervis poliitika valdkonnas;
25. võttes arvesse finants- ja majanduskriisi mõju rahvatervisesektorile, nõuab tungivalt, et liikmesriigid ja kandidaatriigid pakuksid tasuta rasestumisvastaseid vahendeid käsitlevat teavet ja muid seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud teenuseid, nagu iga-aastased günekoloogilised läbivaatused ja mammograafia sõeluuringud ning sugulisel teel levivate haiguste ennetamise, diagnoosimise ja ravimise meetmed, sealhulgas ka kvaliteetne professionaalset nõustamisabi, või muudaksid need rahaliselt kättesaadavaks kõikidele elanikerühmadele, sh maapiirkondades elavatele naistele, noortele, etnilistele vähemustele, migrantidele, puudega isikutele ja sotsiaalselt tõrjututele;
26. rõhutab, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused on naiste ja meeste põhiõigused, mida ei tohiks usulisel alusel, näiteks konkordaatide sõlmimisega piirata;
27. on veendunud, et kui naistele, tütarlastele ja paaridele antakse võimalus kasutada põhivabadust teha nende seksuaal- ja reproduktiivtervis puudutavaid otsuseid, sealhulgas selle kohta, kas ja millal saada lapsi, luuakse sellega võimalusi sellisteks tegevusteks nagu haridus ja tööhõive, mis aitavad kaasa soolisele võrdõiguslikkusele, vaesuse vähendamisele ning kaasavale ja jätkusuutlikule arengule; märgib, et võimalus otsustada selle üle, et saadakse vähem lapsi, mille tulemusel jääb rohkem aega nende sünni vahele, võimaldab peredel investeerida rohkem iga lapse haridusse ja tervisesse;

Ettekavatsemata ja soovimatu rasedus: juurdepääs rasestumisvastastele vahenditele ja ohutule raseduse katkestamise teenusele

28. rõhutab, et individuaalse, sotsiaalse ja majandusliku arengu seisukohalt on oluline, et naistel oleks vabalt ja vastutustundlikult võimalik otsustada selle üle, kas, millal ja kui sageli lapsi saada, nagu sätestab inimõigusi käsitlev rahvusvaheline õigus;
29. rõhutab, et vabatahtlik pereplaneerimine aitab hoida ära ettekavatsemata ja soovimatuid rasedusi ning vähendada vajadust raseduse katkestamise järele;

30. kutsub liikmesriike üles mitte takistama raseduse katkestamist soovivate naiste reisimist teistesse liikmesriikidesse või jurisdiktsioonidesse, kus see protseduur on seaduslik;
31. nõuab tungivalt, et liikmesriigid edendaksid meeste ja naistele mõeldud rasestumisvastaste meetoditega seotud teadusuuringuid, et aidata jagada rasestumisvastaste meetoditega seotud vastutust;
32. rõhutab, et mitte ühelgi juhul ei tohi raseduse katkestamist propageerida pereplaneerimise meetodina;
33. on arvamusel, et liikmesriigid peaksid rakendama poliitikapõhimõtteid ja meetmeid, eesmärgiga hoida ära raseduse katkestamine sotsiaalsel või majanduslikel põhjustel ning toetada raskustes olevaid emasid ja peresid;
34. Soovitab, et inimõiguste ja rahvatervise tagamiseks tuleks kvaliteetne raseduse katkestamise teenus muuta liikmesriikide tervishoiusüsteemis seaduslikuks ja ohutuks ning kõigile kättesaadavaks teenuseks, sealhulgas mitteresidendist naistele, kes soovivad kasutada nimetatud teenust mõnes muus riigis, kuna oma päritoluriigis kehtivad raseduse vabatahtlikku katkestamist piiravad seadused ning ebaseaduslikud abordid ohustavad tõsiselt naiste füüsilist ja vaimset tervist;
35. rõhutab, et isegi kui abort on seaduslik, takistatakse raseduse katkestamist või viivitatakse sellega asjaomaste teenuste kättesaadavust tõkestavate tegurite abil, nagu laialdaselt kasutatav veendumuste põhjal keeldumine, meditsiiniliselt mittevajalikud ooteajad või erapoolik nõustamine; rõhutab, et liikmesriigid peaksid reguleerima ja kontrollima veendumuste põhjal keeldumist asjaomastes ametites, et tagada üksikisiku õigus reproduktiivtervishoiule, tagades samal juurdepääsu seaduslikele teenustele ning asjakohaste ja kvaliteetsete riiklike suunamissüsteemide olemasolu; rõhutab, et õigus keelduda oma veendumuste tõttu on individuaalne õigus, mitte üleüldine poliitika ning nõustamine peab olema konfidentsiaalne ja hinnanguvaba; on mures asjaolu pärast, et meditsiinitöötajad on sunnitud keelduma seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õigustega seotud teenuste osutamisest religiooniga seotud haiglates ja kliinikutes kõikjal ELis;
36. julgustab liikmesriike võtma sihipäraseid meetmeid, et tegeleda selliste kaitsetute inimeste erivajadustega, keda ohustab ühiskonnast kõrvale jäämine ning sotsiaalne ja majanduslik tõrjutus, eelkõige noorte naistega maapiirkondades, kelle juurdepääs kaasaegsetele rasestumisvastastele vahenditele võib olla majanduslike ja sotsiaalsete raskuste, eelkõige praeguse majanduskriisi ajal raskendatud;
37. kutsub kõiki liikmesriike üles tagama, et neid tervishoiutöötajaid, kes tegelevad aborti ja sellega seotud teenustega, ei võetaks ühegi kriminaalõigusliku vahendi alusel nimetatud teenuste osutamise eest vastutusele ega määrata selle eest karistust;
38. mõistab hukka ebavõrdse ja diskrimineeriva olukorra riikides, kus juurdepääs abordile ei ole lihtne, kuna raseduse vabatahtlikku katkestamist soovivad naised jagunevad kahte rühma: esiteks need, kellel on raha, et maksta reisi ning vabatahtliku ja seadusliku aborti tegemise eest koos kõigi kaasnevate tervishoiutagatistega ükskõik millises Euroopa riigis, kus abort on kättesaadav ja seaduslik, ning teiseks need, kellel ei ole majanduslikke

vahendeid ning kes peavad seetõttu tegema aborti kurjategija kombel ebaseaduslikult, mis seab tõsisesse ohtu nende tervise ja elu;

39. kutsub liikmesriikide ja kandidaatriikide valitsusi üles hoiduma kohtu mõistmisest naiste üle, kes on raseduse ebaseaduslikult katkestanud;
40. soovitab, et liikmesriigid jätkaksid sellise teabe ja teenuste pakkumist, mis on vajalik emade madala suremuse taseme säilitamiseks, ja teeksid täiendavaid jõupingutusi emade suremuse vähendamiseks ning tagaksid kvaliteetse sünnieelse ja sünnitusjärgse hoolduse;

Põhjalik seksuaalharidus ja noortesõbralikud teenused

41. palub liikmesriikidel tagada üldise juurdepääsu põhjalikule seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi puudutavale teabele, haridusele ja teenustele; nõuab tungivalt, et liikmesriigid tagaksid, et kõnealune teave käsitleks erinevaid kaasaegseid pereplaneerimise meetodeid ja nõustamist, professionaalse sünnitusabi osutamist ja õigust saada erakorralist günekoloogilist ja sünnitusabi, ning et kõnealune teave käsitleks ka soovahetusoperatsioone ning et raseduse katkestamise teenuste kohta antakse teaduslikult korrektset teavet, mis ei ole hukkamõistev;
42. rõhutab, et noorte osalemine programmide väljatöötamises, rakendamises ja hindamises koos sidusrühmadega, nagu vanemad, on hädavajalik selleks, et põhjalik seksuaalharidus oleks tõhus; julgustab võrdsel positsioonil olevate koolitajate rakendamist seksuaalhariduses kui head võimalust mõjuvõimu suurendamiseks ning kutsub liikmesriike ja kandidaatriike üles kasutama noorte teavitamisel erinevaid viise, nagu reklaamikampaaniad, kondoomi ja muude rasestumisvastaste vahendite kasutamise sotsiaalne turundus ning sellised algatused nagu konfidentsiaalsed abitelefoniid;
43. kutsub liikmesriike üles tagama, et seksuaalhariduse tunnid oleks kõikidele alg- ja keskkooli õpilastele kohustuslikud ja et sellele teemale varutakse kooliprogrammis piisavalt aega; soovitab seksuaalharidusprogrammi korrapäraselt läbi vaadata ja täiendada, pöörates erilist tähelepanu naiste austamise ja soolise võrdõiguslikkuse küsimusele;
44. rõhutab, et seksuaalhariduse kavandamisel ja rakendamisel tuleb järgida terviklikku, õigustel põhinevat ja positiivset suhtumist, toonitades eluks vajalike oskuste arendamist ja kaasates nii seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste psühhosotsiaalseid kui ka biomeditsiinilisi aspekte; rõhutab, et seksuaalharidust tuleb anda turvalises, tabudeta, õpilaste ja õpetajate vahelises interaktiivses õhkkonnas;
45. rõhutab, et täiskasvanutel ja noorukitel on erinevad seksuaal- ja reproduktiivtervise alased vajadused; kutsub liikmesriike tagama, et alaealistel oleks juurdepääs kasutajasõbralikele teenustele, mille puhul võetakse asjakohaselt arvesse nende muret, õigust konfidentsiaalsusele ja eraelu puutumatussele;
46. kutsub liikmesriike üles pakkuma alaealistele sobivaid seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud teenuseid, mis on kooskõlas ea, küpsuse ja arenevate võimetega ning mille puhul ei diskrimineerita soo, perekonnaseisu, puude või seksuaalse sättumuse / identiteedi alusel ning mis on kättesaadavad ilma vanemate või eestkostjate nõusolekuta;

47. kutsub liikmesriike üles tagama, et kõikidele lastele ja noorukitele antakse (nii koolis kui väljaspool kooli) kohustuslikus korras eakohast ja sootundlikku seksuaal- ja inimsuhete alast haridust rühmades, kus osalevad koos nii tüdrukud kui ka poisid;
48. kutsub liikmesriike üles töötama välja ja võtma kasutusele täiendõppe raames seksuaaltervist ja reproduktiivõigusi käsitlevaid haridus- ja koolitusprogramme ja kursuseid, mis on suunatud meditsiinitudengitele ja tervishoiutöötajatele, et tagada tulevikus pere suuruse planeerimise teemal naiste ja paaride kvaliteetne nõustamine, milles võetakse arvesse nende tervislikku seisundit, isiklike vajadusi ja karjääri;
49. nõuab tungivalt, et liikmesriigid võtaksid meetmed, et kõrvaldada kõik tõkked, mis takistavad alaealiste tüdrukute ja poiste juurdepääsu ohututele, tõhusatele, taskukohastele rasestumisvastastele vahenditele, sh kondoomidele, ja annaksid rasestumisvastaste vahendite kohta selget teavet;
50. tuletab liikmesriikidele meelde, et nad peavad tagama, et lastel ja noortel on võimalik kasutada oma õigust otsida, saada ja edastada seksuaalsusega, sealhulgas seksuaalse sättumuse, soolise identiteedi ja soolise eneseväljendusega seotud teavet eakohasel ja sootundlikul viisil;
51. nõuab liikmesriikidelt selliste meetmete kavandamist, millega nähakse ette töö noorte ja alaealiste emade ning rasedatega, et aidata neil tulla toime varajase emadusega ning hoida ära vastsündinute tapmist;
52. rõhutab, et seksuaalharidus peab hõlmama võitlust stereotüüpide, eelarvamuste, soolise vägivalla ning naiste ja tütarlaste vastu suunatud vägivalla kõigi vormide vastu, andma teavet soo ja seksuaalse sättumuse alusel diskrimineerimise kohta ning eeskätt naiste ja meeste vahelise võrdõiguslikkuse struktuuriliste tõkete kohta ning mõistma need hukka, samuti tuleks rõhutada ka vastastikust austust ning jagatud vastutust;
53. rõhutab, et seksuaalharidus peab hõlmama mittediskrimineerivat teavet ja edastama positiivse suhtumise homo-, bi-, trans- ja interseksuaalidesse, et toetada ja kaitsta tõhusalt noorte homo-, bi-, trans- ja interseksuaalide õigusi;
54. rõhutab sellega seoses, et seksuaalharidus on erakordselt vajalik, kuna noortel on varakult juurdepääs pornograafilisele ja sobimatu sisule, eelkõige interneti kaudu; rõhutab, et seksuaalharidus peab seega olema osa laiemast noorte emotsionaalset arengut toetavast lähenemisviisist, et võimaldada neil luua suhteid, mis põhinevad erinevate sugupoolte vastastikusel austamisel; julgustab liikmesriike töötama välja teadlikkuse parandamise kampaaniaid, mis on suunatud lapsevanematele ja noortega tegelevatele täiskasvanutele ja mis käsitlevad pornograafia kahjulikku mõju teismelistele;
55. kutsub samuti liikmesriike üles pöörama tähelepanu asjaolule, et põhjalik seksuaalharidus, milles käsitletakse suhete emotsionaalset mõõdet, on ülimalt tähtis, arvestades tüdrukute seksualiseerimise nähtust audiovisuaalses ja digitaalses meedias, mis on noortele laialdaselt kättesaadavad;
56. kutsub liikmesriike üles keskenduma seksuaalhariduse raames sugulisel teel levivate haiguste, sealhulgas HIVi ennetamisele, edendades turvalist seksuaalkäitumist ja

hõlbustades juurdepääsu kaitsevahenditele;

Sugulisel teel levivate haiguste ennetus ja ravi

57. nõuab tungivalt, et liikmesriigid tagaksid viivitamata üldise juurdepääsu sugulisel teel levivate haiguste ravile ning et seda pakutakse ohutul ja hinnanguvabal viisil;
58. kutsub liikmesriike üles säilitama ja suurendama üldsusele avalikustatava teabe hulka ja parandama selle kvaliteeti ning tugevdama meetmeid, millega kasvatatakse teadlikkust sugulisel teel levivatesse haigustesse nakatumise, eelkõige HIVi/AIDSi nakatumise teemal, tuginedes meditsiini uusimatele edusammudele ja protseduuridele, ning edasikandumise viiside ja haiguse ennetamise ning ka soovimatu raseduse ärahoidmise teemal;
59. kutsub liikmesriike üles rakendama lisaks vabatahtlikule nõustamisele ja testimisele ka ennetustegevust;
60. kutsub komisjoni ja liikmesriike üles tegelema HIVi/AIDSiga nakatunud isikute seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õigustega, keskendudes naiste ja riskirühmade, sh meestega seksuaalsuhetes olevate meeste, prostitutsiooniga tegelevate isikute, vangide, migrantide ja süstivate narkomaanide vajadustele, ühendades omavahel eelkõige juurdepääsu testimisele ja ravile ning kaotades sotsiaalmajanduslikud tegurid, nagu sooline ebavõrdsus ning diskrimineerimine, mis suurendavad naiste ja riskirühmade ohtu nakatuda HIVi/AIDSi;
61. kutsub ELi üles edendama uute ja paremate, vastuvõetavate, taskukohaste, kättesaadavate ja kvaliteetsete ennetustehnoloogiate, diagnostika ja ravi alaseid teadusuuringuid ja arendustegevust, millega keskendutakse HIVile ja AIDSile ning muudele sugulisel teel levivatele nakkustele ning tähelepanuta jäänud troopilistele haigustele, et vähendada nende haiguste koormust emade ja laste tervisele, ning kutsub üles sellesse tegevusse investeerima;
62. kutsub liikmesriike üles kehtestama tõhusaid, kaasavaid strateegiaid HIVi ennetamiseks ning selliste eeskirjade ja seaduste kõrvaldamiseks, mis karistavad ja häbimärgistavad HIVi/AIDSiga nakatunud inimesi, näiteks seadused, mille kohaselt on kellegi HIViga nakatamine või ohustamine karistatav, sest neid seadusi peetakse ebatõhusateks ja HIVi ennetamises isegi kahjulikuks;
63. nõuab tungivalt, et komisjon ja liikmesriigid muudaksid lihtsamaks juurdepääsu teabele, vaktsiinidele ja sobivale ravile, et vältida raseduse ajal HIVi ülekandumist lapsele ja et tagada lapsele kohe pärast tema sündi asjakohane ravi;

Seksuaal- ja reproduktiivõigustega seotud vägivald

64. mõistab hukka naiste kehalise puutumatusse kõik rikkumised, samuti ka kahjustava tegevuse, eriti naiste suguelundite moonutamise, mille eesmärk on kontrollida naiste seksuaalset ja reproduktiivset enesemääramisõigust; rõhutab, et need on tõsised inimõiguste rikkumised ja et liikmesriikidel on kohustus nendega viivitamata tegeleda;

65. soovib liikmesriikidel tagada, et kõikidest sotsiaalsetest ja etnilistest rühmadest pärit naised ja mehed peavad kõikide meditsiiniliste teenuste ja protseduuride, näiteks rasestumisvastaste vahenditega seotud teenuste, steriliseerimise ja raseduse katkestamise puhul andma oma täiesti teadliku nõusoleku; kutsub liikmesriike üles kehtestama menetlused, millega tagatakse, et reproduktiivtervisega seotud meditsiinasutustes ei esine ebainimlikku ja alandavat kohtlemist, pöörates erilist tähelepanu eeskätt kinnipidamisasutustele, vanglatele, vaimse tervise ja eakate hooldusega seotud asutustele;
66. tuleb meelde, et seksuaalne vägivald või naise seksuaalne kontrollimine, nagu vägistamine, sealhulgas abielusisene vägistamine, naiste suguorganite moonutamine, seksuaalne väärkohtlemine, verepilastus, seksuaalne ärakasutamine, seksuaalne ahistamine ja laste/varane sundabielu, kahjustab pikaks ajaks naiste ja tüdrukute seksuaaltervist ning nende enesehinnangut ja mõjuvõimu; kutsub liikmesriike üles käsitlema vajadust kaitsta naisi ja tütarlapsi sellise väärkohtlemise eest ning osutama ohvritele teenuseid haridusprogrammide toel nii riigi kui ka kogukonna tasandil, ning keskenduma meetmetele, mis hõlmaksid tõsise karistuse määramist väärkohtlemise toimepanijatele, sealhulgas seksuaalse iseloomuga teole sundimise kuritegelikuks tunnistamist;
67. kutsub liikmesriike üles allkirjastama ja ratifitseerima Euroopa Nõukogu naistevastase vägivalla ja perversivägivalla ennetamise ja tõkestamise konventsiooni;
68. nõuab liikmesriikidelt ja kandidaatriikidelt, et nad tagaksid ilma igasuguste piiranguteta raseduse katkestamise võimaluse koos kõikide tervishoiu- ja õiguslike tagatistega naistele, kes on jäänud rasedaks vägistamise tagajärjel, samuti juhul, kui rasedus kujutab naise tervisele või elule tõsist ohtu;
69. kinnitab, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused tuleb lisada olemasolevatesse rahvusvahelistesse inimõigustealastesse õigusaktidesse ja tähtsaimatesse poliitilise konsensuse dokumentidesse; peab kahetsusväärseks, et ELi seisukohta, mis sõnastati ÜRO 2012. aasta säästva arengu konverentsiks (Rio+20) ettevalmistumise käigus ja milles tunnistati, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused on arengu muude aspektide seisukohalt väga oluline laiaulatuslik teema, ei lisatud ÜRO lõplikku dokumenti, sest puudus ELi ühtne seisukoht;
70. kutsub liikmesriike üles tagama ICPD+20, Peking+20 ja Rio+20 protsesside lisamine 2015. aasta järgsesse raamistikku;

Seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused ja ametlik arenguabi

71. tuleb liikmesriikidele meelde, et investeeringud reproduktiivtervisesse ja pereplaneerimisse on arengu seisukohast ühed kulutasuvaimad investeeringud ja kõige tõhusam viis riigi jätkusuutliku arengu edendamiseks;
72. rõhutab seksuaal- ja reproduktiivterviselise alase hariduse ja selle teadvustamise olulisust kui naiste tervise tegevuskava asendamatu osa arenguriikides;
73. palub, et komisjon looks arengukoostöö rahastamisvahendi põhiteemade raames seksuaal- ja reproduktiivterviselise konkreetse eelarvete ning tagaks seksuaal- ja reproduktiivterviselise

ning seonduvate õiguste laiaulatuslikele meetmetele piisava rahastamise kõikides asjakohastes rahastamisvahendites;

74. tuletab meelde tungivat vajadust väljaõppinud tervishoiutöötajate järele arenguriikides ning vajadust takistada finantsstiimulite ja koolitustoetuse abil väljaõppinud tervishoiutöötajate nn ajude äravoolu; rõhutab, kui olulised on tervishoiuteenuste loomisel integreeritud tervishoiuteenused (nt HIV ning seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused), ning kodanikuühiskonna, kohalike asutuste, kogukondade, rahvatervisealaste mittetulundusühenduste ja vabatahtlike organisatsioonide kaasamine kõikidel tasanditel; rõhutab eeskätt vajadust hõlbustada juurdepääsu seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õigustega seotud tervishoiuteenustele maapiirkondades ja kõrvalistes piirkondades;
75. toetab Euroopa Nõukogu Parlamentaarse Assamblee 2010. aasta soovitus nr 1903 suunata 0,7% kogurahvatulust ametlikku arenguabisse; kutsub ELi üles jätkama kõnealuse kohustuse täitmist ELi välistegevuse vahendite ning Euroopa Arengufondi rahastamise ja rakendamise abil ajavahemikus 2014–2020;
76. tuletab meelde, et epideemiad, sh HIVi epideemia, mis valmistavad tõsist muret teatavatele ELi arenguriikidest partneritele, on oluline takistus arengule;
77. nõuab tungivalt, et need organisatsioonid, keda rahastatakse ELi vahenditest HIV/AIDSi ja/või tervisekaitse valdkonnas, töotaksid välja selge, täpse ja läbipaistva strateegia selle kohta, kuidas nad saavad integreerida oma meetmetesse seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvad õigused ja HIVi esmase ennetamise;
78. soovitab tungivalt Euroopa Liidul tagada, et Euroopa arengukoostöö tugineks inimõigustele ning et see oleks tugevalt ja selgelt keskendunud seksuaal- ja reproduktiivtervisele ning seonduvatele õigustele ja et oleks sätestatud sellealased kindlad eesmärgid, pöörates erilist tähelepanu pereplaneerimise teenustele, emade ja imikute suremusele, ohutule raseduse katkestamisele, rasestumisvastastele vahenditele, HIVi, AIDSi ja teiste sugulisel teel levivate haiguste ennetamisele ja nendevastasele võitlusele ning selliste tavade kaotamisele nagu naiste suguelundite moonutamine, varased ja/või sundabielud, ühe soo teisele eelistamisele ja sundsteriliseerimisele;
79. kutsub ELi delegatsioone üles tegema koostööd asjaomaste valitsustega, et töötada välja ja rakendada poliitikapõhimõtteid, milles keskendutakse naiste ja tütarlaste väärtuse edendamisele ühiskonnas, et võidelda soolise ebavõrdsuse, naiste ja tütarlaste diskrimineerimise ning poega eelistavate ühiskonnanormide vastu, millel põhinevad soo sünnieelne valimine, naissoost imikute tapmine ja naissoost loodete abort, ning samuti varajane sunniviisiline abiellumine ning naiste suguelundite moonutamine; rõhutab, et jõupingutused soopõhise selektsiooni piiramiseks ei tohi takistada või piirata naiste juurdepääsuõigust seksuaal- ja reproduktiivtervise õiguspärastele teenustele ja tehnoloogiatele;
80. nõuab tungivalt, et ELi ja liikmesriikide humanitaarabi andmisel jäetakse täielikult kõrvale USA ja muude rahastajate poolt humanitaarabile kehtestatud piirangud, tagades eelkõige raseduse katkestamise kättesaadavuse naistele ja tüdrukutele, kes on relvastatud konfliktides langenud vägistamise ohvriks;

81. nõuab tungivalt, et komisjon ja Euroopa välis teenistus käsitleksid inimõiguste alases dialoogis tõkkeid, millega inimesed seisavad silmitsi, kui püüavad pääseda ligi reproduktiivtervisega seotud teenustele ning kasutada oma seksuaal- ja reproduktiivtervisega seonduvaid õigusi;
82. tuletab meelde, et 1994. aastal Kairos allkirjastatud elanikkonna ja arengu rahvusvahelise konverentsi (ICPD) tegevuskava rakendamisega tunnistati, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused on jätkusuutliku arengu aluseks;
83. nõuab tungivalt, et komisjon jätkaks eelnevaga seoses oma arengualaste prioriteetide raames kõikide takistuste kaotamist, et võimaldada juurdepääsu kvaliteetsetele, taskukohastele, aktsepteeritavatele ja kättesaadavatele seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu teenustele, sünnieelse ja emade tervishoiu teenustele, sealhulgas vabatahtlik pereplaneerimine, rasestumisvastaste vahendite ja ohutu aborti võimalus, noortesõbralikud teenused, võideldes samaaegselt soolise diskrimineerimise vastu, mis põhjustab soolisel valikul põhinevaid ja sunniviisilisi aborte, sunniviisilist steriliseerimist ning seksuaalset vägivalda, ja tagades samuti seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu ning sünnieelse ja emade tervishoiu alaste laste, HIVi ennetamise, ravi, hoolduse ja toetuse pakkumise diskrimineerimiseta;
84. nõuab tungivalt, et EL ja selle liikmesriigid tagaksid, et käimasolev elanikkonna ja arengu rahvusvahelise konverentsi (ICPD+20) läbivaatamisprotsessi ajal vaadataks põhjalikult läbi kõik seksuaal- ja reproduktiivtervisega seonduvad aspektid, et kinnitada kõikide isikute seksuaal- ja reproduktiivõiguste kindlat ja progressiivset lähenemisviisi, et see vastaks inimõiguste kõikidele rahvusvahelistele õigusaktidele ja et see tugevdaks liikmesriikide kohustust anda aru kokkulepitud eesmärkide saavutamisest; palub eelkõige ELil ja liikmesriikidel tagada, et läbivaatamisprotsess viiakse lõpuni kaasaval viisil, andes erinevatele sidusrühmadele, sealhulgas kodanikuühiskonnale, naistele, teismelisele ja noortele, võimaluse selles mõttekal viisil osaleda; tuletab meelde, et kõnealuse läbivaatamise raamistik peab tuginema inimõigustele ja keskenduma täpsemalt seksuaal- ja reproduktiivõigustele;
85. palub, et komisjon ja Euroopa välis teenistus ning eelkõige ELi delegatsioonid riikides oleksid täielikult teadlikud seksuaal- ja reproduktiivtervisest ning seonduvatest õigustest ning sünnieelsest ja emade tervishoiust, mis on kaasava ja jätkusuutliku arengu olulised tegurid seoses inimarenguga, valitsemise ja inimõigustega, noorte ja naiste majandusliku mõjuvõimu suurendamisega riikide tasandil, ja samuti olulised tegurid ELi praeguses, ajavahemikku 2014–2020 hõlmavas programmitöös;
86. nõuab tungivalt, et EL tagaks, et populatsioonidünaamika ning seosed kaasava ja jätkusuutliku arengu ning seksuaal- ja reproduktiivtervisega ning seonduvate õiguste vahel on esmatähtsad 2015. aasta järgse ülemaailmse arenguraamistiku kujundamisel, mille puhul saavad kõik üksikisikud teostada oma inimõigusi, sealhulgas õigust seksuaal- ja reproduktiivtervisele, olenemata nende sotsiaalsest staatusest, vanusest, seksuaalsest sättumusest, soolisest identiteedist, rassist, etnilisest päritolust, puudest, usust ja veendumusest; nõuab, et EL võtaks selles küsimuses ühtse, sidusa ja juhtiva seisukoha;
87. tuletab meelde, et kõikidel maailma naistel, kes on tahtmatult rasestunud, peaks olema takistamatu juurdepääs usaldusväärsele teabele ja nõustamisele; tuletab meelde, et tuleks

pakkuda kvaliteetseid ja laiaulatuslikke tervishoiuteenuseid ja abi;

88. kutsub ELi ja liikmesriike üles täitma kohustusi, mis on võetud seoses elanikkonna ja arengu rahvusvahelise konverentsi tegevusprogrammi ning läbivaatamiskonverentside tulemuste täieliku ja tulemusliku rakendamisega;
89. nõuab tungivalt, et komisjon ja Euroopa välisteenistus toetaksid riikide valitsuste, kohalike omavalitsuste ja kodanikuühiskonna vastutust ja juhtpositsiooni seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu ning seonduvate õiguste tagamisel ja edendamisel, kuna tegemist on inimõigusega, mille kaitsmine peab põhinema jagatud vastutusel;
90. palub parlamenti käsitleda seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu ning seonduvate õiguste rikkumisi parlamendi aastaaruandes inimõiguste ja demokraatia kohta maailmas ja Euroopa Liidu poliitika kohta selles valdkonnas;
91. teeb presidendile ülesandeks edastada käesolev resolutsioon nõukogule ja komisjonile.

SELETUSKIRI

Igal aastal reastab UNDP riigid vastavalt nende soolise ebavõrdsuse tasemele. Soolise ebavõrdsuse indeksi mõõtmisel arvestatakse soopõhist ebasoodsamat olukorda kolmes eluvaldkonnas – reproduktiivtervise, mõjuvõimu ja tööturu valdkonnas¹. Käesolev raport keskendub esimesele neist ja sellega seonduvatele õigustele, seda mitte ainult inimõiguste probleemina, vaid ka kui soolise võrdõiguslikkuse saavutamise vahendina.

Olles maailma kõige arenenumate riikide seas, on liikmesriikidel juhtroll ülemaailmses riikide pingereas, mis reastab riigid vastavalt nende rahvastiku reproduktiivtervisele². Siiski paljastavad liikmesriikidest pärit andmed teravad erinevused naiste seksuaal- ja reproduktiivtervises kogu Euroopas.

Mitmetel juhtudel on Euroopa Parlament (EP) väljendanud oma toetust seksuaal- ja reproduktiivtervisesse ning seonduvatesse õigustesse investeerimiseks. ELi tugev seisukoht seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste asjus on võimalik ainult selle institutsiooni tugeva tõuke kaudu.

Käesoleva raporti ajastus on väga oluline. Praegune poliitiline ja majanduslik olukord ohustab seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvatest õigustest kinnipidamist. Praeguse finantskriisi ja majanduslanguse tõttu ning nende õigustega seotud riigieelarve kärpete tõttu on liikmesriikide hulgas suundumus kiirendada tervishoiuteenuste erastamist ja vähendada juurdepääsu tervishoiuteenustele ja nende kvaliteeti³. Lisaks on kogu Euroopas tärganud väga konservatiivsed vaated seoses seksuaal- ja reproduktiivtervise ning õigustega. Riikides nagu Hispaania ja Ungari ning piirkondlikes foorumites nagu Euroopa Nõukogu Parlamentaarne Assamblee ja Euroopa sotsiaalõiguste komitee ja isegi EP, on valiku vastane opositsioon muutumas tugevamaks ja häälekamaks. Võttes arvesse neid rünnakuid, on praegu olulisem kui kunagi varem, et EP toetaks seksuaal- ja reproduktiivõigusi kui inimõigusi ning edastaks asjaliku kokkuvõtte seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste olukorra kohta Euroopa tasandil.

Seksuaal- ja reproduktiivtervis

WHO väidab, et „reproduktiivtervis käsitleb reproduktiivseid protsesse, funktsioone ja süsteemi kõikidel eluetappidel. Seega see tähendab, et inimestel on võimalik elada vastutustundlikku, rahuldustpakkuvat ja turvalist seksuaalelu ning et neil on reproduktsioonivõime ning vabadus otsustada kas, millal ja kui tihti lapsi saada. Selles sisaldub ka meeste ja naiste õigus olla teavitatud ja omada juurdepääsu turvalisele, tõhusale, kättesaadavatele ja vastuvõetavatele nende enda valitud viljakuse reguleerimise meetodile

¹ ÜRO Arengufond 2011: Inimarengu aruanne 2011. Jätkusuutlikkus ja võrdõiguslikkus: parem tulevik kõigile, tehniline märkus nr 3.

² Nagu näitavad indikaatorandmed, mida kasutati soolise ebavõrdsuse indeksi arvutamisel. ÜRO Arengufond (2011). Inimarengu aruanne 2011. Jätkusuutlikkus ja võrdõiguslikkus: parem tulevik kõigile. Statistiline lisa, tabel 4.

³ EP 12. märtsi 2013. aasta resolutsioon majanduskriisi mõju kohta meeste ja naiste võrdõiguslikkusele ning naiste õigustele.

ning juurdepääsuõigus kohastele tervishoiuteenustele, mis tagavad naistele turvalise raseduse ja sünnituse ning kindlustavad paaridele parimad võimalused terve imiku saamiseks.”¹

Seksuaaltervise all mõistetakse „füüsilise, emotsionaalse, vaimse ja sotsiaalse seksuaalsusega seotud heaolu seisundit, see ei ole üksnes haiguse, häire või vaevuse puudumine. Seksuaaltervis eeldab positiivset ja lugupidavat lähenemist seksuaalsusele ja seksuaalsuhetele, samuti ka võimalusele omada nauditavaid ja turvalisi seksuaalkogemusi ilma sunni, diskrimineerimise ja vägivalleta. Seksuaaltervise saavutamiseks ja säilitamiseks peab järgima, kaitsma ja täitma kõikide isikute seksuaalõigusi².

Seksuaal- ja reproduktiivõigused

Seksuaal- ja reproduktiivtervist kaitstakse seksuaal- ja reproduktiivõigustega. Nagu sätestatud 1995. aasta Pekingi tegevusprogrammi artiklis 96, põhinevad need õigused sellistel inimõigustel, nagu võrdõiguslikkus ja väärikus.

Seksuaal- ja reproduktiivõigused, sealhulgas õigus emade tervishoiule ja pereplaneerimisele, hõlmavad nii vabadusi kui õigusi, mis on seotud juba paljude olemasolevate kodaniku-, poliitiliste, majanduslike, sotsiaal- ja kultuuriõigustega. Kuigi need ei ole omavahel vahetatavad, on reproduktiivõigus seksuaalõiguse üks osa, samamoodi nagu seksuaalõigus on osa reproduktiivõigusest³.

Emade suremus

Vaatamata sellele, et suuremas osas liikmesriikides on väga madal emade suremuse määr (2–10 surma 100 000 elussünni kohta)⁴, on mõnes liikmesriigis need määrad märkimisväärselt kõrgemad (34 Lätis, 27 Rumeenias, 21 Ungaris ja 20 Luksemburgis). Mitme liikmesriigi puhul liigub on suundumus soodne, näiteks aastatel 1990–2010 vähenes Rumeenias emade suremus 170-lt 27-le, Lätis 54-lt 34-le, Bulgaarias 24-lt 11-le, Leedus 34-lt 8-le. Siiski esines samal ajal teistes liikmesriikides murettekitavaid suundumusi ja kõikumisi; Luksemburgi hinnanguline emade suremus on liikunud tõusujoones – tõustes 6-lt 1990. aastal 20-ni 2010. aastaks, samal ajal kui Ungari suutis vähendada 1990ndate emade suremust vähendada 2000ndatel 23-lt 10-le, samas tõusis see uuesti 21ni 2010. aastaks⁵. Oma 13. detsembri 2012. aasta resolutsioonis aastaaruande kohta inimõiguste ja demokraatia kohta maailmas 2011. aastal ja Euroopa Liidu poliitika kohta selles valdkonnas tuletas Euroopa Parlament meelde, et emade suremuse ja haigestumise vältimiseks peaks tõhusalt edendama ja kaitsma naiste ja tüdrukute inimõigusi, eelõige õigust elule, haridusele, informatsioonile ja tervisele. EP rõhutas, et ELil on seetõttu oluline roll, aidates vähendada välditavaid tüsistusi, mis võivad tekkida enne rasedust, raseduse ajal ja pärast rasedust.

¹ WHO globaalse poliitika komitee (1994) arvamus tervise, rahvastiku ja arengu kohta rahvusvahelise rahvastiku ja arengukonverentsi jaoks, Kairo 5.–13. september 1994, lk 24, lõige 89.

² WHO (2006). Seksuaaltervise määratlus: Aruanne tehniliste konsultatsioonide kohta seksuaaltervise asjus; 28.–31. jaanuar 2002, Genf.

³ Yamin, A. E. (Ed.), 2005, Learning to dance: Advancing women’s reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights, Cambridge, Harvard University Press.

⁴ Eeldatakse, et „riigid, kus esineb 1–10 surma 100 000 sünni kohta on sisuliselt samal tasemel ning erinevused on juhuslikud”, vt allmärkust 1.

⁵ ÜRO emade suremuse hinnang (2012). Emade suremuse suundumused 1990–2010: WHO, UNICEFi, ÜRO Rahvastikufondi ja Maailmapanga hinnangud.

Andmete kogumine

Paljud liikmesriigid ei kogu täielikuks reproduktiiv- ja seksuaaltervise mõõtmiseks vajalikke andmeid. Näiteks pole rohkem kui kahel kolmandikul liikmesriikidest andmeid selliste rasedate naiste protsendi kohta, kes on käinud raseduse ajal vähemalt ühel arstivisiidil ning üle neljandikul liikmesriikidest puuduvad andmed selle kohta, kui suur on selliste sünnituste protsent, mille puhul osales sünnitusel professionaalne sünnitusabi osutaja¹. Kuigi mõne väga arenenud riigi puhul võib selliste andmete kogumist pidada ebavajalikuks, on need andmed siiski olulised indikaatorid, mis võimaldavad järjepidevalt teha järelevalvet reproduktiivtervise standardite üle. On vajalik, et liikmesriigid koguksid ja jälgiks seksuaal- ja reproduktiivtervise indikaatoritega seotud üksikasjalikke andmeid ja statistikat (sugulisel teel levivad nakkuste, raseduse katkestamise ja rasestumisvastaste vahendite määra, noorukite raseduse... kohta), mis oleks vähemalt liigitatud soo ja vanuse järgi. Selleks et oleks parem ülevaade olukorrast kogu liidus, peaks Euroopa Soolise Võrdõiguslikkuse Instituudil olema õigus tagada andmete ning parimate tavade kogumine ja analüüs.

Seksuaalharidus

Enamikus liikmesriikides on seksuaalharidus siseriikliku õiguse kohaselt kohustuslik, kuigi selle sisus ja kvaliteedis on erinevusi. Hiljutine uuring näitab, et parimad seksuaalhariduse tavad on Beneluxi riikides, Põhjamaades, Prantsusmaal ja Saksamaal. Ida- ja Lõuna-Euroopa riikide seksuaalhariduses esineb puudusi või puuduvad sellised programmid üldse².

Kõrgem teismeliste sünnitajate arvu, raseduse katkestamiste ja sugulisel teel levivate nakkuste määr kipub olema seotud eksliku või ebapiisava seksuaalharidusega. ELi praegused andmed kattuvad selle eeldusega, nagu näha on kõrgeimad alaealiste sünnituste ja raseduste katkestamise määrad liikmesriikides, mis asuvad Ida-Euroopas³.

Kuigi üldine suundumus on seksuaalhariduse programmide aeglase paranemise suunas, lihtsustaks ühiste eesmärkide ja parimate tavade jagamine seksuaalhariduse standardite ühtlustamist ning aitaks kaasa kõigi Euroopa noorte seksuaal- ja reproduktiivtervise võrdsustumisele.

Alaealiste sünnitajate määr ja soovimatu rasedus

Teismeliste sünnitajate määr⁴ on liikmesriigiti suuresti erinevad. Madalaimad alaealiste sünnitajate määrad (5–9 sündi aastas) on Hollandis, Sloveenias, Taanis, Rootsis, Küprosel, Itaalias, Luksemburgis ja Soomes. Mõneti kõrgem alaealiste sünnitajate määr (10–20 sündi) on enamikus liikmesriikides: Saksamaal, Austrias, Prantsusmaal, Belgias, Kreekas,

¹ ÜRO Arengufond (2011). Inimarengu aruanne 2011. Jätkusuutlikkus ja võrdõiguslikkus: parem tulevik kõigile. Statistiline lisa, tabel 4.

² Beaumont, K; Maguire, M; Schulze, E; Euroopa Parlament (2013) Euroopa Liidu seksuaalhariduse poliitika, saadaval: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm>

³ Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (juuni 2012). Sugulisel teel levivad nakkused Euroopas 1990–2010.

⁴ 15–19aastaste tüdrukute sünnituste arv 1000 tüdruku kohta selles vanuserühmas.

Hispaanias, Tšehhis, Lätis, Poolas, Portugalis, Irimaal, Leedus, Ungaris ja Maltal. Teismeliste sünnitajate kõrgeim määr on Slovakkias (22), Eestis (24), Ühendkuningriigis (26), Rumeenias (40) ja Bulgaarias (44).

Vaatamata soodsatele arengutele mõnes liikmesriigis, on näitab karm lõhe Hollandi alaealiste sünnitajate määr (5), Ühendkuningriigi määr (26) ning Bulgaaria määr (44) vahel, et paljudel ELi noortel siiski puuduvad vajalikud oskused ja teadmised vastutustundlike seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud valikute tegemiseks.

Peale selle, et suurem osa teismeliste rasedustest ei ole planeeritud ning et noored tüdrukud ei ole tavaliselt emaduseks valmis, on sellel, et alaealised sünnitava ka pikaajalised tagajärjed. Teismeliste raseduste puhul esineb rohkem rasedusega seotud probleeme kui täisealiste raseduste puhul (nt nurisünnitus, vastsündinu surm). Uuringud osutavad ka, et alaealised emad suurema tõenäosusega keskkooli ei lõpeta ning elavad vaesuses. Lisaks sünnivad alaealiste lapsed tihti alakaalulisena ning neil on tervise ning arenguga seotud probleeme¹.

Ka täiskasvanutel naistel esineb soovimatu raseduse probleemi, mis võib tekkida mitmetel põhjustel: rasestumisvastase vahendi mittetoimimine, rasestumisvastase vahendi ebaõige või ebakorrapärane kasutamine, seksuaalpartnerid, kes on rasestumisvastaste vahendite kasutamise vastu, peale sunnitud seksuaalvahekord või vägistamine või tervislikud põhjused. Nagu WHO märgib, et „isegi planeeritud rasedus võib muutuda soovitamatuks, kui olukord muutub”².

Raseduse katkestamine

20 liikmesriigis on soovi korral raseduse katkestamine seadusega lubatud. Ülejäänud seitsmest on kolmes liikmesriigis (Suurbritannia, Soome, Küpros) võimaldatud piiramise aluste lai tõlgendamine, samas kui kolmes liikmesriigis (Irimaal, Poolas, Luksemburgis) on piiramise aluste tõlgendus kitsendatud ning eksisteerib tahtmatus või hirm rasedust katkestada, mis oma korda on viinud selleni, et seaduslikke raseduse katkestamisi (mille kohta on andmed esitatud) toimub väga harva, kui üldse. Malta on ainuke liikmesriik, kus raseduse katkestamine on ilma ühegi erandita seadusega keelatud³. Raseduse katkestamise lubamise piiravad tingimused võivad hõlmata ohtu naise elule või füüsilisele ja/või vaimsele tervisele, loote väärarengut, vägistamist korral või meditsiinilisi või sotsiaalmajanduslikke põhjuseid. Raseduse katkestamise tähtaeg on enamikus liikmesriikides 12 nädalat. Raseduse katkestamise tasu on liikmesriigiti väga erinev, riikides, kus raseduse katkestamise eest tasub riiklik ravikindlustus, tasub ravikindlustus selle eest ainult juhul, kui tegemist on meditsiiniliste näidustustega. Mõnes riigis on kohustuslik ooteperiood ning alaealiste puhul võib vaja olla vanema nõusolekut⁴.

Peab märkima, et riikides, kus isegi on raseduse katkestamine seadusega lubatud, kehtestatakse aborditeenustele piiranguid. Eeskätt naised on silmitsi reproduktiivtervisega

¹ Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (juuni 2012). Sugulisel teel levivad nakkused Euroopas 1990–2010.

² WHO (2012). Seksuaal- ja reproduktiivtervis: raseduse katkestamine faktides ja arvudes Euroopa piirkonnas.

³ Vaata ÜRO ICPD aruannet Beyond 2014 Review (juuli 2012). Country Implementation Profiles; International Planned Parenthood Federation (mai 2012), Abortion Legislation in Europe.

⁴ IPPF (mai 2012). Raseduse katkestamise seadusandlus Euroopas.

seotud teenusepakkujate veendumuse põhjal keeldumisega, mis on reguleerimata, kohustuslike ooteperioodidega või kallutatud nõustamisega¹. Veendumuse põhjal keeldumise praktika on piiranud paljude naiste juurdepääsu reproduktiivtervise teenustele, nagu teave rasestumisvahendite kohta, neile juurdepääs ja nende soetamine, sünnieelne testimine ning seaduslik raseduse katkestamine. On teatatud juhtumitest Slovakkias, Ungaris, Rumeenias, Poolas, Iirimaa ja Itaalias, kus peaaegu 70% kõikidest günekoloogidest ja 40% kõikidest anestezioloogidest keelduvad raseduse katkestamise teenuste osutamisest veendumuste põhjal. Need piirangud on selgelt vastuolus inimõiguste standarditega ja rahvusvaheliste meditsiinistandarditega.²

Tihti reisivad naised, kes elavad piiravate raseduse katkestamise seadustega riikides, raseduse katkestamiseks teise liikmesriiki. See tegevus on mõne rühma jaoks suur majanduslik koorem, samuti võidakse neid elukohariigis kriminaalvastutusele võtta. Lisaks teeb see keeruliseks usaldusväärsete andmete kogumise raseduse katkestamiste kohta. Mõnes liikmesriigis on seadusliku aborti tegemiseks vaja reisida ka sellistel naistel, kes elavad maapiirkondades.³ Tegelikult mõjutab keeld eelkõige juba ebasoodsas olukorras olevaid naisi – neid, kes ei saa raseduse katkestamiseks hõlpsasti teistesse EL riikidesse reisida, kelle rahaline olukord on keeruline, varjupaigataotlejaid, naisi, kes on riigi hooldusel või eestkostel jne – see omakorda soodustab tervise seotud ebavõrdsuse suurenemist ELis.

Väikseima raseduste katkestamise arvuga riigid on⁴ Saksamaa, Kreeka, Taani ja Portugal (7–9 legaalselt indutseeritud aborti 1000 naise kohta, kes on vanuses 15–44 aastat), samal ajal kui kõrgeim raseduste katkestamiste arv on Eestis, Rumeenias, Bulgaarias, Lätis, Ungaris ja Rootsis (vahemikus 35–21 raseduse katkestamist), neile järgnevad Ühendkuningriik (17) ja Prantsusmaa (18).⁵

Raseduse katkestamise keelustamisega seotud võimalike terviseohtude tõttu on selge, et raseduse katkestamise keelamine ei soodusta nende arvu vähenemist, seega on tõhusam keskenduda soovimatute raseduste vältimisele.⁶ Raseduse katkestamise seaduslikkuse ja selle esinemissageduse vahel on väga väike seos, väga suur seos on raseduse katkestamise seaduslikkuse ja selle ohutuse vahel. Lisaks on WHO kohaselt „ühe ohutult sooritatud raseduse katkestamise hind [. . .] võrdne ühe kümnendikuga ohtlike abortide tagajärgede ravimise hinnast”.⁷

Peab märkima, et praegune demograafilisest kriisist tingitud keskendumine perepoliitikale mõjutab nii otseselt kui ka kaudselt seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste osas tehtud poliitilisi valikuid. Tundub olevat arvamused, et raseduse katkestamise keelustamine suurendab sündide arvu ning selle lubamine aitab kaasa rahvastiku vähenemisele. Statistika

¹ Christine McCafferty Euroopa Nõukogu aruanne, Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection, 20.7.2010 ja Euroopa Nõukogu Parlamentaarne Assamblee resolutsioon 1763 (2010).

²WHO (2. väljaanne), turvaline raseduse katkestamine: tehnilised ja poliitilised suunised tervishoiusüsteemidele

³ IPPF (mai 2012). Raseduse katkestamise seadusandlus Euroopas.

⁴ Välja arvatud liikmesriigid, kus on kõige rangemad poliitikad (Iirimaa, Poola, Luksemburg, Malta).

⁵ Austria, Küprose, Luksemburgi ja Malta kohta ei ole andmeid saadaval. ÜRO majandus- ja sotsiaalnõukogu: rahvastiku osakond (märts 2011), World Abortion Policies 2011 (maailma raseduse katkestamise poliitika 2011).

⁶ IPPF (mai 2012). Raseduse katkestamise seadusandlus Euroopas.

⁷ WHO (2012). Seksuaal- ja reproduktiivtervis: raseduse katkestamine faktides ja arvudes Euroopa piirkonnas.

seda arvamust ei toeta ning meie usume, et Euroopa sündivuse määra kasvu toetaks palju tõhusamalt emade ja isade töö- ja eraelu ühitamise võimaluste parandamine.

Sugulisel teel levivad nakkused

EL teeb süstemaatilist kontrolli mõne sugulisel teel levivate nakkuse üle: HIV, süüfilis, kaasasündinud süüfilis, gonorröa, klamüüdia ja *lymphogranuloma venereum* (LGV). Vastavalt otsusele 2119/98/EÜ, eeldatakse, et liikmesriigid esitavad andmeid kõikide nõutud muutujate kohta, siiski ei ole see tegelikkuses alati nii, lisaks ei ole ka teatud riiklikud sugulisel teel levivate nakkuste järelevalvesüsteemid põhjalikud. Selle tulemusel võib suundumuste võrdlemine ja tuvastamine toimuda ebapiisavate või puuduvate andmete põhjal.

Liikmesriigi uute HIV-nakkuse juhtude keskmine arv 100 000 elaniku kohta aastas on 5,7, 2010. aasta madalaimad määrad olid Slovakkias (0,5) ja Rumeenias (0,7) ning kõrgeim oli see määr Eestis (27,8), Lätis (12,2), Belgias (11) ja Ühendkuningriigis (10,7). Vanuseliselt on 11% uutest HIV-nakatunutest 15-24-aastased noored.¹

On oluline, et Euroopa Komisjon ja liikmesriigid tegeleksid HIVi nakatunud naiste seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seotud õiguste probleemidega ning nende naiste vajadustega osana epideemia piiramise terviklikust lähenemisest. Seda saab saavutada, laiendades juurdepääsu seksuaal- ja reproduktiivtervise programmidele, integreeritud juurdepääsule HIV/AIDS testimisele ja ravile, vastastikule toetamisele, nõustamisele ja ennetusteenustele ning muutes neid sotsiaalmajanduslikke tegureid, mis suurendavad naiste HIVi/AIDSi haigestumise riski, nagu sooline ebavõrdsus, diskrimineerimine ja inimõiguste kaitse madal tase.

Seksuaal- ja reproduktiivõigustega seotud vägivald

Arvestuslikult kogeavad seitse naist kümnest oma elu jooksul füüsilist ja/või seksuaalset vägivalda. Sool põhinev vägivald on diskrimineerimisi viis, mis tõsiselt takistab naiste võimalust nautida õigusi ja vabadusi meestega samadel alustel. Seksuaalsel vägivaldal on laastav elukestev mõju selle ohvrite ja üleelanute psühholoogilisele ja füüsilisele tervisele ja heaolule. Seksuaal- ja reproduktiivtervise järgimine ning edendamine ning reproduktiivõiguste kaitse ja täitmine on vajalik tingimus soolise võrdõiguslikkuse saavutamiseks ja naiste õiguste suurendamiseks, selleks et võimaldada neil nautida kõiki oma inimõigusi ja põhivabadusi ning vältida ja leevendada naistevastast vägivalda.

Erilist tähelepanu peaks pöörama ka kahjulikele traditsioonilistele tavadele, nagu naiste suguelundite moonutamine/lõikamine, varajased ja sundabielud, kuna nendel tavadel võib olla kahjustav mõju heaolule, seksuaalsuhetele, rasedusele ja sünnitusele ning samuti ka kogukondadele.

Seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused ametlikus arenguabis

Seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seotud õigused on inimväärikuse ning inimarengu olulised osad ning sotsiaalse ja majandusliku arengu keskne osa. Viimased kogutud andmed osutavad

¹ Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC)/WHO piirkondlik Euroopa büroo, HIV/AIDSi järelevalve Euroopas 2011.

tõsiste seksuaal- ja reproduktiivtervisega seotud probleemide olemasolule kogu maailmas ja eelkõige arenguriikides.

Lisaks tugevate poliitiliste kohustuste sätestamisele peaks EL hakkama ka täitma arengu- ja poliitilise jõu rolli seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvate õiguste eest võitlemisel. ELil on oluline osa seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvate õiguste edendamisel, jõustamisel ja kaitsmisel, sealhulgas 2015. aastale järgneva perioodi arenguraamistikus, et tagada, et globaalse arenguraamistiku 2015. aasta järgneva perioodiks ja Rio 20+ konverentsi järelmeetmete kujundamisel seatakse esikohale rahvastik ja seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seotud õigused.

Liikmesriigid peaksid panustama, et kiirendada edusamme aastatuhande viienda arengueesmärgi ning selle kahe sihi saavutamiseks, käsitledes terviklikult reproduktiiv-, emade, vastsündinud ja laste tervise küsimusi. See võib hõlmata ka pereplaneerimise, sünnieelse ravi, professionaalse sünnitusabi, erakorralise sünnitusabi ja vastsündinu ravi ning sugulisel teel levivate nakkuste ja haiguste, nagu HIV, ennetamise ja raviga seotud sätteid. Liikmesriigid peaksid edendama ka süsteeme, mis võimaldavad võrdset juurdepääsu taskukohasele, võrdväärsele ja kvaliteetsele integreeritud tervishoiuteenusele ning hõlmavad kogukonnapõhist ennetust ja kliinilist hooldust.

Euroopa Komisjon mängib olulist rolli, tagades, et Euroopa arengukoostöös kohaldatakse inimõigustel põhinevat lähenemisviisi, keskendudes eelkõige seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvate õiguste kindlatele eesmärkidele.

VÄHEMUSE ARVAMUS

Anna Zaborska

Käesoleva mittesiduva resolutsiooniga rikutakse ELi aluslepingut ning selle põhjal ei saa kehtestada õigust raseduse vabatahtlikule katkestamisele või võtta meetmeid ECI(2012)000005 täieliku rakendamise vastu. Sellise õiguse kehtestamisel või tunnustamisel ei saa viidata mitte ühelegi rahvusvahelisele, õiguslikult siduvale lepingule ega Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioonile ega rahvusvahelisele tavaõigusele. Kõik ELi institutsioonid, organid ja ametid peavad abordiküsimuses jääma neutraalseks. Euroopa Kohus kinnitab (C-34/10), et munarakk on viljastamise hetkest alates inimese embrüo, mida tuleb kaitsta. ÜRO lapse õiguste konventsioonis on sätestatud, et igal lapsel on õigus seaduslikule kaitsele nii enne kui ka pärast sündi. EL ei tohiks toetada mitte ühtegi asutust ega organisatsiooni, mis edendab ja toetab abordiga seotud tegevuse haldamist või osaleb selles. Tuleb toetada inimese õigust keelduda veendumuste tõttu ning riigi vastutust tagada, et patsientidel on juurdepääs arstiabile, eriti sünnieelse ja emade esmaabi puhul. Mitte ühtegi isikut, haiglat ega institutsiooni ei saa sundida, võtta vastutusele ega diskrimineerida ühelgi moel, kui nad on keeldunud sooritamast protseduuri, mis võib põhjustada inimese embrüo surma, või kui nad on keeldunud sellele protseduurile kaasa aitamast või seda võimaldamast.

10.7.2013

ARENKUKOMISJONI ARVAMUS

naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjonile

seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste kohta
(2013/2040(INI))

Arvamuse koostaja: Michael Cashman

ETTEPANEKUD

Arengekumisjon palub vastutaval naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjonil lisada oma resolutsiooni ettepanekusse järgmised ettepanekud:

1. kinnitab, et üldine juurdepääs seksuaal- ja reproduktiivtervisele ning seonduvatele õigustele on põhiline inimõigus ning palub, et komisjon tagaks arengukoostööraamistikus ning tulevases ülemaailmse arengu raamistikus inimõiguste- ja soopõhise lähenemisviisi kasutuselevõtu ning kindla ja üksikasjaliku keskendumise seksuaal- ja reproduktiivtervisele ning seonduvatele õigustele, nendega seotud konkreetset sihtmärke ja mõõdetavad näitajad, pidades samal ajal esmatähtsaks naiste ja noorte mõjuvõimu suurendamist ja soolist võrdõiguslikkust;
2. nõuab tungivalt, et komisjon säilitaks eelnevaga seoses oma arengualastes prioriteetides kõikide takistuste kaotamise, et võimaldada juurdepääsu kvaliteetsetele, taskukohastele, aktsepteeritavatele ja kättesaadavatele seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu teenustele, sünnieelse ja emade tervishoiu teenustele, sealhulgas vabatahtlik pereplaneerimine, rasedusest hoidumise vahendite ja ohutu aborti kättesaadavus, noortesõbralikud teenused, võideldes samaaegselt soolise diskrimineerimisega, mis põhjustab soolisel valikul põhinevaid ja sunniviisilisi aborte, sunniviisilist steriliseerimist ning seksuaalset vägivalda, ja tagades samuti seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu ning sünnieelse ja emade tervishoiu alaste tarnete, HIV ennetamise, ravi, hoolduse ja toetuse pakkumise diskrimineerimiseta;
3. palub, et komisjon looks arengukoostöö rahastamisvahendi põhiteemade raames seksuaal- ja reproduktiivtervisele konkreetse eelarverea ning tagaks seksuaal- ja reproduktiivtervise alastele ulatuslikele päevakorralistele küsimustele piisava rahastamise kõikides asjakohastes rahastamisvahendites;

4. kutsub liikmesriike üles tagama ICPD+20, Beijing+20 ja Rio+20 protsesside integreerimise 2015. aasta järgse raamistikuga;
5. tunnistab, et üldine juurdepääs kvaliteetsele tervishoiule ja tervishoiuteenustele, sealhulgas seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu teenustele, sünnieelsele ja emade tervishoiule ja seonduvale haridusele aitab kaasa kaasavale ja jätkusuutlikule arengule ning väikelaste, laste ja emade suremuse vähendamisele, nagu ka naiste ja noorte mõjuvõimu suurendamisele ning kujutab seega endast ülimalt kulutõhusat rahvatervise ja arengu strateegiat;
6. kinnitab, et seksuaal- ja reproduktiivtervis tuleb lisada olemasolevatesse rahvusvahelistesse inimõigustealastesse õigusaktidesse ja tähtsamatesse poliitilise konsensuse dokumentidesse; peab kahetsusväärseks, et ELi seisukoht, mis sõnastati ÜRO 2012. aasta säästva arengu konverentsiks (Rio+20) ettevalmistumise käigus ja milles tunnistati, et seksuaal- ja reproduktiivtervis on läbiv teema ja võtmeks arengu muude aspektide juurde, ei kajastunud ÜRO lõplikus dokumendis, sest puudus ELi ühtne seisukoht;
7. nõuab tungivalt, et EL tagaks, et populatsioonidünaamika ning seosed kaasava ja jätkusuutliku arengu ning seksuaal- ja reproduktiivtervise vahel on esmatahtsad 2015. aasta järgse ülemaailmse arenguraamistiku kujundamisel, mille puhul saavad kõik üksikisikud teostada oma inimõigusi, sealhulgas õigust seksuaal- ja reproduktiivtervisele, olenemata nende sotsiaalsest staatusest, vanusest, seksuaalsest sättumusest, soolisest identiteedist, rassist, etnilisest päritolust, puudest, usust ja veendumusest; kinnitab, et EL peab selles küsimuses võtma ühtse, sidusa ja juhtiva seisukoha;
8. on veendunud, et võimaldades naistele, tütarlastele ja paaridele põhivabaduse teha nende seksuaal- ja reproduktiivvelu puudutavaid otsuseid, sealhulgas see, kas ja millal saada lapsi, loob võimalusi sellisteks tegevusteks nagu haridus ja tööhõive, mis aitavad kaasa soolisele võrdõiguslikkusele, vaesuse vähendamisele ning kaasavale ja jätkusuutlikule arengule; märgib, et võimalus valida vähemate laste saamine, mis jätab rohkem aega nende sünni vahele, võimaldab peredel investeerida rohkem iga lapse haridusse ja tervisesse;
9. kutsub ELi ja liikmesriike üles täitma kohustusi, mis on võetud seoses elanikkonna ja arengu rahvusvahelise konverentsi tegevusprogrammi ning läbivaatamiskonverentside tulemuste täieliku ja tulemusliku rakendamisega;
10. palub, et komisjon ja Euroopa välisteenistus ning eelkõige ELi delegatsioonid riikides oleksid täielikult teadlikud seksuaal- ja reproduktiivtervisest ning seonduvatest õigustest ning sünnieelsest ja emade tervishoiust, mis on kaasava ja jätkusuutliku arengu olulised tegurid seoses inimarenguga, valitsemise, soolise võrdõiguslikkusega ja inimõigustega, noorte ja naiste majandusliku mõjuvõimu suurendamisega riikide tasandil, ja samuti olulised tegurid ELi praeguses, aastate 2014–2020 alases programmitöös;
11. kutsub ELi delegatsioone üles tegema koostööd asjaomaste valitsustega, et töötada välja ja rakendada poliitikat, milles keskendutakse naiste ja tütarlaste väärtuse edendamisele ühiskonnas, et võidelda soolise ebavõrdsuse, naiste ja tütarlaste diskrimineerimise ning selliste ühiskonnainstrumentide vastu, millel põhinevad soo sünnieelne valimine, naissoost imikute tapmine ja naissoost loodete abort, ning samuti varajane sunniviisiline

abiellumine ning naiste suguorganite moonutamine; rõhutab, et jõupingutused soopõhise selektsiooni piiramiseks ei tohi takistada või piirata naiste juurdepääsuõigust seksuaal- ja reproduktiivtervise õiguspärasele teenustele ja tehnoloogiatele;

12. nõuab tungivalt, et organisatsioonid, keda rahastatakse ELi vahenditest HIV/AIDSi ja/või tervisekaitse valdkonnas, töötaksid välja selge, täpse ja läbipaistva strateegia selle kohta, kuidas nad saaksid integreerida seksuaal- ja reproduktiivtervise ja HIV esmase ennetamise oma sekkumistega;
13. nõuab tungivalt, et komisjon ja Euroopa välisteenistus toetaksid riikide valitsuste, kohalike omavalitsuste ja kodanikuühiskonna omalust ja juhtimist seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu teenuste osutamisel ja edendamisel, mis on universaalsed ning peavad põhinema jagatud vastutusel;
14. kutsub ELi üles edendama uute ja paremate, vastuvõetavate, taskukohaste ja kättesaadavate ennetusmeetodite, diagnostika ja ravi alaseid teadusuuringuid ja arendustegevust, mille sihiks on seksuaal- ja reproduktiivtervis ning vaesusega seotud ja tähelepanuta jäetud troopilised haigused, mis kahjustavad tõsiselt seksuaal- ja reproduktiivtervist madala ja keskmise sissetulekuga peredes ja mis kokku moodustavad ühe olulisematest emade ja laste suremuse põhjustest;
15. palub parlamenti käsitleda seksuaal- ja reproduktiivtervishoiu teenustega seotud rikkumisi parlamendi aastaaruandes inimõiguste ja demokraatia kohta maailmas ja Euroopa Liidu poliitika kohta selles valdkonnas;
16. tuletab meelde, et soovimatult rasestunud naistel kogu maailmas peaks olema takistamatu juurdepääs usaldusväärsele teabele ja nõustamisele; tuletab meelde, et tuleks pakkuda kvaliteetseid ja põhjalikke tervishoiuteenuseid ja abi.

PARLAMENDIKOMISJONIS TOIMUNUD LÕPPHÄÄLETUSE TULEMUS

Vastuvõtmise kuupäev	9.7.2013
Lõpphääletuse tulemus	+: 18 -: 6 0: 0
Lõpphääletuse ajal kohal olnud liikmed	Thijs Berman, Michael Cashman, Véronique De Keyser, Nirj Deva, Leonidas Donskis, Mikael Gustafsson, Miguel Angel Martínez Martínez, Gay Mitchell, Norbert Neuser, Bill Newton Dunn, Maurice Ponga, Jean Roatta, Michèle Striffler, Keith Taylor, Ivo Vajgl, Anna Záborská, Iva Zanicchi
Lõpphääletuse ajal kohal olnud asendusliige/asendusliikmed	Emer Costello, Santiago Fisas Ayxela, Enrique Guerrero Salom, Edvard Kožušník, Isabella Lövin, Cristian Dan Preda
Lõpphääletuse ajal kohal olnud asendusliige/asendusliikmed (kodukorra art 187 lg 2)	Jan Kozłowski

PARLAMENDIKOMISJONIS TOIMUNUD LÕPPHÄÄLETUSE TULEMUS

Vastuvõtmise kuupäev	18.9.2013
Lõpphääletuse tulemus	+: 17 -: 7 0: 7
Lõpphääletuse ajal kohal olnud liikmed	Regina Bastos, Edit Bauer, Emine Bozkurt, Andrea Češková, Tadeusz Cymański, Edite Estrela, Zita Gurmai, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Sophia in 't Veld, Livia Járóka, Rodi Kratsa-Tsagaropoulou, Astrid Lulling, Ulrike Lunacek, Elisabeth Morin-Chartier, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Joanna Senyszyn, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Marina Yannakoudakis, Anna Záborská, Inês Cristina Zuber
Lõpphääletuse ajal kohal olnud asendusliige/asendusliikmed	Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Nicole Kiil-Nielsen, Christa Klauß, Katarína Neveďalová, Antigoni Papadopoulou, Michèle Striffler
Lõpphääletuse ajal kohal olnud asendusliige/asendusliikmed (kodukorra art 187 lg 2)	Eva Lichtenberger