

Krīzes ietekme uz aprūpes pieejamību mazāk aizsargātu iedzīvotāju grupām

Eiropas Parlamenta 2013. gada 4. jūlija rezolūcija Krīzes ietekme uz aprūpes pieejamību mazāk aizsargātu iedzīvotāju grupām (2013/2044(INI))

Eiropas Parlaments,

- ņemot vērā Līgumu par Eiropas Savienību, jo īpaši tā 3. panta 3. punktu, un Līgumu par Eiropas Savienības darbību, jo īpaši tā 9., 151., 153. un 168. pantu,
- ņemot vērā Eiropas Savienības Pamattiesību hartu, jo īpaši tās 1., 21., 23., 24., 25., 34. un 35. pantu,
- ņemot vērā pārskatīto Eiropas Sociālo hartu, jo īpaši tās 30. pantu (tiesības uz aizsardzību pret nabadzību un sociālo atstumtību) un 16. pantu (ģimenes tiesības uz sociālo, juridisko un ekonomisko aizsardzību),
- ņemot vērā Eiropas Cilvēktiesību konvenciju,
- ņemot vērā ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām,
- ņemot vērā ANO Bērna tiesību konvenciju,
- ņemot vērā Padomes 2000. gada 29. jūnija Direktīvu 2000/43/EK, ar ko ievieš vienādas attieksmes principu pret personām neatkarīgi no rasu vai etniskās piederības¹,
- ņemot vērā Eiropas Parlamenta un Padomes 2006. gada 5. jūlija Regulu (EK) Nr. 1081/2006 par Eiropas Sociālo fondu un Regulas (EK) Nr. 1784/1999 atcelšanu²,
- ņemot vērā Komisijas 2011. gada 6. oktobra priekšlikumu regulai par Eiropas Sociālo fondu un Regulas (EK) Nr. 1081/2006 atcelšanu (COM(2011)0607),
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu „Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES” (COM(2009)0567),
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu „Eiropa 2020: Stratēģija gudrai, ilgtspējīgai un integrējošai izaugsmei” (COM(2010)2020),
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu „Eiropas stratēģija invaliditātes jomā (2010–2020): atjaunināta apņemšanās veidot Eiropu bez šķēršļiem” (COM(2010)0636),
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu „Eiropas platforma cīņai pret nabadzību un sociālo atstumtību: Eiropas pamatprogramma sociālai un teritoriālai kohēzijai” (COM(2010)0758),

¹ OV L 180, 19.7.2000., 22. lpp.

² OV L 210, 31.7.2006., 12. lpp.

- ņemot vērā Komisijas paziņojumu „ES programma attiecībā uz romu integrācijas valsts stratēģijām līdz 2020. gadam” (COM(2011)0173),
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu „Kā tālāk virzīt Eiropas Inovācijas partnerības aktīvām un veselīgām vecumdienām Stratēģisko īstenošanas plānu” (COM(2012) 0083),
- ņemot vērā Komisijas ziņojumu „Nodarbinātība un sociālās norises Eiropā 2012. gadā”,
- ņemot vērā 2008. gada 9. oktobra rezolūciju par sociālās integrācijas veicināšanu un nabadzības, tostarp bērnu nabadzības, apkarošanu ES¹,
- ņemot vērā 2009. gada 6. maija rezolūciju par tādu cilvēku aktīvu integrāciju, kuri ir atstumti no darba tirgus²,
- ņemot vērā 2009. gada 19. februāra rezolūciju par sociālo ekonomiku³,
- ņemot vērā 2010. gada 16. jūnija rezolūciju par stratēģiju „Eiropa 2020”⁴,
- ņemot vērā 2010. gada 17. jūnija rezolūciju par ekonomiskās lejupslīdes un finanšu krīzes ar dzimumu saistītiem aspektiem⁵,
- ņemot vērā 2010. gada 6. jūlija rezolūciju par jauniešu piekļuves darba tirgum veicināšanu un praktikanta, stažiera un mācekļa statusa nostiprināšanu⁶,
- ņemot vērā 2010. gada 20. oktobra rezolūciju par finanšu, ekonomikas un sociālo krīzi: ieteikumi veicamajiem pasākumiem un iniciatīvām (vidusposma ziņojums)⁷,
- ņemot vērā 2011. gada 7. jūlija rezolūciju par vistrūcīgākajām personām paredzētu pārtikas izdalīšanas shēmu Savienībā⁸,
- ņemot vērā 2011. gada 9. marta rezolūciju par ES stratēģiju romu integrācijai⁹,
- ņemot vērā 2011. gada 8. marta rezolūciju par nevienlīdzības mazināšanu veselības aprūpes jomā ES¹⁰,
- ņemot vērā 2011. gada 14. septembra rezolūciju par ES bezpajumtniecības stratēģiju¹¹,
- ņemot vērā Parlamenta 2011. gada 25. oktobra rezolūciju par personu ar invaliditāti integrāciju un mobilitāti un Eiropas stratēģiju invaliditātes jomā (2010.–2020. gads)¹,

¹ OV C 9 E, 15.1.2010., 11. lpp.

² OV C 212 E, 5.8.2010., 23. lpp.

³ OV C 76 E, 25.3.2013., 16. lpp.

⁴ OV C 236 E, 12.8.2011., 57. lpp.

⁵ OV C 236 E, 12.8.2011., 79. lpp.

⁶ OV C 351 E, 2.12.2011., 29. lpp.

⁷ OV C 70 E, 8.3.2012., 19. lpp.

⁸ OV C 33 E, 5.2.2013., 188. lpp.

⁹ OV C 199 E, 7.7.2012., 112. lpp.

¹⁰ OV C 199 E, 7.7.2012., 25. lpp.

¹¹ OV C 51 E, 22.2.2013., 101. lpp.

- ņemot vērā Parlamenta 2013. gada 7. februāra rezolūciju par Eiropas ekonomikas politikas koordinēšanas pusgadu: par Eiropas Ekonomikas politikas koordinēšanas pusgadu — 2013. gada izaugsmes pētījumā izklāstītie nodarbinātības un sociālie aspekti²,
- ņemot vērā 2008. gada 22. aprīļa deklarāciju par bezpajumtniecības uz ielām izbeigšanu³ un 2010. gada 16. decembra deklarāciju par ES stratēģiju bezpajumtniecības izskaušanai⁴,
- ņemot vērā Eiropas Savienības Pamattiesību aģentūras 2011. gada ziņojumus „Migranti nelegālā situācijā — piekļuve veselības aprūpei 10 Eiropas Savienības dalībvalstīs”⁵ un „Nelegālā situācijā Eiropas Savienībā esošu migrantu pamattiesības”,
- ņemot vērā Sociālās aizsardzības komitejas 2012. gada marta trešo ziņojumu „Ekonomikas krīzes un notiekošās fiskālās konsolidācijas sociālā ietekme”,
- ņemot vērā organizācijas „Doctors of the World” ziņojumu „Mazāk izsargātu grupu piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem Eiropas Savienībā 2012. gadā”,
- ņemot vērā Eiropas Dzīves un darba apstākļu uzlabošanas fonda *Eurofound* ziņojumu „Trešais Eiropas dzīves kvalitātes pārskats — dzīves kvalitāte Eiropā: krīzes ietekme”⁶,
- ņemot vērā *Eurofound* ziņojumu „Konsultatīvie dienesti mājāsaimniecību parādu jomā Eiropas Savienībā”⁷,
- ņemot vērā *Eurofound* ziņojumu „Romu dzīves apstākļi: pārāk zema standarta mājokļi un pārāk zems veselības līmenis”⁸,
- ņemot vērā *Eurofound* ziņojumu „Jauniešu ar invaliditāti vai veselības problēmām aktīva iekļaušana”⁹,
- ņemot vērā ESAO ziņojumu „Pārskats par veselību Eiropā 2012. gadā”,

¹ OV C 131 E, 8.5.2013., 9. lpp.

² Pieņemtie teksti, P7_TA(2013)0053.

³ OV C 259 E, 29.10.2009., 19. lpp.

⁴ OV C 169 E, 15.6.2012., 139. lpp.

⁵ *FRA*, „Migranti nelegālā situācijā — piekļuve veselības aprūpei 10 Eiropas Savienības dalībvalstīs”, 2011. gada oktobris, <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/migrants-irregular-situation-access-healthcare-10-european-union-member-states>.

⁶ *Eurofound* (2012), Trešais pētījums par dzīves kvalitāti Eiropā — „Dzīves kvalitāte Eiropā: Trešais Eiropas dzīves kvalitātes pārskats — dzīves kvalitāte Eiropā: krīzes ietekme”, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga, <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1264.htm>.

⁷ *Eurofound* (2012), „Konsultēšanas pakalpojumi mājāsaimniecību parādsaistību jomā Eiropas Savienībā”, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga, <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1189.htm>.

⁸ *Eurofound* (2012), „Romu dzīves apstākļi: pārāk zema standarta mājokļi un pārāk zems veselības līmenis”, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga, <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2012/02/en/1/EF1202EN.pdf>.

⁹ *Eurofound* (2012), „Jauniešu ar invaliditāti vai veselības problēmām aktīva iekļaušana”, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga, <http://www.eurofound.europa.eu/areas/socialcohesion/illnessdisabilityyoung.htm>.

- ņemot vērā SDO publikāciju „Sociālā drošība visiem — problēmu risināšana saistībā ar mazāk aizsargātu grupu nevienlīdzīgu piekļuvi veselības aprūpei Eiropas un Centrālāzijas valstīs”,
 - ņemot vērā Reglamenta 48. pantu,
 - ņemot vērā Nodarbinātības un sociālo lietu komitejas ziņojumu un Sieviešu tiesību un dzimumu līdztiesības komitejas atzinumu (A7-0221/2013),
- A. tā kā visi cilvēki ir dzimuši brīvi, ar vienlīdzīgu cilvēcisko cieņu un tiesībām, un dalībvalstu atbildība ir ar konstitūciju un veselības aizsardzības sistēmu veicināt un garantēt šīs tiesības; tā kā dzimumu nelīdztiesība veselības aprūpes pieejamībā un rezultātos ir vērojama visā ES;
 - B. tā kā pat krīzes situācijā būtu jāievēro ES pamatvērtības un piekļuve aprūpei, veselības aprūpei un sociālai palīdzībai ES būtu jāuzskata par visu cilvēku pamattiesībām; tā kā vērojams gluži pretējais, proti, lielākajā daļā dalībvalstu veselībai, aprūpei un pakalpojumiem ir samazināti līdzekļi taupības politikas dēļ, tādējādi graujot principu par vispārēju piekļuvi pakalpojumiem un to kvalitāti;
 - C. tā kā veselības aprūpes sistēmas visā Eiropas Savienībā saskaras ar būtiskām problēmām, tostarp, nepārejošu eurozonas valstu parādu krīzi, kas izraisa slogu uz publiskajām finansēm, iedzīvotāju novecošanu, veselības pakalpojumu būtības izmaiņas un veselības aprūpes izmaksu paaugstināšanos, skaidri apliecinot steidzamu reformu nepieciešamību;
 - D. tā kā Eiropas Savienībā ir pasaules visattīstītākā sociālās aizsardzības sistēma ar vislielākajiem tēriņiem iedzīvotāju sociālajiem pabalstiem; uzsver, ka Eiropas sociālā modeļa saglabāšanai un turpmākai attīstīšanai ir jābūt politiskai prioritātei;
 - E. tā kā Pasaules Veselības organizācijas Tallinas hartā norādīts, ka veselība ir īpaši būtisks faktors, kas veicina ekonomikas attīstību un labklājību;
 - F. tā kā vairākās dalībvalstīs nevienlīdzība palielinās, jo nabadzīgāko iedzīvotāju stāvoklis šajās valstīs turpina pasliktināties; tā kā 2011. gadā 24,2 % ES iedzīvotāju bija pakļauti nabadzības vai atstumtības riskam; turklāt tā kā personu ar zemiem ienākumiem vērtējumā viņu veselības stāvoklis ir pasliktinājies, un pastāv īpaši lielas atšķirības starp šīm personām un 25 % iedzīvotāju ar vislielākajiem ienākumiem;
 - G. tā kā ilgtermiņa bezdarba rādītāji palielinās un daudzi iedzīvotāji tā rezultātā paliek bez apdrošināšanas, kas vēl vairāk ierobežo viņu piekļuvi veselības pakalpojumiem;
 - H. tā kā pašreizējā krīze nesamērīgi skar mazāk aizsargātās grupas, jo tās cieš no krīzes divkārtšas ietekmes, proti, zaudētiem ienākumiem un ierobežotiem aprūpes pakalpojumiem;
 - I. tā kā hroniski nabadzīgie, nereti ilgtermiņa bezdarbnieki vai mazo algu saņēmēji, vientuļie vecāki ar bērniem, kuri nav nodarbināti vai strādā vien dažas stundas, un gados vecāki cilvēki Centrālajā Eiropā un Austrumeiropā pastāvīgi ierindojami mazāk aizsargāto iedzīvotāju grupā;

- J. tā kā jaunākie pētījumi apliecina jaunu mazāk aizsargāto grupu rašanos, kuras agrāk bija salīdzinoši nodrošinātas, taču šobrīd ir nonākušas trūkumā personīgu parādsaistību dēļ — šajā grupā ietilpstošie var nespēt segt savus izdevumus un sākt nemaksāt rēķinus un neveikt parādsaistību maksājumus vai vairs nespēt apmaksāt vajadzīgos aprūpes pakalpojumus un to apdraud risks, ka būs jāpamet mājoklis;
- K. tā kā valsts pārziņā esošiem un pārvaldītiem sabiedriskajiem pakalpojumiem un to lietotāju demokrātiskai līdzdalībai ir būtiska loma jomās, kas ir būtiskas labklājībai, tostarp veselības, izglītības, tieslietu, ūdensapgādes, mājokļu, transporta un bērnu un gados vecāku cilvēku aprūpes jomā;
- L. tā kā veselības aprūpes sistēmu fragmentācija var novest pie situācijas, ka daudzi pacienti nesaņem vajadzīgo medicīnisko aprūpi, savukārt citi saņem aprūpi, kas var būt nevajadzīga un pat kaitējoša;
- M. tā kā krīze ir palielinājusi iespēju, ka var notikt ilgtermiņa izslēgšana no darba tirgus, jo īpaši attiecībā uz jauniešiem, un viņi ir visjutīgākie pret šāda procesa sekām saistībā ar turpmāko līdzdalību darba tirgū un ienākumiem;
- N. tā kā arvien vairāk cilvēku ES strādā pēc tiesību aktos noteiktā pensionēšanās vecuma, daļēji finansiālu iemeslu dēļ, jo citi pēcpensijas posma mājāsaimniecību ienākumi ir apdraudēti;
- O. tā kā vairākās dalībvalstīs pakalpojumu izmaksas palielinās, un tas nozīmē, ka daudzi cilvēki vairs nespēj atļauties pienācīga līmeņa pakalpojumus savu konkrēto vajadzību apmierināšanai, tādējādi zaudējot patstāvību, saskaroties ar papildu spiedienu mājas un darbā vai iespējami postošu ietekmi uz viņu veselību, kas noved pie viņu sociālās atstumtības;
- P. tā kā veselības aprūpes sistēmas var (neapzināti) radīt šķēršļus veselības aprūpes pieejamībai vai nodrošināt veselības aprūpi citā kvalitātē cilvēkiem, uz kuriem attiecas vairāk nekā viens aizsargāts rādītājs, piemēram, dzimums, vecuma vai piederība minoritātei;
- Q. tā kā dažās sociālā nodrošinājuma sistēmās tiek veiktas izmaiņas, lai noteiktām grupām ierobežotu vai liegtu piekļuvi gan veselības aprūpei, gan kompensācijām par noteiktiem ārstēšanas veidiem un medikamentiem¹, tādējādi radot papildu riskus cilvēku un sabiedrības veselībai, kā arī šo sistēmu ilgtermiņa stabilitātei;
- R. tā kā ir aplēsts, ka lielāko daļu aprūpes ES nodrošina neoficiāli un neapmaksāti aprūpētāji; tā kā šis ievērojamais resurss ir apdraudēts sakarā ar noteiktām demogrāfiskām izmaiņām un arvien pieaugošo aprūpes slogu;
- S. tā kā ANO Konvencijas par personu ar invaliditāti tiesībām 19. un 26. pantā ir noteiktas tiesības uz virkni mājās un dzīvesvietā sniegtu pakalpojumu vai citiem sociālā atbalsta pasākumiem, tostarp individuālu palīdzību;

¹ Skatīt, piemēram, 5. pantu Spānijas 2012. gada 20. aprīļa karaliskajā dekrētā Nr. 16/2012, kas stājās spēkā 2012. gada 28. decembrī. Pieejams tīmekļa vietnē:
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd116-2012.html#a5.

- T. tā kā bērnu nodošana alternatīvai aprūpei ir sarežģīta un daudzslāņaina problēma, taču bieži izrādās tieši vai netieši saistīta ar nabadzību un sociālo atstumtību;
- U. tā kā precīzas un pieejamas informācijas trūkums var veicināt to, ka mazāk aizsargātas grupas nespēj saņemt vajadzīgo aprūpi, uz ko tās ir tiesīgas;
- V. tā kā ziņojumi liecina par pieaugošām grūtībām, ar kurām saskaras atsevišķi ES iedzīvotāji un citas personas ar likumīgām tiesībām, cenšoties izmantot savas tiesības uz aprūpi pārrobežu situācijās;
- W. tā kā medicīniskās demogrāfijas problēmas (zema līmeņa aprūpes sniegšana noteiktās ģeogrāfiskās teritorijās) vairākās dalībvalstīs apgrūtina veselības pieejamību mazāk aizsargātām grupām;
- X. tā kā palielinās ziņojumu skaits par pieaugošu sociālo sašķeltību un agresiju, kas rada verbālus un fiziskus uzbrukumus mazākumgrupām; tā kā par šādiem gadījumiem būtu jāsniedz detalizēta informācija;
- Y. tā kā dažās dalībvalstīs politikas ierobežojumi attiecībā uz personām ar invaliditāti, mācīšanās grūtībām vai psihiatriskām slimībām nozīmē novēršanos no tiesībpamatotas integrācijas pieejas, kuras mērķis ir pilnīga integrācija kopienā, atgriežoties pie institucionalizētākas pieejas, kas tika izmantota agrāk;
- Z. uzsver augsto nodarbinātības potenciālu veselības un sociālās aprūpes nozarē visā Eiropas Savienībā;
- AA. tā kā daudzas darbavietas veselības un aprūpes nozarē dažās dalībvalstīs joprojām ir slikti apmaksātas, bieži vien nepiedāvā oficiālus līgumus un nenodrošina citas darba pamattiesības, un nav pievilcīgas lielā emocionālā un fiziskā stresa, pārslodzes riska un karjeras attīstības iespēju trūkuma dēļ; tā kā nozare piedāvā ļoti ierobežotas apmācības iespējas, turklāt tajā nodarbinātie lielākoties ir gados vecāki cilvēki, sievietes un strādājošie migranti; tā kā aprūpes pienākumus ES bieži veic neoficiāli un neapmaksāti aprūpētāji, kurus var uzskatīt par neaizsargātu grupu sakarā ar pieaugošo spiedienu nodrošināt sarežģītāku un tehniskāku aprūpes līmeni; tā kā daudzās dalībvalstīs trūkst kvalitatīvu aprūpes pakalpojumu, kas pieejami visiem neatkarīgi no ienākumiem;
- AB. tā kā pāreja no institucionāliem uz kopienās balstītiem aprūpes veidiem prasa aizvien lielāku mājoklī sniegtu atbalstu, lai mazāk aizsargāti cilvēki varētu dzīvot neatkarīgi;
- AC. tā kā jauniešus, kuri pēc aprūpes saņemšanas sāk neatkarīgu dzīvi, jo īpaši apdraud nabadzība un sociālā atstumtība,
- AD. tā kā arvien vairāk gados vecāku cilvēku ir jāklasificē kā mazāk aizsargāti cilvēki;
- AE. tā kā trūcīgi ES iedzīvotāji, kas ir citu dalībvalstu valstspiederīgie, un trešo valstu valstspiederīgie, uz kuriem attiecas citas dalībvalsts sociālās drošības sistēma, arī var pieredzēt ievērojamas grūtības, saņemot aprūpi;
- AF. tā kā visiem cilvēkiem ir tiesības uz tādu dzīves standartu, kas dod iespēju viņiem un viņu ģimenēm būt veseliem un baudīt labklājību;

- AG. tā kā ir svarīgi uzsvērt pilsoniskās sabiedrības un tās organizāciju nozīmību, kam ir būtiska loma, sniedzot palīdzību izstumtajām iedzīvotāju grupām;
- AH. tā kā veselības aprūpe nozīmīgi ietekmē cilvēka dzīves kvalitāti, ilgumu un cieņu;
- AI. tā kā aptuveni 10 % no ES notikušajām dzemdībām vienā gadā ir priekšlaicīgas (intrauterīnais vecums mazāks par 37 nedēļām), un tā kā mātēm ar priekšlaicīgi dzimušiem zīdaiņiem bieži vien nav pieejami atbilstoša standarta veselības aprūpes pakalpojumi, kas vēl vairāk saasina darba un privātās dzīves nelīdzsvarotības problēmu;
- AJ. tā kā nabadzība, neatbilstīga izglītība un zemāks sociālās integrācijas līmenis noved pie veselības pasliktināšanās; tā kā neaizsargātākajām grupām galvenais šķērslis veselības aprūpes pieejamībā ir zināšanu vai izpratnes trūkums par veselības aizsardzības sistēmām un administratīvajām problēmām, zināšanu trūkums par slimīgu profilaksi un nespēja fiziski nokļūt pie aprūpes pakalpojumiem,
1. aicina Komisiju pieprasīt, lai dalībvalstis sniegtu informāciju par īstenotajiem taupības pasākumiem un veiktu taupības pasākumu sociālās ietekmes novērtējumus, un konkrētām valstīm adresētajos ieteikumos sniegt ierosinājumus šādu pasākumu vidēja termiņa un ilgtermiņa sociālās un ekonomiskās ietekmes novēršanai; aicina Komisiju izstrādāt regulārus kopsavilkuma ziņojumus par šādiem novērtējumiem un nosūtīt tos Parlamentam; prasa, lai Eiropas pusgada procesos uzsvars tiktu likts ne tikai uz sociālās nodrošināšanas sistēmu finansiālo ilgtspējību, bet arī uz to pieejamības un kvalitātes aspektiem;
 2. aicina Komisiju un dalībvalstis atbalstīt un veicināt ieguldījumus sociālajos pakalpojumos, piemēram, veselības, aprūpes un sociālajā jomā, proti, nozarēs, kas ir svarīgas sakarā ar demogrāfiskajām pārmaiņām un sociālās krīzes sekām, un kam ir liels potenciāls darba vietu radīšanā;
 3. pauž pārliecību, ka ar nepieciešamām reformām būtu jārisina veselības aprūpes kvalitātes un efektivitātes jautājumi, jāuzlabo piekļuve pareizai aprūpei pareizā laikā un pareizā kārtībā un, cik vien iespējams, jāļauj cilvēkiem dzīvot veselīgi un nepieļaut vispārējas slimību komplikācijas, no kurām var izvairīties;
 4. atgādina, ka dalībvalstis piekrita īstenot pieeju, kas paredz pāreju no ārstējošiem pasākumiem, kas vērsti uz atstumtības un veselības problēmu simptomu risināšanu, uz profilaktiskiem pasākumiem kā stratēģiju dzīves kvalitātes uzlabošanai un hronisko slimību, fizioloģiskā vājuma un invaliditātes radītā sloga samazināšanai¹; šajā sakarībā uzsver ilgtermiņa izmaksas, ko radīs nerīkošanās;
 5. uzskata, ka veselības aprūpes vai aprūpes pakalpojumu pieejamības liegšana mazāk aizsargātām personām rada tikai šķietamu ietaupījumu, jo ilgtermiņā tā var negatīvi ietekmēt veselības aprūpes izmaksas, kā arī personu un sabiedrības veselību;
 6. uzskata, ka daudzi īstermiņa izmaksu samazināšanas pasākumi, kas pašlaik tiek īstenoti, piemēram, vienreizēja maksa par piekļuvi veselības aprūpei, pārmērīgas izmaksas vai

¹ Padomes secinājumi par veselīgu un cienīgu novecošanu. Nodarbinātības, sociālās politikas, veselības un patērētāju tiesību aizsardzības padomes 2980. sanāksme, 2009. gada novembris.

piekļuves liegšana aprūpei mazāk aizsargātām grupām, nav visaptveroši izvērtēti, ņemot vērā to radītās plašākās sociālās un ekonomiskās sekas vai iespējamo diskriminējošo ietekmi un ilgtermiņa rezultātus, tostarp sabiedrības veselības apdraudējumu un iespējamās sekas attiecībā uz paredzamo dzīves ilgumu; uzsver, ka šādiem pasākumiem ir neproporcionāla negatīva ietekme uz mazāk aizsargātām grupām;

7. pauž nožēlu, ka ar dažām slimībām saistītā sociālā stigma attur personas no vēršanās pēc vajadzīgās palīdzības, kas var arī izraisīt infekcijas slimības, kuras, piemēram, netiekot ārstētas, rada sabiedrības veselības apdraudējumu;
8. pauž nožēlu par to, ka valstu īstenotā aizturēšanas prakse un ziņošanas pienākumi saistībā ar imigrācijas tiesībaizsardzību rada nesamērīgu ietekmi uz migrantu bez dokumentiem spēju saņemt medicīnisko palīdzību¹;
9. atzīst, ka pastāv cieša saikne starp virkni neaizsargātības faktoru, institucionālās aprūpes pieredzi, kvalitatīvas uz kopienu balstītas aprūpes trūkumu un izrietošu bezpajumtniecību; atgādina, ka veselības un aprūpes pakalpojumiem var būt svarīga nozīme nabadzības un sociālās atstumtības, tostarp to galējo formu, piemēram, bezpajumtniecības, profilaksē un novēršanā; uzsver, ka grupas, kuras skar vairāki neaizsargātības faktori, piemēram, romus un personas bez derīgas uzturēšanās atļaujas vai bezpajumtniekus, pat vairāk apdraud iespēja nesāņemt riska novēršanas kampaņu informāciju un netikt pārbaudītiem un ārstētiem;
10. norāda uz budžeta samazināšanas ilgtermiņa negatīvo ietekmi uz profilaktiskajiem aprūpes pasākumiem krīzes situācijā; uzskata, ka profilaktiskie pasākumi — ja ir vajadzība tos ierobežot — būtu vismaz jāpalielina līdz iepriekšējam līmenim, tādējādi nodrošinot nepārtrauktību un nepieļaujot infrastruktūras iznīcināšanu; uzsver, ka ekonomikas un finanšu krīzei un dalībvalstīm uzspiestajiem tā sauktajiem taupības politikas virzieniem nevajadzētu būt iemeslam, lai neveiktu ieguldījumus valsts veselības un sabiedriskajos pakalpojumos, bet, ņemot vērā to nozīmi un būtiskās īpašības, gluži pretēji, būtu jāpieliek pūles, lai konsolidētu šos pakalpojumus nolūkā apmierināt sabiedrības, jo īpaši tās mazāk aizsargātāko grupu, vajadzības;
11. uzskata, ka taupības pasākumiem nekādos apstākļos nevajadzētu liegt iedzīvotājiem piekļuvi sociālajiem un veselības pamatpakalpojumiem vai negatīvi ietekmēt inovācijas sociālo pakalpojumu sniegšanas jomā un to kvalitāti, kā arī tie nedrīkstētu pavērst pretējā virzienā pozitīvās tendences politikas izstrādē;
12. aicina dalībvalstis veicināt pieņemšanu darbā sociālās aprūpes dienestos un rīkoties, lai palielinātu nozares pievilcību kā pilnvērtīgu karjeras iespēju jauniešiem;
13. uzsver, ka aizvien vairāk ES pilsoņu, kas dzīvo citā ES valstī, nav apdrošināta veselība, piemēram, bezdarba vai uzturēšanās atļaujas zaudēšanas dēļ; uzsver, ka ES pilsoņiem, uz kuriem attiecas veselības apdrošināšana citā ES valstī, bieži ir grūtības piekļūt aprūpei, jo viņiem ir jāmaksā iepriekš;

¹ *FRA* vadlīnijās „Nelegālā situācijā esošu migrantu aizturēšana — pamattiesību apsvērumi” ir dalībvalstīm adresēti svarīgākie principi par atklāšanas un ziņošanas praksi medicīnas iestādēs un pie tām, http://fra.europa.eu/sites/default/files/document-on-apprehensions_1.pdf.

14. pauž bažas par to, ka personas ar invaliditāti visā ES nesamērīgi skar izdevumu samazināšana valsts sektorā, kā rezultātā viņi zaudē piekļuvi atbalsta pakalpojumiem, kas viņiem sniedza iespēju neatkarīgi dzīvot sabiedrībā;
15. uzskata, ka šādas pieejas dēļ palielināsies to cilvēku skaits, kuri ilgtermiņā dzīvos aprūpes iestādēs, kā arī padziļināsies personu ar invaliditāti sociālā atstumtība ES, kas ir tiešs to ES saistību pārkāpums, ko tā uzņēmusies atbilstoši ANO Konvencijai par personu ar invaliditāti tiesībām un Eiropas stratēģijai invaliditātes jomā (2010–2020) ;
16. uzsver, ka aprūpe, kas jāsaņem cilvēkiem ar invaliditāti, būtu jāsniedz pieejamā veidā gan attiecībā uz infrastruktūru, gan saziņu, kas ir īpaši būtiski personu ar garīgiem traucējumiem (mācīšanās grūtības) gadījumā, uzsver nepieciešamību veicināt aprūpes sniedzēju un plaša profila ārstu apmācību, lai nodrošinātu aprūpi pieejamā veidā;
17. uzskata, ka visi budžeta samazinājumi attiecībā uz jauniešiem vai citām mazāk aizsargātām grupām paredzētajiem aprūpes un atbalsta pakalpojumiem negatīvi ietekmēs ES politikas programmas aktīvās iekļaušanas jomā; uzsver, ka augstais bezdarba līmenis jauniešu vidū rada papildu slogu visiem sociālajiem dienestiem un ka šajā ziņā varētu palīdzēt mērķtiecīga rīcība;
18. norāda, ka krīzes izraisītā pieaugoša un ilgtermiņa bezdarba dēļ lielai daļai līdzpilsoņu, kas ir ilgtermiņa bezdarbnieki vai viņu apgādājamie, ir liegta piekļuve valsts veselības aprūpes sistēmai, sociālajam nodrošinājumam un veselības aprūpei; aicina dalībvalstis un jo īpaši dalībvalstis ar visaugstākajiem bezdarba rādītājiem efektīvi un ātri risināt šo būtisko problēmu, pieņemot vajadzīgos pasākumus;
19. atzinīgi vērtē Komisijas 2013. gada 20. februāra ieteikumu „Ieguldījums bērnos: nabadzības apburtā loka pārraušana”; atzīst tādu ieguldījumu nozīmi un izmaksu efektivitāti, kas veikti agrīnā bērnu attīstības posmā, lai pilnībā attīstītu viņu potenciālu; atzīst, ka ieguldījumiem kvalitatīvos sociālajos pakalpojumos ir būtiska nozīme pienācīgu un efektīvu bērnu aizsardzības dienestu izveidē un visaptverošu profilaktisku stratēģiju izstrādē; atgādina, ka ir svarīgi pieņemt dzīves cikla perspektīvu, veicināt veselību, profilaksi un slimību savlaicīgu atklāšanu; uzsver, ka nesenā masalu pandēmija ir apliecinājusi, cik būtiski sabiedrības veselībai ir vakcinēt bērnus;
20. atzīst ģimenes locekļu, kas strādā kā aprūpētāji un brīvprātīgie (neoficiālā aprūpe), milzīgo sociālo un ekonomisko ieguldījumu un viņu augsto pienākumu nastu, ko rada pakalpojumu sniegšanas ierobežojumi vai to izmaksu palielināšanās; uzskata, ka taupības pasākumiem nevajadzētu novest pie vēl lielākas slodzes, kas gulstas uz neoficiālajiem aprūpētājiem; uzsver, ka ir būtiski atzīt aprūpētāju zināšanas un garantēt augstas kvalitātes darbu; prasa sniegt atbilstīgu atbalstu un palīdzību ģimenes locekļiem, kas strādā kā aprūpētāji, apvienojot aprūpi un karjeru, un uzskata, ka aprūpētāja darbā pavadītais laiks būtu jāietver pensijas tiesību aprēķinos; uzsver, ka lielākā daļa aprūpes ES tiek sniegta neoficiāli, t.i., to sniedz ģimenes locekļi un brīvprātīgie, un aicina Komisiju, dalībvalstis un sociālos partnerus vairāk novērtēt šo ieguldījumu un piešķirt lielāku finanšu atbalstu par to;
21. atzīst, ka arvien vairāk sieviešu ir iesaistītas apmaksātā darbā (kaut arī pelna par 18 % mazāk nekā vīrieši), bet tajā pašā laikā sievietes joprojām bieži ir aprūpētājas (78 % visu aprūpētāju ir sievietes), un ka tas apdraud centienus panākt darba un privātās dzīves apmierinošu līdzsvaru; uzskata, ka kopumā elastīgas darba iespējas ir svarīgas, lai

palīdzētu cilvēkiem apvienot darbu un aprūpi; pauž bažas par negatīvo ietekmi, ko pakalpojumu sniegšanas samazinājums vai to pieaugošās izmaksas rada sievietēm nodarbinātībai, darba un privātās dzīves līdzsvaram, dzimumu līdztiesībai un veselīgai novecošanai;

22. atgādina, ka aprūpes nozare ES ir noteikta kā joma ar izaugsmes iespējām, un Parlaments ir uzsvēris, ka šajā nozarē nepieciešama labāka darba samaksa un labāka apmācība, lai padarītu to par pievilcīgu karjeras iespēju un uzlabotu pakalpojumu kvalitāti; norāda uz ievērojamo darbinieku trūkumu veselības aprūpes un aprūpes sniegšanas nozares noteiktos sektoros, un aicina dalībvalstis vecināt aprūpes apmācību jauniešu vidū, kā arī tādus apmācību pasākumus, kas varētu palīdzēt aprūpētājiem un pakalpojumu sniedzējiem labāk saprast aprūpes saņēmēju vajadzības;
23. uzsver, ka ir aizvien svarīgāk nodrošināt mobilos pakalpojumus, lai sniegtu pakalpojumus tiem, kam tie ir vajadzīgi pilsētās un arī lauku apvidos;
24. uzsver brīvprātīgo nozares vērtīgo ieguldījumu, aprūpējot gados vecākus cilvēkus, kam ir vajadzīga aprūpe, un vajadzības gadījumā izolētas personas, kas dzīvo savrupi;
25. atzinīgi vērtē to, ka Eiropas Inovācijas partnerība aktīvām un veselīgām vecumdienām ir izvēlēta to problēmu risināšanai, kuras rada sabiedrības novecošanos. tostarp viens no mērķiem ir līdz 2050. gadam par diviem gadiem palielināt ES pilsoņu veselīgās dzīves daļu; tas arī nodrošina Eiropai trīskāršu ieguvumu:
 - i) uzlabojot gados vecāku cilvēku veselību un dzīves kvalitāti;
 - ii) uzlabojot aprūpes sistēmu ilgtspējību un efektivitāti un
 - iii) radot izaugsmes un tirgus iespējas uzņēmumiem;
26. atzīst trešā sektora un brīvprātīgo organizāciju darbu, bet uzskata, ka tam nevajadzētu aizstāt valsts pienākumu nodrošināt augstas kvalitātes, efektīvus, drošus un pieejamus pakalpojumus, kas ir pieejami visiem kā sabiedriskais labums, turklāt ar finansiālu atbalstu no valsts līdzekļiem;
27. atzīmē Eiropas kvalitātes satvaru ilgtermiņa aprūpei, kas nodrošina principus un vadlīnijas attiecībā uz gados vecāku cilvēku, kam nepieciešama aprūpe, cieņu un labklājību, un kas tika publicēts kā daļa no Komisijas *WeDO* projekta¹;
28. aicina dalībvalstis uzlabot zināšanas par veselību un nodrošināt atbilstīgu informāciju par neaizsargātām grupām pieejamiem pakalpojumiem, kurām bieži ir grūtības piekļūt vajadzīgajiem pakalpojumiem; tikpat būtiska ir aprūpes saņēmēju un aprūpētāju līdzdalība lēmumu pieņemšanas procesā, kuri skar viņus;

Ieteikumi

¹ *WeDO* ir Eiropas Komisijas atbalstīts projekts (2010–2012), ko īstenoja vadības grupa, kurā bija 18 partneru organizācijas 12 dalībvalstīs. Visu partneru organizāciju kopējās intereses bija un ir uzlabot gados vecāku cilvēku, kam nepieciešama aprūpe, dzīves kvalitāti.

29. aicina Komisiju padziļinātā pētījumā iegūt salīdzināmus un aktuālus datus par aprūpes pieejamību;
30. aicina Komisiju un dalībvalstis sadarbībā ar visām attiecīgajām ieinteresētajām personām pārraudzīt, kuras valsts politikas programmas ir pretrunā stratēģijas „Eiropa 2020” nabadzības samazināšanas mērķim, un izskatīt šo jautājumu valsts reformu plānos; aicina dalībvalstis īpašu uzmanību pievērst mazāk aizsargātajām grupām un novērst šķēršļus pieejamībai, uzlabot un nostiprināt izmantošanas spējas un profilaktiskos pasākumus jau agrīnā posmā, lai atgrieztos pie tiesībpamatotas pieejas un novērstu ilgtermiņa kaitējumu un nerīkošanās radītās izmaksas;
31. aicina Komisiju, sociālos partnerus un dalībvalstis rīkoties attiecībā uz faktiem, kas atklāti analizē par pozitīvajiem un negatīvajiem aspektiem Eiropas gadā aktīvām vecumdienām un paaudžu solidaritātei (2012);
32. mudina dalībvalstis savstarpēji sadarboties, lai īstenotu pēc iespējas vairāk programmu mazāk aizsargāto iedzīvotāju grupu, jo īpaši bērnu un jauniešu, veselības standartu uzlabošanai saistībā ar mobilitāti, kas ir viena no pamattiesībām Eiropas Savienībā;
33. aicina Komisiju izskatīt iespējamās grūtības, kas var rasties saistībā ar sociālā nodrošinājuma tiesību piemērošanu atbilstīgi Regulai (EK) Nr. 883/2004¹ un Direktīvas 2004/38/EK² īstenošanu, lai ieteiktu izmaiņas, kas var būt vajadzīgas aptvēruma nepilnību novēršanai;
34. mudina Komisiju un visas dalībvalstis noteikt prioritātes, lai samazinātu atšķirības attiecībā uz vīriešiem un sievietēm, un nodrošināt sievietēm efektīvu pieeju medicīnas pakalpojumiem un ģimenes plānošanai, kā arī pievērst īpašu uzmanību citām mazāk aizsargātām un nelabvēlīgā situācijā esošām grupām, kurām nepieciešama sociālā veselības aizsardzība;
35. aicina Komisiju nolīgumos ar valstīm, kuras saņem finansiālo palīdzību, iekļaut sociālās garantijas, aizsargājot aprūpi, sociālos pakalpojumus un sociālās aizsardzības sistēmas; aicina Komisiju un dalībvalstis radīt iespējas izmantot jaunas tehnoloģijas, piemēram, telemedicīnu, lai veicinātu aprūpes pieejamību;
36. aicina Komisiju veicināt vienlīdzīgu piekļuvi agrīnās bērnības izglītībai un aprūpei un nodrošināt pienācīgu finanšu atbalstu šiem pakalpojumiem;
37. prasa dalībvalstīm nodrošināt uz kopienas balstītus pakalpojumus bērniem ar invaliditāti;
38. aicina dalībvalstis atklāt un likvidēt grūtības un šķēršļus, kas kavē cilvēku ar invaliditāti piekļuvi sabiedriskajam transportam, pakalpojumiem un informācijai;
39. aicina Komisiju un dalībvalstis noteikt prioritātes, lai samazinātu atšķirības un nodrošinātu efektīvu piekļuvi veselības pakalpojumiem mazāk aizsargātām grupām, tostarp nabadzīgām sievietēm, migrantiem un romiem sabiedrības veselības aizsardzības jomā, nodrošinot veselības aprūpes pieņemamu cenu, pieejamību un kvalitāti, kā arī tās

¹ OV L 166, 30.4.2004., 1. lpp.

² OV L 158, 30.4.2004., 77. lpp.

efektīvu un lietderīgu organizāciju un pienācīgu finansējumu visās ģeogrāfiskajās teritorijās;

40. mudina dalībvalstis pieņemt politikas virzienus, kas veicina veselību un slimību profilaksi, garantējot bezmaksas, vispārēju un kvalitatīvu veselības aprūpi mazāk aizsargātām iedzīvotāju grupām, īpašu uzmanību pievēršot tam, lai tiktu garantēta primārā veselības aprūpe, profilaktiskā medicīna, diagnostikas pieejamība, ārstēšana un rehabilitācija; prasa nodrošināt nepieciešamos līdzekļus, lai cīnītos pret galvenajām sabiedrības veselības problēmām, ar kurām saskaras sievietes, lai garantētu tiesības uz seksuālo un reproduktīvo veselību, garantētu veselības aprūpes pakalpojumus sievietēm, kas cietušas no vardarbības, kā arī veselības aprūpi jaundzimušajiem;
41. aicina dalībvalstis sadarbībā ar Komisiju pilnīgāk apsvērt iespēju noteikt saikni starp fizisko un garīgo veselību, no vienas puses, un nodarbinātību un darba vietu drošību, no otras puses, ko krīze atklājusi kā nozīmīgu parādību, lai ieviestu pienācīgu plānošanu nolūkā nepieļaut un novērst šāda veida negatīvas sekas;
42. stingri iestājas par to, lai dalībvalstis nostiprinātu savus veselības aprūpes pakalpojumus attiecībā uz profilaksi un primāro aprūpi, uzmanību pievēršot sieviešu veselības uzlabošanai un aprūpes pieejamībai, jo īpaši to sieviešu gadījumā, kuras dzīvo tālu no pilsētām, kā arī attiecībā uz pasākumiem, kas paredzēti mazāk aizsargātām grupām — bērniem, jauniešiem, gados vecākiem cilvēkiem, invalīdiem, bezdarbniekiem un bezpajumtniekiem, garantējot visiem tiesības uz regulāru medicīnisku uzraudzību;
43. mudina Komisiju un dalībvalstis uzskatīt maternitātes jautājumus un jaundzimušo aprūpi, jo īpaši priekšlaicīgu dzemdību gadījumā, par sabiedrības veselības prioritāti un iekļaut šāda veida aprūpi Eiropas un valsts līmeņa sabiedrības veselības stratēģijās;
44. aicina Komisiju un dalībvalstis organizēt nepieciešamo izglītību un turpmākus apmācības kursus visiem veselības aprūpes darbiniekiem, kas strādā pirmsgrūtniecības, maternitātes un jaundzimušo aprūpes struktūrās, ar mērķi novērst priekšlaicīgas dzemdības un samazināt to hronisko slimību izplatību, kuras skar priekšlaicīgi dzimušos bērnus;
45. mudina dalībvalstis nodrošināt pienācīgu palīdzību sievietēm grūtniecības laikā un pēc tās, kā arī barošanas ar krūti laikā, vajadzības gadījumā piedāvājot bezmaksas aprūpes/konsultāciju pakalpojumus, kā arī atbilstīgu uzturu, jo īpaši tām sievietēm, kurām draud nabadzība un sociālā atstumtība pašreizējās ekonomikas krīzes dēļ;
46. prasa dalībvalstīm izveidot atbilstīgas struktūras, lai nodrošinātu cilvēkiem medicīniskās un sociālās konsultācijas, kā arī vairāk ņemtu vērā visnabadzīgāko cilvēku dzīves apstākļus;
47. aicina dalībvalstis nodrošināt pieejamu un skaidru informāciju par migrantu tiesībām visās attiecīgajās valodās, tostarp romu valodā,
48. mudina dalībvalstis vērsties pret naida noziegumiem un atbalstīt diskriminācijas novēršanas politikas programmas, vajadzības gadījumā nostiprinot valsts pretdiskriminācijas struktūras un atbalstot apmācību valsts iestādēs;
49. prasa dalībvalstīm īstenot LESD 19. pantu un pieņemt direktīvu par vienlīdzīgas attieksmes principa īstenošanu neatkarīgi no reliģijas vai pārliecības, invaliditātes,

vecuma vai dzimumorientācijas, lai aizliegtu diskrimināciju, kuras pamatā reliģija, ticība, invaliditāte, vecums vai dzimumorientācija¹, un ieviest vienlīdzīgas attieksmes principu sociālās aizsardzības jomā, tostarp sociālās drošības un veselības aprūpes un izglītības jomā, kā arī tādu preču un pakalpojumu pieejamības un piegādes jomā, kuri ir komerciāli publiski pieejami, ieskaitot mājokļus;

50. aicina dalībvalstis veikt ietekmes novērtējumus un nodrošināt, ka veiktie pasākumi, kas varētu ietekmēt mazāk aizsargātos iedzīvotājus, atbilst principiem, kas noteikti Eiropas Savienības Pamattiesību hartā un Direktīvā 2000/43/EK, ar ko ievieš vienādas attieksmes principu pret personām neatkarīgi no rasu vai etniskās piederības²;
51. prasa dalībvalstīm nepieļaut bezpajumtniecību, nodrošināt bezpajumtniekiem vajadzīgo aprūpi un neparedzēt kriminālsodus par bezpajumtniecību valstu tiesību aktos;
52. mudina Komisiju un dalībvalstis nodrošināt, lai visas politikas vai finansēšanas programmas, kas ir izstrādātas, lai atbalstītu sociālās inovācijas un/vai ar aprūpi saistītos pakalpojumus, būtu vērstas uz pakalpojumiem, kas labāk apmierina sociālās vajadzības un uzlabo cilvēku dzīves kvalitāti, un lai tās tiktu izstrādātas ciešā sadarbībā ar organizācijām, kas aizstāv un pārstāv mazāk aizsargātas grupas, kā arī apspriesties ar šīm organizācijām;
53. norāda uz Parlamenta sociālās uzņēmējdarbības iniciatīvu un uzsver sociālās ekonomikas nozīmi, kura kopā ar sociālajiem uzņēmumiem var efektīvi pastiprināt strauji augošo veselības un sociālās aprūpes jomu;
54. mudina Komisiju un Padomi sadarboties ar Parlamentu, lai palielinātu to programmu finansējumu, kas paredzētas mazāk aizsargātajām grupām; mudina Komisiju veikt visus iespējamus pasākumus, lai nodrošinātu Eiropas Sociālā fonda, Eiropas Vistrūcīgāko personu atbalstīšanas fonda un citu atbilstošu instrumentu pilnīgu izmantošanu un maksimālu līdzekļu izmaksāšanu, risinot mazāk aizsargātu personu vai personu, kurām draud atstumtība, problēmas, un lai atbalstītu dalībvalstu centienus īstenot stratēģijā „Eiropa 2020” paredzēto nabadzības samazināšanas mērķi; uzsver to, cik svarīgi ir saistītie finansēšanas instrumenti, piemēram, ES Sociālo pārmaiņu un sociālās inovācijas programma un Eiropas sociālās uzņēmējdarbības fonds;
55. aicina Komisiju izstrādāt virkni objektīvu un subjektīvu rādītāju, ar kuriem mēra un regulāri publisko labklājības materiālos un nemateriālos aspektus, tostarp sociālos rādītājus, lai papildinātu Eiropas un valstu IKP un bezdarba rādītājus un tādejādi mērītu sabiedrības progresu, nevis tikai ekonomikas attīstību;
56. aicina Komisiju un dalībvalstis skaidri atzīt neoficiālo aprūpētāju nenovērtējamo ieguldījumu; prasa dalībvalstīm ieviest un uzturēt aprūpētājiem un brīvprātīgo sektoram paredzētos mērķtiecīgos atbalsta pasākumus, lai nodrošinātu personiskus, kvalitatīvus un izmaksu ziņā efektīvus pasākumus, piemēram, pasākumus, kas ļauj saskaņot darba un ģimenes dzīvi, atvieglot labāku sadarbību un koordināciju starp neoficiāliem un oficiāliem aprūpes sniedzējiem un nodrošinot atbilstīgus sociālās drošības politikas virzienus un apmācību aprūpētājiem; aicina Komisiju un dalībvalstis attīstīt saskaņotu

¹ COM(2008)0426.

² OV L 180, 19.7.2000., 22. lpp.

sistēmu visiem aprūpes atvaļinājuma veidiem; aicina Komisiju atbilstoši līgumos noteiktajam subsidiaritātes principam sagatavot direktīvu par aprūpētāju atvaļinājumu;

57. aicina dalībvalstis nodrošināt precīzu un viegli saprotamu informāciju attiecīgajās valodās un formātos par tiesībām uz aprūpi un padarīt to plaši pieejamu;
58. aicina Komisiju, dalībvalstis un sociālos partnerus izstrādāt skaidras profesionālo profilu definīcijas aprūpes nozarē, kuras ļautu precīzi nošķirt tiesības un pienākumus;
59. aicina dalībvalstis iekļaut visus vietējā, reģionālā un valsts līmeņa iespējamus dalībniekus, tostarp sociālos partnerus, iniciatīvās, kas vērstas uz profilaksi, veselību un sociālajiem pakalpojumiem;
60. mudina dalībvalstis veicināt apmācības programmas, kas nepieciešamas aprūpes un atbalsta nozarēs, un piedāvāt stipendijas cilvēkiem, kas uzsāk attiecīgas mācības;
61. prasa Komisijai veicināt kampaņu ar mērķi pieņemt darbā jauniešus un uzlabot aprūpes nozares kā darba devēja tēlu sabiedrībā;
62. prasa ievērot aprūpes nozarē strādājošo tiesības, kas izriet no darba līguma, tostarp tiesības uz pienācīgiem ienākumiem un darba apstākļiem, kā arī tiesības dibināt arodbiedrības, pievienoties tām un slēgt koplīgumus;
63. prasa dalībvalstīm atbalstīt valsts, reģionālās un vietējās iestādes ilgtspējīgu finansējuma shēmu izveidē aprūpes dienestiem un attīstot darbaspēka apmācības un pārkvalifikācijas sistēmas, izmantojot ESF finansējumu;
64. mudina sociālos partnerus veidot oficiālu sociālo dialogu saistībā ar aprūpes nozari;

o

o o

65. uzdod priekšsēdētājam nosūtīt šo rezolūciju Padomei, Komisijai un dalībvalstu valdībām.