

## **P7\_TA(2011)0081**

### **Zmanjšanje neenakosti na področju zdravja**

#### **Resolucija Evropskega parlamenta z dne 8. marca 2011 o zmanjšanju neenakosti na področju zdravja v EU (2010/2089(INI))**

*Evropski parlament,*

- ob upoštevanju členov 168 in 184 Pogodbe o delovanju Evropske unije,
- ob upoštevanju člena 2 Pogodbe o Evropski uniji,
- ob upoštevanju člena 35 Listine o temeljnih pravicah Evropske unije,
- ob upoštevanju člena 23 Listine o temeljnih pravicah Evropske unije, ki se nanaša na enakost med spoloma na vseh področjih,
- ob upoštevanju sporočila Komisije z naslovom „Solidarnost na področju zdravja: zmanjšanje neenakosti na področju zdravja v EU“ (KOM(2009)0567),
- ob upoštevanju Sklepa št. 1350/2007/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 23. oktobra 2007 o uvedbi drugega programa ukrepov Skupnosti na področju zdravja (2008-13)<sup>1</sup>,
- ob upoštevanju Sklepa Sveta 2010/48/ES z dne 26. novembra 2009 o sklenitvi Konvencije Združenih narodov o pravicah invalidov s strani Evropske skupnosti<sup>2</sup>,
- ob upoštevanju mnenja Odbora za socialno zaščito o sporočilu „Solidarnost na področju zdravja: zmanjšanje neenakosti na področju zdravja v EU“,
- ob upoštevanju Skleпов Sveta z dne 8. junija 2010 o „Enakosti in zdravju v vseh politikah: solidarnost na področju zdravja“,
- ob upoštevanju poročila o drugi skupni oceni socialnih učinkov gospodarske krize in političnih odzivov, ki sta jo skupaj pripravila Odbor za socialno zaščito in Komisija,
- ob upoštevanju sklepov Sveta o skupnih vrednotah in načelih v zdravstvenih sistemih Evropske unije<sup>3</sup>,
- ob upoštevanju resolucije Sveta z dne 20. novembra 2008 o zdravju in dobrem počutju mladih,
- ob upoštevanju končnega poročila komisije o socialnih dejavnikih zdravja (Svetovna zdravstvena organizacija, 2008),
- ob upoštevanju mnenja Odbora regij o sporočilu „Solidarnost na področju zdravja:

---

<sup>1</sup> UL L 301, 20.11.2007, str. 3.

<sup>2</sup> UL L 23, 27.1.2010, str. 35.

<sup>3</sup> UL C 146, 22.6.2006, str. 1.

zmanjšanje neenakosti na področju zdravja v EU<sup>1</sup>,

- ob upoštevanju svoje resolucije z dne 1. februarja 2007 o spodbujanju zdrave prehrane in telesne dejavnosti: evropska razsežnost za preprečevanje prekomerne teže, debelosti in kroničnih bolezni<sup>2</sup> in svoje resolucije z dne 25. septembra 2008 o Beli knjigi o zdravstvenih vprašanjih v zvezi s prehrano, prekomerno telesno težo in debelostjo<sup>3</sup>,
  - ob upoštevanju svoje resolucije z dne 9. oktobra 2008 o beli knjigi z naslovom Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013<sup>4</sup>,
  - ob upoštevanju člena 48 Poslovnika,
  - ob upoštevanju poročila Odbora za okolje, javno zdravje in varnost hrane ter mnenj Odbora za notranji trg in varstvo potrošnikov ter Odbora za pravice žensk in enakost spolov (A7-0032/2011),
- A. ker so univerzalnost, dostop do kakovostne oskrbe, enakopravnost in solidarnost skupne vrednote in načela, na katerih temeljijo zdravstveni sistemi v državah članicah EU,
- B. ker se EU, medtem ko ljudje v povprečju živijo dlje in so bolj zdravi od prejšnjih generacij, v okviru staranja prebivalstva sooča s pomembnim izzivom, in sicer velikimi razlikami v telesnem in duševnem zdravju, ki obstajajo in naraščajo med državami članicami EU in znotraj njih,
- C. ker je razlika v pričakovani življenjski dobi ob rojstvu med najnižjimi in najvišjimi socialno-ekonomskimi skupinami deset let za moške in šest let za ženske,
- D. ker je tudi vidik spola v zvezi s pričakovano življenjsko dobo pomembno vprašanje, ki ga je treba obravnavati v povezavi z neenakostmi na področju zdravja,
- E. ker poleg genetskih dejavnikov na zdravje vpliva predvsem način življenja ljudi, dostop do zdravstvenega varstva, vključno z zdravstvenimi informacijami in vzgojo, preprečevanjem bolezni ter zdravljenjem kratko- in dolgotrajnih bolezni; ker so v nižjih socialno-ekonomskih skupinah pogostejši slaba prehrana ter odvisnost od tobaka in alkohola, vsi pa so glavni dejavniki, ki prispevajo k številnim boleznim in stanjem, vključno z boleznimi srca in ožilja ter rakom,
- F. ker so bile v vseh državah članicah ugotovljene neenakosti na področju zdravja med ljudmi v višjih in nižjih izobrazbenih, poklicnih in dohodkovnih skupinah,
- G. ker imamo dokaze, da stopnja podhranjenosti vključuje razsežnost spola, kar nakazuje, da za podhranjenostjo bolj trpijo ženske, ta neenakost pa se še krepi navzdol po socialno-ekonomski lestvici,
- H. ker neenakosti glede na spol in starost v biomedicinskih raziskavah ter slaba zastopanost žensk pri kliničnih študijah škodujejo oskrbi bolnikov,

---

<sup>1</sup> UL C 232, 27.8.2010, str. 1.

<sup>2</sup> UL C 250 E, 25.10.2007, str. 93.

<sup>3</sup> UL C 8 E, 14. 1.2010, str. 97.

<sup>4</sup> UL C 9 E, 15.1.2010, str. 56.

- I. ker je primerjalno merjenje neenakosti na področju zdravja temeljni prvi korak za učinkovito ukrepanje,
- J. ker so stopnje umrljivosti običajno višje pri ljudeh iz nizkih izobrazbenih, poklicnih in dohodkovnih skupin ter ker je mogoče ugotoviti tudi neenakosti pri razširjenosti večine posameznih bolezni in večine kroničnih nenalezljivih bolezni, oralnih bolezni in oblik duševnih bolezni,
- K. ker se uporaba tobaka pri ženskah, predvsem mladih, hitro povečuje, kar uničujoče vpliva na njihovo zdravje v prihodnosti; ker je negativni učinek kajenja pri ženskah še večji v kombinaciji z drugimi neugodnostmi,
- L. ker je Komisija ugotovila, da obstajajo zdravstvene razlike med posameznimi socialnimi sloji prebivalstva v vseh državah članicah EU (Sporočilo Komisije z dne 20. oktobra 2010 z naslovom „Solidarnost na področju zdravja: zmanjšanje neenakosti na področju zdravja v EU“); in ker Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje to socialno razslojenost kot povezavo med socialno-ekonomskimi neenakostmi in neenakostmi na področju zdravja ter dostopa do zdravstvenega varstva,
- M. ker so številni projekti in študije potrdili, da zlasti nastop prekomerne teže in debelosti zaznamujejo zgodnja neskladja, povezana s socialno-ekonomskim okoljem, ter da je stopnja pojavnosti prekomerne teže in debelosti najvišja v nižjih socialno-ekonomskih skupinah; ker bi lahko te razmere povzročile še večje neenakosti na področju zdravja in socialno-ekonomske neenakosti zaradi povečanega tveganja za bolezni, povezane z debelostjo,
- N. ker kljub socialno-ekonomskemu in okoljskemu napredku, ki je dolgoročno izboljšal splošno zdravstveno stanje ljudi, na neenakosti na področju zdravja še vedno neposredno vpliva več dejavnikov, kot so higiena, stanovanjski in delovni pogoji, podhranjenost, izobrazba, prihodek, uživanje alkohola in kajenje,
- O. ker bodo podnebne spremembe po predvidevanjih privedle do številnih možnih zdravstvenih učinkov zaradi čedalje pogostejših ekstremnih vremenskih pojavov, kot so vročinski valovi in poplave, s spreminjanjem vzorcev nalezljivih bolezni ter z večjo izpostavljenostjo ultravijoličnemu sevanju; ker niso vse države EU enako pripravljene na soočenje s temi izzivi,
- P. ker neenakosti na področju zdravja niso le posledica več ekonomskih in okoljskih dejavnikov ter dejavnikov, povezanih z načinom življenja, ampak tudi težav pri dostopu do zdravstvenega varstva,
- Q. ker so neenakosti na področju zdravja povezane tudi s težavami pri dostopu do zdravstvenega varstva, tako iz ekonomskih razlogov (ne toliko pri zahtevnejših zdravljenjih, ki ga države članice ustrezno izvajajo, ampak za vsakdanje zdravljenje, kot sta zobozdravstvo in okulistična oskrba) kot zaradi slabe porazdelitve medicinskih sredstev na nekaterih območjih EU,
- R. ker sta pomanjkanje zdravstvenih delavcev v nekaterih delih EU in dejstvo, da se lahko zlahka selijo na druga območja EU, resna težava ter ker te razmere povzročajo velike neenakosti glede dostopa do zdravstvenega varstva in varnosti bolnikov,

- S. ker imajo ljudje, ki živijo na oddaljenih in otoških območjih, še naprej omejen dostop do takojšnjih in visokokakovostnih zdravstvenih storitev,
- T. ker tvorijo bolniki s kroničnimi boleznimi ali stanji posebno skupino, ki trpi zaradi neenakosti pri dostopu do diagnosticiranja in oskrbe ter socialnih in drugih podpornih storitev in je prikrajšana zaradi finančnega pritiska, omejenega dostopa do zaposlitve, družbenega diskriminiranja in zaznamovanosti,
- U. ker je nasilje nad ženskami razširjeno v vseh državah in družbenih razredih ter ima hude posledice za telesno in čustveno zdravje žensk in otrok,
- V. ker je neplodnost bolezen, ki jo priznava Svetovna zdravstvena organizacija in ki močno vpliva na zdravje žensk, in ker je raziskava o nacionalni ozaveščenosti v Združenem kraljestvu pokazala, da je več kot 94 % neplodnih žensk tudi depresivnih,
- W. ker so med državami članicami velike razlike na področju dostopa do zdravljenja neplodnosti,
- X. ker je po podatkih Eurostata stopnja brezposelnosti v 27 državah članicah EU septembra 2010 dosegla 9,6 % in ker je Odbor za socialno zaščito Sveta Evropske unije v svojem mnenju z dne 20. maja 2010 izrazil zaskrbljenost, da bo trenutna gospodarska in finančna kriza imela škodljive posledice za dostop ljudi do zdravstvenega varstva in zdravstvene proračune držav članic,
- Y. ker ima lahko trenutna gospodarska in finančna kriza resne posledice za zdravstveni sektor v več državah članicah EU, tako na strani ponudbe kot tudi povpraševanja,
- Z. ker bi lahko omejitve zaradi sedanje gospodarske in finančne krize skupaj s posledicami prihodnjega demografskega izziva, s katerim se bo Unija morala soočiti, močno oslabile finančno in organizacijsko vzdržnost zdravstvenih sistemov držav članic ter tako ovirale enak dostop do oskrbe na njihovem ozemlju,
- AA. ker lahko kombinacija revščine in drugih oblik ranljivosti, kot so otroštvo ali starost, invalidnost ali manjšinski izvor, dodatno poveča tveganje za neenakosti na področju zdravja, in ker nasprotno, bolezen lahko vodi v revščino in/ali socialno izključenost,
- AB. ker imajo zgodnja leta vseživljenjske učinke za številne vidike zdravja in dobrega počutja – od debelosti, bolezni srca in duševnega zdravja do izobrazbe, poklicne uspešnosti, ekonomskega statusa in kakovosti življenja,
- AC. ker imajo neenakosti na področju zdravja velike gospodarske posledice za EU in države članice; ker izgube, povezane z neenakostmi na področju zdravja, po ocenah znašajo približno 1,4 % BDP,
- AD. ker v številnih državah EU priseljencem brez dokumentov ni zagotovljen pravičen dostop do zdravstvenega varstva niti v praksi niti v zakonodaji,
- AE. ker se v državah članicah še vedno pojavljajo primeri, ko se člani različnih socialnih skupin (na primer invalidi) srečujejo z ovirami pri enakopravnem sprejemu v zdravstvene ustanove, zaradi česar imajo omejen dostop do zdravstvenih storitev,
- AF. ker se morajo države članice zaradi staranja prebivalstva soočiti s težavami v zvezi z

odvisnostjo in povečanjem potrebe po zdravstveni negi in zdravljenju ostarelih; ker je zato treba spremeniti pristop k organizaciji zdravstvenega varstva; in ker se povečujejo neenakosti v zvezi z dostopom starejših do zdravstvenega varstva,

1. pozdravlja ključne predloge Komisije v sporočilu z naslovom „Solidarnost na področju zdravja: zmanjšanje neenakosti na področju zdravja v EU“ za: (1) določitev pravičnejše delitve v zdravstvu za del naših skupnih ciljev za socialni in gospodarski razvoj, (2) izboljšanje baz podatkov in znanja ter mehanizmov za merjenje, spremljanje, vrednotenje in poročanje; (3) gradnjo zavezanosti, v celotni družbi, za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja, (4) izpolnjevanje potreb ranljivih skupin in (5) razvoj prispevka politik EU k zmanjšanju neenakosti na področju zdravja;
2. poudarja, kako pomembno je, da se zdravstvene storitve zagotavljajo na način, skladen s temeljnimi pravicami; poudarja potrebo po ohranjanju in izboljševanju univerzalnega dostopa do zdravstvenih sistemov in zdravstvenega varstva po dostopnih cenah;
3. opozarja na pomen izboljšanja dostopa do preprečevanja bolezni, spodbujanja zdravja in specializiranih zdravstvenih storitev ter zmanjšanja neenakosti med različnimi socialnimi in starostnimi skupinami ter poudarja, da bi bilo te cilje mogoče doseči z optimizacijo javne porabe za preventivno in kurativno zdravstveno varstvo ter programi, usmerjenimi na ranljive skupine;
4. poziva Komisijo in države članice, naj okrepijo prizadevanja za preprečevanje socialno-ekonomskih neenakosti, s čimer bodo nazadnje omogočile zmanjšanje nekaterih neenakosti na področju zdravstvenega varstva; poleg tega na podlagi univerzalnih vrednot človekovega dostojanstva, svobode, enakosti in solidarnosti poziva Komisijo in države članice, naj se osredotočijo na potrebe ranljivih skupin, vključno s prikrajšanimi migrantskimi skupinami ter pripadniki etničnih manjšin, otrok in mladostnikov, invalidov, s posebnim poudarkom na duševnih boleznih, bolnikov z ugotovljenimi kroničnimi boleznimi in stanji, starejših, ljudi, ki živijo v revščini in tistih, ki trpijo zaradi alkoholizma in zasvojenosti z drogami;
5. poziva države članice, naj najranljivejšim skupinam, vključno s priseljenci brez dokumentov, zagotovijo pravičen dostop do zdravstvenega varstva; poziva države članice, naj ocenijo izvedljivost podpiranja zdravstvenega varstva za nezakonite migrante, tako da zagotovijo opredelitev na podlagi skupnih načel za temeljne sestavine zdravstvenega varstva, kakor je opredeljeno v nacionalni zakonodaji;
6. poziva države članice, naj upoštevajo posebne potrebe priseljenc v zvezi z varovanjem zdravja, zlasti glede storitev jezikovne mediacije, ki jih zagotovijo zdravstveni sistemi; ti sistemi bi morali razviti usposabljanje, ki bi zdravnikom in drugim strokovnjakom omogočalo sprejetje medkulturnega pristopa, temelječega na prepoznavanju in spoštovanju raznolikosti in občutljivosti oseb z drugih geografskih območij; prednost je treba dati tudi ukrepom in kampanjam obveščanja za boj proti pohabljanju ženskih spolnih organov, vključno s strogimi kaznimi za tiste, ki jih izvajajo;
7. poziva Evropsko unijo in države članice, naj čim prej najdejo rešitve za boj proti diskriminaciji na podlagi narodnosti, zlasti v nekaterih državah članicah, kjer direktive Sveta 2000/43/ES, ki prepoveduje tovrstno diskriminacijo, ne izvajajo in kjer pripadnice narodnostnih manjšin niso ali so premalo socialno zaščitene oziroma nimajo dostopa do zdravstvenih storitev;

8. poziva države članice, naj ob usklajevanju z organizacijami civilne družbe spodbujajo dostop do kakovostnega pravnega svetovanja in informacij, da pomagajo običajnemu posamezniku iz javnosti, vključno s priseljenci brez dokumentov, k boljšemu poznavanju njegovih osebnih pravic;
9. poudarja, da lahko gospodarska in finančna kriza ter varčevalni ukrepi, ki so jih sprejele države članice, zaradi zmanjševanja proračunskih sredstev in nižjih davčnih prihodkov, zlasti na strani ponudbe, privede do znižanja stopnje financiranja javnega zdravja ter spodbujanja zdravja, preprečevanja bolezni in storitev dolgotrajne oskrbe, hkrati pa se zaradi kombinacije dejavnikov, ki prispevajo k poslabšanju zdravstvenega položaja prebivalstva na splošno, lahko poveča povpraševanje po teh storitvah;
10. poudarja, da so neenakosti na področju zdravja v EU precejšnje breme za države članice in njihove zdravstvene sisteme ter da učinkovito delovanje notranjega trga, pa tudi odločne in po možnosti usklajene javne politike na področju preprečevanja lahko prispevajo k izboljšanju na tem področju;
11. poudarja, da bi se morala boj proti socialno-ekonomskim dejavnikom kot so debelost, kajenje itd., dostopnost do zdravstvenih sistemov (ki jih ogrožajo nepovrnjeni stroški zdravstvenih storitev in zdravil, nezadostno preprečevanje in razdrobljenost zdravstvene demografije) ter učinkovita diagnoza obravnavati kot ključna vidika ukrepov za preprečevanje neenakosti na področju zdravja, poleg tega bi se morala tudi dostopnost in cenovna ustreznost farmacevtskega zdravljenja obravnavati kot ključni vidik zdravja ljudi; zato poziva države članice, naj zagotovijo pravilno izvajanje direktive o preglednosti (89/105/EGS) in ustrezno obravnavo sklepov iz sporočila Komisije iz leta 2008 o preiskavi farmacevtskega sektorja;
12. poudarja, da zdravstveno varstvo ni splošno dobro ali storitev in ga ne bi smeli obravnavati tako;
13. poziva Svet in države članice, naj ocenijo in izvajajo nove ukrepe za izboljšanje učinkovitosti izdatkov za zdravstvo, zlasti z naložbami v preventivno zdravstveno varstvo, da bi zmanjšali prihodnje dolgoročne stroške in socialno breme ter reorganizirali neuspešne zdravstvene sisteme, s čimer bi zagotovili enak dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva brez razlikovanja (zlasti do standardnih zdravstvenih storitev) v vsej EU, in spodbuja Komisijo, naj preuči uporabo obstoječih evropskih skladov, da bi še naprej spodbujala naložbe v zdravstveno infrastrukturo, raziskave in usposabljanje ter spodbujala in pospešila preprečevanje bolezni;
14. poziva Komisijo in države članice, naj zagotovijo, da bo enak dostop do zdravstvenega varstva in možnosti zdravljenja za starejše bolnike vključen njihovih zdravstvenih politik in programe, ter naj si zastavijo za prednostno nalogo ustrezen dostop do zdravstvenega varstva in zdravljenja za starejše v „evropskem letu aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti (2012)“; poziva države članice, naj pospešujejo pobude za spoprijemanje s socialno osamitvijo starejših bolnikov, saj pomembno vpliva na dolgoročno zdravje bolnikov; poudarja potrebo po tem, da bi Evropska unija in države članice z ustrežno dolgoročno strategijo predvidele družbeni in gospodarski učinek staranja evropskega prebivalstva, da bi zagotovile finančno in organizacijsko vzdržnost zdravstvenih sistemov ter enakopravno in stalno oskrbo bolnikov;
15. poziva države članice, naj izboljšajo svoje zmogljivosti za tesno spremljanje zdravstvenih

in socialnih učinkov krize, ki naj poteka na nacionalni, regionalni in lokalni ravni;

16. poziva Komisijo, naj podpira zbiranje izkušenj na področju spodbujanja zdravja, zdravstvene vzgoje, zdravega načina življenja, preprečevanja, pravočasnega diagnosticiranja in ustreznega zdravljenja, predvsem na področju alkohola, tobaka, prehrane, debelosti ter drog; poziva države članice, naj spodbujajo telesno dejavnost, pravilno prehrano in programe „zdrave šole“, usmerjene na otroke, zlasti na bolj prikrajšanih območjih, in izboljšajo raven osebne, socialne in zdravstvene izobraženosti, da bi spodbudile bolj zdravo ravnanje in ravnanje, povezano s pozitivnim življenjskim slogom;
17. spodbuja vse države članice k vlaganju v socialno, izobraževalno, okoljsko in zdravstveno infrastrukturo po načelu „zdravje v vseh politikah“ ter k usklajevanju ukrepov glede kvalifikacij, usposabljanja in mobilnosti zdravstvenih delavcev, da se zagotovijo zmogljivost in vzdržnost zdravstvene infrastrukture in delovne sile na ravni EU ter na nacionalni ravni;
18. poudarja, da neenakosti na področju zdravja v EU ne bodo odpravljene brez skupne in splošne strategije za evropske zdravstvene delavce, ki bo vključevala usklajene politike za upravljanje virov, izobraževanje in usposabljanje, minimalno kakovost in varnostne ukrepe ter registracijo strokovnjakov;
19. poziva države članice, naj zagotovijo dostopnost informacij o zdravju, zdravem načinu življenja, zdravstvenih storitvah, možnostih preprečevalnih ukrepov, pravočasnem prepoznavanju bolezni in pravilnem zdravljenju v razumljivi obliki in jeziku, ki je vsem razumljiv, z uporabo novih informacijskih in komunikacijskih tehnologij, predvsem na področju spletnih zdravstvenih storitev;
20. poziva države članice, naj podpirajo uvedbo tehnologij telemedicine, ki lahko pomembno zmanjšajo geografske razlike v dostopnosti nekaterih, zlasti specializiranih vrst zdravstvenih storitev, zlasti v obmejnih regijah;
21. poziva države članice, naj pospešujejo javne politike, namenjene zagotovitvi pogojev za zdravo življenje vseh dojenčkov, otrok in mladostnikov, kar velja tudi za oskrbo pred zanositvijo, materinsko nego in ukrepom za podporo staršev ter zlasti nosečih in doječih žensk, da bi vsem novorojenčkom zagotovile zdrav začetek življenja in preprečile nadaljnje neenakosti na področju zdravja ter tako priznale pomembnost naložb v zgodnji otroški razvoj in pristope, ki upoštevajo vse življenje posameznika;
22. poziva države članice, naj zagotovijo, da bodo vse nosečnice in otroci, ne glede na status, upravičeni do socialnega varstva, ki je opredeljeno v nacionalni zakonodaji, in da ga bodo tudi dejansko prejeli;
23. opozarja, da mora EU v skladu s Konvencijo ZN o pravicah invalidov zagotoviti invalidom pravico do zdravja najvišjega možnega standarda brez diskriminacije zaradi invalidnosti; vztraja, da je vključitev invalidnosti v vse ustrezne kazalnike za merjenje zdravja ključen korak k izpolnitvi te obveznosti;
24. poziva EU in države članice, naj upoštevajo zdravstveno stanje žensk in vprašanje staranja (starejših žensk) kot dejavnika pri vključevanju enakosti med spoloma in naj uporabijo financiranje glede na spol v svojih zdravstvenih politikah, programih ter

raziskavah, od stopnje razvoja in oblikovanja do ocene vpliva; poziva okvirne raziskovalne programe, ki jih financira EU, in javne agencije za financiranje, naj v svoje politike vključijo oceno učinka glede na spol ter naj omogočijo zbiranje in analizo podatkov, ločenih po spolu in starosti, da bi ugotovili ključne razlike med odnosom moških in žensk do zdravja in tako podprli spremembo politike, ter uvedejo in zbirajo epidemiološka orodja za analiziranje vzrokov za različno pričakovano življenjsko dobo moških in žensk;

25. meni, da morajo Evropska unija in države članice ženskam zagotoviti lahek dostop do kontracepcijskih sredstev in pravico do varnega splava;
26. poziva Komisijo, naj državam članicam zagotovi primere dobre in najboljše prakse, da bi zagotovila enotnejši dostop do zdravljenja neplodnosti;
27. poziva Evropsko unijo in države članice, naj se osredotočijo na človekove pravice žensk, zlasti s preprečevanjem, prepovedovanjem in preganjanjem krivcev prisilne sterilizacije žensk in pohabljanja ženskih spolnih organov;
28. poziva EU in države članice, naj nasilje moških nad ženskami v vseh oblikah priznajo kot vprašanje javnega zdravja;
29. poziva Evropsko unijo in države članice, naj sprejmejo potrebne ukrepe v zvezi z dostopom do tehnologij asistirane reprodukcije, da bi odpravili diskriminacijo žensk na podlagi zakonskega stanu, spolne usmerjenosti ali narodnostnega ali etničnega porekla;
30. poziva države članice, naj posnemajo Svetovno zdravstveno organizacijo pri priznavanju debelosti kot kronične bolezni in tako zagotovijo dostop do programov za preprečevanje debelosti in dostop do zdravljenja, ki dokazano prinaša pozitiven zdravstveni izid osebam, ki trpijo za debelostjo in potrebujejo zdravljenje, tudi zaradi preprečevanja nastanka nadaljnjih bolezni;
31. poziva EU in države članice, naj načelo enakosti med spoloma vključijo v ukrepe za nadzor tobaka, kot priporoča Svetovna zdravstvena organizacija v Okvirni konvenciji o nadzoru tobaka, in naj oblikujejo kampanje proti kajenju, ki bodo namenjene predvsem mladim dekletom in ženskam;
32. poziva države članice, naj spodbujajo in podpirajo medicinske in farmacevtske raziskave bolezni, ki večinoma prizadenejo ženske, in sicer v vseh fazah njihovega življenja, ne le v njihovi rodni dobi;
33. poziva države članice, naj rešijo vprašanje neenakosti dostopa do zdravstvenega varstva, ki vpliva na človekov vsakdanjik, na primer na področju zobozdravstva ali oftalmologije;
34. predlaga Evropski uniji in državam članicam, naj oblikujejo skladne politike in podporne ukrepe za ženske, ki ne delajo ali so zaposlene v sektorjih, kjer nimajo osebnega zdravstvenega zavarovanja, in poiščejo načine, da tem ženskam zagotovijo zavarovanje;
35. odločno poziva Komisijo, naj v sodelovanju z organi držav članic spodbuja zgledne najboljše prakse o določanju cen in povračilu stroškov za zdravila, vključno z učinkovitimi modeli za diferenciacijo farmacevtskih cen, da bi omogočili čim boljše cenovno ustreznost zdravil in zmanjšali neenakosti dostopnosti do zdravil;



36. opozarja, da je sprejetje evropskega patenta z ustrezno jezikovno ureditvijo in poenotenim sistemom za reševanje sporov bistveno za ponovno oživitev evropskega gospodarstva;
37. ugotavlja, da je opravljeno delo Odbora za notranji trg in varstvo potrošnikov med drugim na področju varnosti proizvodov in oglaševanja prispevalo k obravnavi določenih vidikov neenakosti na področju zdravja v EU; v zvezi s tem poudarja, da je treba tesno spremljati informacije farmacevtskih podjetij, namenjenih bolnikom, zlasti najranljivejšim in najmanj poučenim skupinam, ter da je potreben učinkovit in neodvisen sistem farmakovigilance;
38. poziva države članice, naj svoje sisteme zdravstvenega varstva prilagodijo potrebam najbolj prikrajšanih z oblikovanjem načinov določanja cen storitev, ki jih zaračunavajo zdravstveni delavci, da bodo zagotovile dostop vsem pacientom do zdravstvenih storitev;
39. odločno poziva Komisijo, naj si čim bolj prizadeva, da bi države članice spodbudila k temu, da pacientom nujno omogočijo povračilo stroškov in storijo vse potrebno za zmanjšanje neenakosti pri dostopu do zdravil za zdravljenje bolezenskih stanj ali bolezni, kot so osteoporoza po menopavzi in Alzheimerjeva bolezen, za katere se v nekaterih državah članicah stroški zdravljenja ne povrnejo;
40. poudarja, da imajo poleg nacionalnih vlad v mnogih državah pomembno vlogo v javnem zdravju, spodbujanju zdravja, preprečevanju bolezni in zagotavljanju zdravstvenih storitev tudi regionalni organi, ki jih je zato treba dejavno vključiti; opozarja, da je potreben pomemben prispevek regionalnih in lokalnih uprav ter drugih deležnikov, tudi na delovnih mestih in v šolah, zlasti kar zadeva zdravstveno vzgojo, spodbujanje zdravega načina življenja, učinkovito preprečevanje bolezni in zgodnje odkrivanja in diagnosticiranja bolezni;
41. poziva države članice, naj podprejo „lokalni zdravstveni pristop“ in zagotovijo celovito zdravstveno varstvo, ki bo na voljo na lokalni ali regionalni ravni, s čimer bodo omogočile bolnikom večjo podporo v njihovem lokalnem in socialnem okolju;
42. spodbuja vse države članice, naj ponovno ocenijo politike o zadevah, ki bistveno vplivajo na neenakosti na področju zdravja, npr. tobak, alkohol, hrana, farmacevtski izdelki ter javno zdravje in izvajanje zdravstvenega varstva;
43. spodbuja države članice, naj v obmejnih regijah razvijejo partnerstva, da bi si delile stroške infrastrukture in dela, hkrati pa zmanjšale neenakosti na področju zdravja, zlasti kar zadeva enak dostop do najsodobnejše opreme;
44. poziva Komisijo, naj preuči učinke sklepov na podlagi nacionalnih in regionalnih ocen učinkovitosti zdravil in medicinskih pripomočkov na notranjem trgu, zlasti dostopa za paciente, inovacije pri novih izdelkih in medicinske prakse, ki sodijo med pomembnejše elemente, ki vplivajo na enakost na področju zdravja;
45. meni, da bi bilo treba pri izvajanju direktive o pravicah pacientov v čezmejnem zdravstvenem varstvu (2011/24/EU) opraviti ocene učinkov, da bi čim bolj natančno izmerili njeno učinkovitost v boju proti neenakostim na področju zdravja ter zagotovili ohranitev ustrezne ravni javnega zdravja in zagotavljanja varnosti pacientov, zlasti kar zadeva geografsko porazdelitev človeških in materialnih zdravstvenih virov;

46. ugotavlja, da je za visokokakovostno in učinkovito čezmejno zdravstveno varstvo potrebna večja preglednost informacij za javnost, paciente, regulativne organe in izvajalce zdravstvenih storitev na področju vrste vprašanj, kot so pravice pacientov, dostop do odškodnine in predpisi za zdravstvene strokovnjake;
47. obžaluje, da direktive o čezmejnem zdravstvenem varstvu ni spremljal zakonodajni predlog o mobilnosti zdravstvenih delavcev, v katerem bi bilo upoštevano tveganje bega možganov v EU, zaradi katerega se v nekaterih državah članicah zaskrbljivo povečujejo geografske neenakosti; poziva Komisijo, naj to težavo reši, po možnosti ob prihodnji reviziji direktive o vzajemnem priznavanju poklicnih kvalifikacij (2005/36/ES);
48. poziva države članice, naj v celoti izvajajo veljavno direktivo o vzajemnem priznavanju poklicnih kvalifikacij (2005/36/ES); v zvezi s kompleksnostjo zdravniških kvalifikacij spodbuja Komisijo, naj pri oceni in pregledu te direktive obravnava zakonodajne vrzeli, zaradi katerih postanejo bolniki bolj izpostavljeni tveganju za poškodbe in lahko ogrozijo njihovo pravico do varnega zdravljenja; Komisijo tudi poziva, naj še dodatno razmisli o uvedbi obvezne registracije pristojnih organov v informacijski sistem notranjega trga (IMI) in izboljša obseg, v katerem lahko pristojni organi proaktivno med seboj izmenjujejo podatke o disciplinskih ukrepih zoper zdravstvene strokovnjake z vzpostavitvijo ustreznega mehanizma opozarjanja;
49. poziva Komisijo, naj v svojem naslednjem zakonodajnem predlogu o poklicnih kvalifikacijah okrepi mehanizem za priznavanje kvalifikacij v državah članicah;
50. poudarja, da večja inovativnost pogosto privede do večjega dostopa do zdravljenja, kar je zlasti pomembno za oddaljena območja ali podeželje;
51. poziva Komisijo, naj v sodelovanju z državami članicami podpira razvoj storitev telemedicine kot sredstva za zmanjševanje geografskih razlik v dostopnosti zdravstvenih storitev tako na regionalni kot na lokalni ravni;
52. poziva Svet in Komisijo, naj v okviru strategije Evropa 2020 v večji meri priznata dejstvo, da sta telesno in duševno zdravje ter dobro počutje ključna za boj proti izključenosti, ter naj v postopke spremljanja strategije Evropa 2020 vključita primerljive kazalnike, razslojene po socialnoekonomskem položaju in stanju javnega zdravja, in upoštevata diskriminacijo na podlagi starosti, zlasti pri kliničnih preiskavah za zdravljenje, ki je primernejše za starejše;
53. meni, da morajo EU in države članice podpreti civilno družbo in ženske organizacije, ki spodbujajo človekove pravice žensk, vključno z njihovimi spolnimi in reproduktivnimi pravicami ter pravico do zdravega načina življenja in pravico do dela, da bi zagotovili, da bodo imele ženske besedo pri vprašanih evropske in nacionalne zdravstvene politike;
54. spodbuja države članice, naj podpirajo in gradijo zmogljivosti, mednarodne izmenjave in sodelovanje med vsemi ustreznimi deležniki v različnih sektorjih pri razvijanju in izvajanju politik za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja;
55. poziva države članice, naj podpirajo in izvajajo skupni pristop k oblikovanju politik na lokalni, regionalni in nacionalni ravni, s čimer se uresničuje pristop „zdravje v vseh politikah“;

56. poziva Komisijo in države članice, naj razvijejo skupni niz kazalnikov za spremljanje neenakosti na področju zdravja glede na starost, spol, socialnoekonomski položaj, geografsko umeščenost in tveganja, ki izhajajo iz alkoholizma in zasvojenosti z drogami, ter določijo metodologijo za presojo zdravstvenih razmer v državah članicah, katere namen bosta prepoznavanje in prednostna obravnava področij izboljševanja in najboljših praks;
57. poudarja, da so neenakosti na področju zdravja posledica socialnih razlik, ki so povezane z življenjskimi pogoji in socialnim vedenjem, spolom in raso, stopnjo izobrazbe, neenakomerno porazdelitvijo dohodka, zdravstveno oskrbo, preprečevanjem bolezni in spodbujanjem zdravja;
58. poudarja, da se gonilo neenakosti na področju zdravja kaže kot povišano tveganje bolezni pri osebah iz prikrajšanih socialnih skupin (revnejših), ob upoštevanju, da je tveganje še bolj poudarjeno zaradi kombinacije revščine in drugih dejavnikov ranljivosti;
59. poziva Komisijo, naj zagotovi, da bosta nalogi zmanjšanja neenakosti na področju zdravstva in izboljšanje dostopa do storitev telesnega in duševnega zdravja celovito obravnavani in vključeni v sedanje pobude, kot so partnerstvo za zdravo in aktivno staranje ter platforma EU za boj proti revščini in socialni izključenosti, ter v prihodnje pobude o zgodnjem otroškem razvoju in mladinskih politikah, osredinjenih na izobraževanje, usposabljanje in zaposlitev;
60. poziva k boljšemu usklajevanju med agencijami EU, ki morajo imeti pomembno vlogo pri preprečevanju neenakosti na področju zdravja, zlasti med Evropsko fundacijo za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer, Evropskim centrom za preprečevanje in obvladovanje bolezni ter Evropsko agencijo za varnost in zdravje pri delu;
61. poziva Komisijo, naj pomaga državam članicam pri boljši uporabi odprte metode usklajevanja, da se podprejo projekti za obravnavo dejavnikov, ki vplivajo na neenakosti na področju zdravja;
62. poziva Komisijo, naj razvije načine za sodelovanje in vključitev vseh zadevnih deležnikov na evropski ravni v pospeševanje sprejetja in širjenja dobre prakse na področju javnega zdravja;
63. med dejavniki zdravja poudarja pomen raznolike in kakovostne prehrane in v zvezi s tem spodbuja Komisijo k večji uporabi učinkovitih programov, začelih v okviru SKP (brezplačno razdeljevanje mleka in sadja v šolah ter hrane najbolj prikrajšanim skupinam);
64. poziva države članice, naj vzpostavijo mrežo specifičnih socialnih, zdravstvenih in svetovalnih storitev s telefonskimi linijami za pomoč v ta namen, in sicer za ženske, pare in družine, da bi se preprečilo nasilje v družini ter nudili kvalificirana strokovna pomoč in podpora za tiste, ki ju potrebujejo, v sodelovanju z drugimi organi s tega področja;
65. poziva Komisijo, naj državam članicam pomaga k boljšemu izkoristku kohezijske politike in strukturnih skladov EU, da bi se tako podprli projekti, ki prispevajo k obravnavi socialnih dejavnikov zdravja in zmanjševanju neenakosti na področju zdravja; poleg tega poziva Komisijo, naj pomaga državam članicam, da bi bolje izrabile program PROGRESS;

66. poziva države članice, naj nehajo zmanjševati javne izdatke za zdravstvene storitve, ki so bistvene za uresničevanje visoke ravni zdravstvenega varstva žensk in moških;
67. poziva Komisijo, naj pristop na podlagi ekonomskih in okoljskih dejavnikov zdravja ter „pravičnosti in zdravja v vseh politikah“ vključi v razvoj vseh notranjih in zunanjih politik EU, zlasti z namenom doseganja razvojnih ciljev tisočletja in še posebej dobrega zdravja mater;
68. poziva vse države članice, naj priznajo pomen zdravja za družbo ter se pri merjenju razvoja družbe, skupnosti in posameznika ozrejo na kazalnike, ki sežejo dlje od pristopa, temelječega zgolj na BDP;
69. poziva Svet, naj glede na socialne dejavnike zdravja in dejavnike tveganja, povezane z načinom življenja, kot so alkohol, tobak in prehrana, spodbuja prizadevanja za odpravljanje neenakosti na področju zdravja kot prednostno nalogo politik v vseh državah članicah, in sicer z ukrepi na področjih politik, kot so potrošniška politika, zaposlovanje, stanovanja, socialna politika, okolje, kmetijstvo in hrana, izobraževanje, življenjski in delovni pogoji ter raziskave v skladu z načelom „zdravje v vseh politikah“;
70. poziva Komisijo, naj podpira ukrepe, ki se financirajo v okviru sedanjega in prihodnjega akcijskega načrta za javno zdravje ter so namenjeni obravnavanju socialnih dejavnikov zdravja;
71. poziva Komisijo, naj pripravi smernice za izboljšanje mehanizmov za spremljanje neenakosti na področju zdravja v celotni EU (med državami članicami in znotraj njih) s povečanjem zbiranja podatkov, tako da se združujejo bolj sistematične in primerljive informacije, ki dopolnjujejo obstoječe podatke o neenakostih na področju zdravja, ter z rednim spremljanjem in analizo;
72. poziva Komisijo, naj razmisli o pripravi predloga priporočila Sveta ali katere koli druge ustrezne pobude Skupnosti, katere namen je spodbujanje in podpiranje razvoja celovitih nacionalnih strategij v državah članicah, tako na nacionalni kot na regionalni ravni, za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja;
73. poziva Komisijo, naj v svojih poročilih o napredku oceni učinkovitost ukrepov za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja in izboljšanje zdravja, ki sta posledica politik, povezanih s socialnimi, ekonomskimi in okoljskimi dejavniki zdravja;
74. poziva Komisijo, naj uporablja pristop „zdravje v vseh politikah“ na EU ravni oblikovanja politik in izvede ocene učinkov, ki upoštevajo rezultate glede pravičnosti na področju zdravja;
75. meni, da odprti, konkurenčni in pravilno delujoči trgi lahko spodbujajo inovacije, naložbe in raziskave v zdravstvenem sektorju, za kar pa je potrebna znatna finančna podpora javnim raziskavam, da bi zagotovili nadaljnji razvoj trajnostnih in učinkovitih zdravstvenih modelov ter spodbudili razvoj novih tehnologij ter njihovih načinov uporabe na tem področju (npr. telemedicina) ter skupna metodologija za ocenjevanje tehnologij v zdravstvu, kar naj bi skupaj koristilo vsakemu posamezniku, tudi tistim iz nižjih socialno-ekonomskih skupin, in upoštevalo staranje prebivalstva;
76. poziva Komisijo in države članice, naj podprejo programe osveščanja državljanov in

okrepijo dialog s civilno družbo, socialnimi partnerji in nevladnimi organizacijami glede zdravja in zdravstvenih storitev;

77. meni, da je treba povečati število žensk, ki sodelujejo pri oblikovanju zdravstvenih politik ter načrtovanju programov in opravljanju storitev na zdravstvenem področju;
78. naroči svojemu predsedniku, naj to resolucijo posreduje Svetu in Komisiji.