



---

*Dokument na schôdzu*

---

**A8-0380/2016**

12.12.2016

# **SPRÁVA**

o podpore rodovej rovnosti v oblasti duševného zdravia a klinického výskumu  
(2016/2096(INI))

Výbor pre práva žien a rodovú rovnosť

Spravodajkyňa: Beatriz Becerra Basterrechea

PR\_INI

## OBSAH

	<b>strana</b>
NÁVRH UZNESENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU .....	4
DÔVODOVÁ SPRÁVA .....	22
STANOVISKO VÝBORU PRE ROZVOJ .....	25
VÝSLEDOK ZÁVEREČNÉHO HLASOVANIA V GESTORSKOM VÝBORE .....	30
ZÁVEREČNÉ HLASOVANIE PODĽA MIEN V GESTORSKOM VÝBORE .....	31

## NÁVRH UZNESENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU

### o podpore rodovej rovnosti v oblasti duševného zdravia a klinického výskumu (2016/2096(INI))

*Európsky parlament,*

- so zreteľom na Zmluvu o fungovaní Európskej únie, a najmä na jej článok 19 a článok 168, v ktorom sa zabezpečenie vysokej úrovne „ochrany ľudského zdravia“ uvádza medzi cieľmi všetkých politík EÚ,
- so zreteľom na Chartu základných práv Európskej únie, a najmä na jej články 21, 23 a 35,
- so zreteľom na nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 536/2014 zo 16. apríla 2014 o klinickom skúšaní liekov na humánne použitie, ktorým sa zrušuje smernica 2001/20/ES,
- so zreteľom na smernicu Európskeho parlamentu a Rady 2001/20/ES zo 4. apríla 2001 o aproximácii zákonov, iných právnych predpisov a správnych opatrení členských štátov týkajúcich sa uplatňovania dobrej klinickej praxe počas klinických pokusov s humánnymi liekmi (smernica o klinických skúškach),
- so zreteľom na oznámenie Komisie z 3. marca 2010 s názvom EURÓPA 2020: stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu (COM(2010)2020),
- so zreteľom na zelenú knihu Komisie s názvom Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva – k stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu (COM(2005)0484),
- so zreteľom na európsky Kompas pre činnosti v oblasti duševného zdravia a pohody,
- so zreteľom na komplexný akčný plán Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) v oblasti duševného zdravia na obdobie rokov 2013 – 2020,
- so zreteľom na globálnu stratégiu Svetovej zdravotníckej organizácie pre zdravie žien, detí a mladistvých na obdobie 2016 – 2030,
- so zreteľom na európsku deklaráciu pre duševné zdravie z roku 2005, ktorú podpísali Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), Komisia a Rada Európy,
- so zreteľom na európsky akčný plán pre duševné zdravie Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) na obdobie rokov 2013 – 2020,
- so zreteľom na Európsky pakt za duševné zdravie a pohodu z roku 2008,
- so zreteľom na spoločnú akciu Komisie v oblasti duševného zdravia a pohody (2013 – 2016),
- so zreteľom na všeobecnú pripomienku č. 14 Výboru OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva týkajúcu sa práva na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň zdravia (U.N. Doc. E/C.12/2000/4) a na jeho všeobecnú pripomienku č. 20 týkajúcu sa opatrení proti

- diskriminácii v hospodárskom, sociálnom a kultúrnom živote (U.N. E/C.12/GC/2009),
- so zreteľom na odporúčanie Výboru ministrov Rady Európy CM/Rec(2010)5 členským štátom o opatreniach na boj proti diskriminácii na základe sexuálnej orientácie alebo rodovej identity,
  - so zreteľom na článok 52 rokovacieho poriadku,
  - so zreteľom na správu Výboru pre práva žien a rodovú rovnosť a na stanovisko Výboru pre rozvoj (A7-0380/2016),
- A. keďže právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia je základným ľudským právom a zahŕňa povinnosť nediskriminácie; keďže každý by mal mať prístup k zdravotnej starostlivosti; keďže prístup k zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia je otázkou kľúčového významu s cieľom zlepšiť kvalitu života európskych občanov, posilniť sociálne začleňovanie a zabezpečiť hospodársky a kultúrny rozvoj v Únii;
- B. keďže v globálnom kontexte, ktorý sa vyznačuje pretrvávajúcou hospodárskou krízou a prudkým nárastom nezamestnanosti, najmä mladých ľudí a žien, stále stúpa výskyt problémov v oblasti duševného zdravia, ako sú depresia, bipolárne poruchy, schizofrénia, úzkosť a demencia;
- C. keďže zdravie je stavom úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nie len absenciou ochorenia alebo postihnutia, keďže Svetová zdravotnícka organizácia označuje ako „duševné poruchy“ rad duševných porúch a porúch správania, ako napr. depresia, bipolárna emočná porucha, schizofrénia, úzkostné poruchy, demencia a autizmus; keďže Svetová zdravotnícka organizácia definuje duševné zdravie ako stav emocionálnej a psychologickkej pohody, keď je jednotlivec schopný využívať svoje kognitívne a emocionálne schopnosti, fungovať v spoločnosti, splňať bežné nároky každodenného života, nadviazať uspokojivé a zrelé vzťahy s ostatnými, konštruktívne prispievať k sociálnym zmenám a prispôbiť sa vonkajším podmienkam a vnútorným konfliktom;
- D. keďže duševné zdravie sa musí vnímať a riešiť holisticky zohľadnením sociálnych, hospodárskych a environmentálnych faktorov a vyžadovaním psychosociálneho celospoločenského prístupu na dosiahnutie najvyššej možnej úrovne duševnej pohody všetkých občanov;
- E. keďže holistická stratégia pre duševné zdravie a pohodu musí zahŕňať hľadisko životného cyklu so zohľadnením rôznych faktorov, ktoré majú vplyv na osoby rôzneho veku; keďže sa musia zohľadniť špecifické zraniteľné stránky dospievajúcich dievčat a starších žien;
- F. keďže fyzické a duševné zdravie sú prepojené a obidve sú veľmi dôležité pre celkovú pohodu; keďže sa uznáva, že zlé duševné zdravie môže viesť k chronickým fyzickým problémom a že u osôb s chronickými fyzickými problémami je väčšia pravdepodobnosť vzniku duševných problémov; keďže napriek známym súvislostiam medzi fyzickým a duševným zdravím má výskum fyzického zdravia často väčšiu prioritu ako duševné zdravie;

- G. keďže duševné zdravie žien a dievčat negatívne ovplyvňujú rôzne faktory vrátane rozšírených rodových stereotypov a diskriminácie, objektivizácie, rodovo motivovaného násillia a obťažovania, prostredia na pracovisku, rovnováhy pracovného a súkromného života, sociálno-ekonomických podmienok, absencie alebo zlej kvality vzdelávania v oblasti duševného zdravia a obmedzeného prístupu k starostlivosti o duševné zdravie;
- H. keďže takmer 9 z 10 ľudí s problémami duševného zdravia hovorí, že zažili stigmatizáciu a diskrimináciu, a viac ako 7 z 10 ľudí udáva, že stigmatizácia a diskriminácia znižujú kvalitu ich života;
- I. keďže sa musí venovať pozornosť geografickým faktorom duševného zdravia a pohody a rozdielom medzi mestským a vidieckym prostredím, a to aj pokiaľ ide o demografické faktory, prístup k starostlivosti a poskytovanie služieb;
- J. keďže hormonálne zmeny počas perimenopauzy a v období po menopauze môžu ovplyvniť emocionálne zdravie ženy a môžu viesť k problémom s duševným zdravím vrátane depresie a úzkosti; keďže precitlivenosť na symptómy môže zabraňovať včasnému odhaleniu a vhodnej liečbe;
- K. keďže určujúce faktory duševného zdravia a pohody sa líšia medzi pohlaviami a vekovými skupinami; keďže faktory ako rodové nerovnosti, rozdiely v príjmoch, väčšie vystavenie žien chudobe a pracovnému preťaženiu, sociálno-ekonomická diskriminácia, rodovo motivované násillie, ako aj podvýživa a hlad ešte viac vystavujú ženy poruchám duševného zdravia; keďže podľa Svetovej zdravotníckej organizácie neexistuje žiadny významný rozdiel medzi pohlaviami v prípade vážnych duševných porúch, ale ženy trpia vo väčšej miere depresiami, úzkosťou, stresom, somatizáciou a poruchami príjmu potravy, zatiaľ čo muži sú častejšie závislí na návykových látkach a trpia antisociálnymi poruchami osobnosti; keďže depresia je najčastejšou neuropsychickou poruchou a s väčšou pravdepodobnosťou postihuje ženy ako mužov; keďže je tiež najrozšírenejším ochorením žien vo veku od 15 do 44 rokov;
- L. keďže duševné ochorenia a duševná pohoda sa často prehliadajú, ignorujú alebo potláčajú z dôvodov stigmatizácie, predsudkov alebo nedostatočnej informovanosti či nedostatočných zdrojov; keďže to vedie k tomu, že mnohé osoby s problémami s duševným zdravím nevyhľadajú starostlivosť a že lekári nediagnostikujú pacientov alebo niekedy určia nesprávnu diagnózu; keďže diagnóza duševných ochorení je veľmi rodovo ovplyvnená, pričom u žien je väčšia pravdepodobnosť, že budú diagnostikované určitými ochoreniami, než u mužov;
- M. keďže najmä lesbické a bisexuálne ženy, ako aj transsexuálne a intersexuálne osoby čelia špecifickým problémom súvisiacim s duševným zdravím vyplývajúcim zo stresu z menšiny, ktorý je definovaný ako vysoká úroveň úzkosti a stresu spôsobená predsudkami, stigmatizáciou a skúsenosťami s diskrimináciou, ako aj medikalizáciou a patologizáciou; keďže osoby patriace k LGBTI môžu čeliť špecifickým ťažkostiam v oblasti duševného zdravia a pohody, ktoré sa musia zohľadniť v každej stratégii pre duševné zdravie;
- N. keďže formy somatizácie sa vyskytujú najčastejšie u žien a častejšie sa diagnostikujú u žien ako u mužov, a to vrátane fibromyalgie a chronickej únavy, ktorých hlavnými symptómami sú bolesti a vyčerpanie, hoci môžu mať aj ďalšie symptómy, ktoré sú

bežné u ďalších ochorení;

- O. keďže transrodové identity nie sú patologické, stále sa však, žiaľ, považujú za poruchy duševného zdravia, a väčšina štátov požaduje tieto diagnózy na prístup k právnemu uznaniu rodu alebo transrodovej zdravotnej starostlivosti, aj keď z výskumu vyplýva, že diagnóza poruchy rodovej identity je pre transrodové osoby zdrojom značných ťažkostí;
- P. keďže depresívne poruchy predstavujú 41,9 % všetkých prípadov postihnutí vyplývajúcich z neuropsychických porúch žien v porovnaní s 29,3 % mužov;
- Q. keďže WHO odhaduje, že depresia postihuje 350 miliónov ľudí a spôsobuje každý rok 850 000 úmrtí; keďže v roku 2020 bude toto ochorenie druhou najčastejšou príčinou pracovnej neschopnosti;
- R. keďže transrodové predpubertálne deti sú stále vystavované nepotrebným a škodlivým diagnostickým postupom, pričom každé dieťa by malo môcť bezpečne skúmať svoju rodovú identitu a prejav;
- S. keďže depresia je z rôznych dôvodov, ktoré sa týkajú predovšetkým odlišných úloh žien a mužov, nerovností medzi nimi a diskriminácie, približne dvakrát častejšia u žien ako u mužov a transrodové osoby vykazujú výrazne zvýšenú úroveň predstavovania si samovraždy a pokusov o ňu; keďže zo štúdií vyplýva, že nútené tradičné rodové úlohy negatívne ovplyvňujú duševné zdravie a pohodu žien;
- T. keďže v systémoch vzdelávania členských štátov alebo na pracovisku sa nevenuje dostatočná pozornosť duševnému zdraviu a pohode, pretože duševné zdravie je často veľmi stigmatizované alebo je tabu; keďže vzdelávanie o duševnom zdraví bojuje so stigmatizáciou tohto predmetu, a malo by sa zameriavať na rodovo špecifické zraniteľné aspekty, rodové stereotypy a diskrimináciu, ktorej čelia ženy a dievčatá;
- U. keďže muži a chlapci zažívajú rodovo podmienené ťažkosti s duševným zdravím; keďže v Európe muži spáchajú samovraždu s päťnásobne väčšou pravdepodobnosťou než ženy a samovražda je najčastejšou príčinou úmrtia mužov do veku 35 rokov; keďže muži sa s trojnásobne väčšou pravdepodobnosťou než ženy stanú závislými od alkoholu a s väčšou pravdepodobnosťou užívajú nelegálne drogy (a zomierajú na ne); keďže muži s menšou pravdepodobnosťou využijú psychologickú liečbu ako ženy; keďže muži a chlapci čelia rodovým stereotypom týkajúcim sa mužnosti, ktoré môžu podporovať potlačanie emócií alebo uchýlenie sa k hnevu, a tie majú vplyv na duševné zdravie mužov, ako aj na fenomén rodovo motivovaného násillia;
- V. keďže v EÚ je približne 58 000 prípadov samovrážd ročne, z ktorých štvrtinu páchajú ženy, a keďže samovraždy sú aj naďalej dôležitou príčinou úmrtí;
- W. keďže psychosociálny celospoločenský prístup k duševnému zdraviu si na dosiahnutie celkovo vyššej úrovne duševnej pohody vyžaduje politickú jednotnosť pre pohodu, koordináciu zdravotnej starostlivosti, vzdelávania, zamestnanosti, hospodárskych a sociálnych politik;
- X. keďže výskyt porúch príjmu potravy, ako sú anorexia a bulímia, sa zvyšuje najmä u dospievajúcich a postadolescentných dievčat;

- Y. keďže sú dobre zdokumentované dlhodobé dôsledky porúch príjmu potravy, ako je anorexia a bulímia, na telesné a duševné zdravie, ako aj rodový rozmer príčin týchto porúch;
- Z. keďže ženy sú v práci viac vystavené psychickému a/alebo sexuálnemu obťažovaniu, čo spôsobuje psychické a fyzické problémy u žien, ktoré sú mu vystavené;
- AA. keďže modely sociálnej starostlivosti zamerané na duševné ochorenia prostredníctvom športu, umenia alebo spoločenských aktivít by mali byť zohľadnené v programoch verejného zdravia, pokiaľ ide o prevenciu, liečbu a rehabilitáciu;
- AB. keďže osobám so zdravotným postihnutím hrozí riziko zhoršených ťažkostí s duševným zdravím;
- AC. keďže sexuálna výchova a vzdelávanie o vzťahoch sú kľúčové pre prekonanie rodových stereotypov, obmedzenie rodovo motivovaného násillia a zlepšenie duševného zdravia a pohody dievčat a chlapcov, ako aj žien a mužov;
- AD. keďže duševné problémy a ochorenia predstavujú jednu z hlavných príčin pracovnej neschopnosti, čo nepriaznivo ovplyvňuje zdravotníctvo, vzdelávanie, hospodárstvo, trh práce a systémy sociálneho zabezpečenia v EÚ, prináša rozsiahle hospodárske náklady a má závažný negatívny vplyv na hospodárstvo EÚ a je tak ďalším podnetom, pokiaľ ide o potrebu celostného, komplexného a rodovo citlivého riešenia zdravotnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia; keďže podľa štúdie Európskeho združenia pre depresiu (European Depression Association, EDA) každý desiaty pracovník v EÚ si vybral voľno z práce pre depresiu, čo spoločnosť stojí odhadom 92 miliárd EUR, najmä v dôsledku stratenej produktivity;
- AE. keďže v rámci EÚ má Malta 185 psychiatrických lôžok na 100 000 obyvateľov, pričom Taliansko má 8 lôžok; keďže vo Fínsku je 163 sestier v oblasti starostlivosti o duševné zdravie na 100 000 obyvateľov, pričom v Grécku sú 3 sestry na 100 000 obyvateľov;
- AF. keďže okrem biologických charakteristík závisí duševné zdravie žien od faktorov, ako sú dosiahnuté vzdelanie, miera, v akej si osvojili sociálne a kultúrne hodnoty, normy a stereotypy, spôsob, akým zažívajú a vstrebávajú svoje skúsenosti, postoje, ktoré majú voči sebe a voči ostatným, úlohy, ktoré zohrávajú, a prekážky a tlaky, s ktorými sa musia vyrovnávať;
- AG. keďže zohľadnením rozmanitosti žien a ich fyziologických odlišností od mužov a začlenením týchto faktorov do politík v oblasti zdravia zameraných tak na prevenciu, ako aj na samotnú liečbu žien s konkrétnymi opatreniami zameranými na zraniteľné a marginalizované skupiny by sa posilnila účinnosť týchto politík;
- AH. keďže ženy boli z rôznych dôvodov vylúčené z toxikologického, biomedicínskeho výskumu a klinického skúšania a keďže veľké rozdiely v zastúpení mužov a žien vo výskume obmedzujú naše poznatky o rozdieloch medzi zdravím žien a mužov; keďže biomedicínsky výskum preto obvykle odráža prevažne mužské hľadisko a mylne predpokladá, že ženy a muži sú identickí v oblastiach, v ktorých existujú fyziologické rozdiely; keďže výskum o špecifických potrebách intersexuálnych žien je nedostatočný;



- AI. keďže vylúčenie a nedostatočné zastúpenie žien ako jedincov alebo rod a pohlavie ako faktory biomedicínskeho výskumu a klinického skúšania ohrozujú životy a zdravie žien;
- AJ. keďže nariadením (EÚ) č. 536/2014 o klinickom skúšaní liekov na humánne použitie sa zaviedli požiadavky na zohľadnenie rodu pri skúšaní, ale vykonávanie tohto nariadenia je potrebné vyhodnotiť; keďže v nariadení sa nešpecifikujú okolnosti týkajúce sa žien iné než súvisiace s tehotnými a dojčiacimi ženami;
- AK. keďže Európska agentúra pre lieky (EMA) nevypracovala špecifické stratégie na vykonávanie usmernení pre štúdiá a posudzovanie rodových rozdielov pri klinickom hodnotení liečiv, hoci pripúšťa, že „niektoré faktory, ktoré ovplyvňujú účinok lieku v populácii, môžu byť dôležité pri posudzovaní možných rozdielov v reakcii u mužov a u žien“ a že „pri účinku lieku môžu významnú úlohu zohrávať aj vplyvy špecifické pre jednotlivé pohlavia“<sup>1</sup>;
- AL. keďže vplyv liekov alebo liečebných prípravkov, ako sú antikoncepcné prostriedky, antidepresíva a sedatíva, na fyzické a duševné zdravie žien nie je dostatočne pochopený a vyžaduje si ďalší výskum zameraný na odstránenie škodlivých vedľajších účinkov a zlepšenie poskytovania starostlivosti;
- AM. keďže zdravie súvisí s pohlavím a má rodový rozmer, z čoho vyplýva, že ženy čelia počas života mnohým špecifickým zdravotným rizikám;
- AN. keďže chýbajú porovnateľné údaje o dostupnej, prístupnej a kvalitnej transrodovo špecifickej zdravotnej starostlivosti a výrobky používané v hormonálnej liečbe nie sú riadne testované a licencované;
- AO. keďže úmrtnosť matiek sa považuje za jeden z hlavných ukazovateľov efektívnosti, kvality a výkonnosti systému zdravotnej starostlivosti;
- AP. keďže nedostatočný prístup k sexuálnym a reprodukčným právam vrátane služieb bezpečného a legálneho umelého prerušenia tehotenstva ohrozuje život a zdravie žien a dievčat a všetkých osôb s reprodukčnou schopnosťou, zvyšuje úmrtnosť a chorobnosť matiek a vedie k odmietaniu poskytovania zdravotnej starostlivosti na záchranu života a k nárastu počtu tajných umelých prerušení tehotenstva;
- AQ. keďže vo všetkých krajinách s dostupnými údajmi existujú značné rozdiely v zdraví medzi sociálno-ekonomickými skupinami a medzi ženami a mužmi v tom zmysle, že ľudia s nižšou úrovňou vzdelania, povolania a/alebo príjmu majú systematicky vyššiu chorobnosť a úmrtnosť; keďže tieto zdravotné nerovnosti sú v súčasnosti jednou z hlavných výziev politik v oblasti verejného zdravia; keďže nedostatočné sociálno-ekonomické podmienky, chudoba a sociálne vylúčenie majú významný negatívny vplyv na duševné zdravie a pohodu;
- AR. keďže komplexná, vekovo primeraná, vedecky presná sexuálna výchova založená na dôkazoch a bez predsudkov, kvalitné služby rodinného plánovania a prístup k antikoncepcii pomáhajú zamedziť neplánovaným a neželaným tehotenstvám, znížiť

---

<sup>1</sup> EMA/CHMP/3916/2005 - ICH

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2010/01/WC500059887.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500059887.pdf)

potrebu prerušenia tehotenstva a prispievajú k prevencii HIV a sexuálne prenosných chorôb; keďže naučiť mladých ľudí, že musia prevziať zodpovednosť za svoje sexuálne a reprodukčné zdravie, má dlhodobé pozitívne účinky, ktoré trvajú celý ich život a majú pozitívny vplyv na spoločnosť;

- AS. keďže každý štvrtý pôrod v EÚ sa v súčasnosti vykonáva cisárskym rezom a štatisticky sa zvyšujú súvisiace zdravotné problémy matiek a detí;
- AT. keďže v súčasnosti v niektorých členských štátoch v dôsledku zatvárania pôrodníc a výrazného zníženia počtu súkromných pôrodných asistentiek a pôrodníkov už existujú nebezpečné rozdiely v zdravotnej starostlivosti;
- AU. keďže obmedzenia a rozpočtové škrty, ku ktorým národné vlády pristupujú v oblasti verejného zdravia a vzdelávania, takisto komplikujú prístup k zdraviu a službám starostlivosti o duševné zdravie, a to má neprimeraný vplyv na ženy, najmä osamelé matky a na rodiny s veľkým počtom detí;
- AV. keďže migrantky, utečenkyne a žiadateľky o azyl môžu navyše trpieť niekedy veľmi závažnými zdravotnými ťažkosťami v dôsledku nedostatočnej liečby alebo čeliť špecifickým problémom týkajúcim sa reprodukčného zdravia, ako sú komplikácie počas tehotenstva alebo pôrodu, a tiež potenciálnej ďalšej psychologickej traume, ako je prednatálna a postnatálna depresia, a sú tiež vystavené riziku traumatického (sexuálneho) násillia a zneužívania a špecifickým ohrozeniam ich duševného zdravia a pohody; keďže pri poskytovaní starostlivosti o duševné zdravie týchto kategórií ľudí je viacero špecifických problémov, ktorých rozsah sa líši podľa rozsahu faktorov vrátane toho, odkiaľ ľudia prišli, a času, ktorý strávili v hostiteľskej krajine;
- AW. keďže ženy postihujú určité formy rakoviny, ktoré sa vyskytujú predovšetkým alebo výlučne u žien, ako je napríklad rakovina prsníka, maternice alebo krčka maternice;
- AX. keďže ženy trpiace rakovinou, ktoré podstúpili operáciu a invazívnu liečbu, ako je napríklad rádioterapia a chemoterapia, sú vo všeobecnosti náchylnejšie na depresiu;
- AY. keďže len 10 členských štátov EÚ si stanovilo cieľ zabezpečiť 100 % skrining žien na rakovinu prsníka a len osem štátov má takýto cieľ pre skrining rakoviny krčka maternice;
- AZ. keďže choroby, ako je osteoporóza, muskuloskeletálne problémy a ochorenia centrálnej nervovej sústavy ako Alzheimerova choroba a/alebo demencia súvisia s hormonálnymi zmenami, ktorými ženy prechádzajú počas menopauzy alebo skôr z dôvodu hormonálnej liečby; keďže rodový rozmer výskumu v týchto oblastiach je na nízkej úrovni aj napriek tomu, že je známe, že tieto choroby postihujú častejšie ženy ako mužov;
- BA. keďže endometrióza je nevyliciteľná choroba, ktorá postihuje približne 1 z 10 žien a dievčat (t. j. zhruba 180 miliónov žien na celom svete a 15 miliónov v EÚ); keďže toto ochorenie často vedie k neplodnosti a spôsobuje silnú bolesť a problémy s duševným zdravím, čím ženy výrazne obmedzuje vo viacerých aspektoch pracovného, súkromného a spoločenského života;

- BB. keďže fyzické a psychické rodovo motivované násilie a násilie voči ženám a jeho vplyv na zdravie obetí je zásadnou prekážkou dosiahnutia rodovej rovnosti a bráni ženám v plnom užívaní slobôd zaručených základnými ľudskými právami;
- BC. keďže u žien a dievčat, ktoré sú obeťami mrzačenia pohlavných orgánov, sa prejavujú vážne krátkodobé aj dlhodobé účinky na fyzické, psychické, sexuálne aj reprodukčné zdravie;
- BD. keďže intersexuálne osoby vystavené mrzačeniu pohlavných orgánov zažívajú aj účinky na svoje fyzické, psychologické, sexuálne a reprodukčné zdravie;
- BE. keďže transrodové osoby sú stále vystavované nútenej sterilizácii v postupoch rodového uznania v 13 členských štátoch;
- BF. keďže systematický a primeraný zber údajov o násilí páchanom na ženách je veľmi dôležitý na zabezpečenie účinnej tvorby politiky v príslušnej oblasti na ústrednej a aj na regionálnej a miestnej úrovni a na monitorovanie vykonávania právnych predpisov;
- BG. keďže ženy, ktoré zažili rodovo motivované násilie, trpia následkami, často celoživotnými, na svoje fyzické a duševné zdravie; keďže podľa svetovej správy WHO o násilí a zdraví<sup>1</sup> môžu mať dôsledky rodovo motivovaného násillia páchaného na ženách rôzne podoby: fyzické následky (podliatiny, zlomeniny, syndrómy chronickej bolesti, zdravotné postihnutie, fibromyalgia, zažívacie ťažkosti atď.), psychologické a behaviorálne následky (nadmerné užívanie alkoholu, liekov a omamných látok, depresia a úzkosť, poruchy príjmy potravy a poruchy spánku, pocity hanby a viny, fóbie a záchvaty paniky, nízka sebadôvera, posttraumatická stresová porucha, psychosomatické poruchy, samovražedné a sebapoškodzujúce správanie, neistota v neskorších vzťahoch atď.), následky v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia: gynekologické poruchy, neplodnosť, komplikácie počas tehotenstva, potraty, sexuálna dysfunkcia, sexuálne prenosné choroby, nechcené tehotenstvo atď.) a smrteľné následky (vražda, samovražda, úmrtie v dôsledku sexuálne prenosnej choroby atď.);

### **Rodová rovnosť v oblasti duševného zdravia**

1. vyzýva Komisiu a členské štáty, aby na Kompas pre činnosti v oblasti duševného zdravia a pohody naviazali ambicióznou novou stratégiou pre duševné zdravie, v rámci ktorej sa podporí celostný psychosociálny celospoločenský prístup, ktorý bude zahŕňať silný rodový pilier a zabezpečí jednotnosť politiky v oblasti duševného zdravia;
2. poznamenáva, že v EÚ zažilo 27 % dospelých obyvateľov vrátane mužov a žien najmenej jednu príhodu duševného ochorenia;
3. vyzýva členské štáty, aby prijali opatrenia a pridelili dostatočné zdroje na zabezpečenie prístupu všetkých žien k službám zdravotnej starostlivosti a konkrétne k starostlivosti o duševné zdravie (vrátane azylových domov pre ženy) bez ohľadu na ich právne postavenie, zdravotné postihnutie, sexuálnu orientáciu, rodovú identitu, pohlavnú charakteristiku, rasový alebo etnický pôvod, vek alebo náboženstvo; vyzýva členské štáty a Komisiu, aby riešili rozdiely v prístupe k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti

---

<sup>1</sup> Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi a Lozano, 2002.

v oblasti duševného zdravia;

4. poznamenáva, že je potrebný ďalší výskum vplyvu rodovo motivovaného násillia vrátane verbálneho a psychického násillia, obťažovania a zastrážovania na duševné zdravie;
5. vyzýva Komisiu, členské štáty a miestne orgány, aby zabezpečili, aby sa v stratégiách pre duševné zdravie riešili problémy duševného zdravia, s ktorými sa môžu stretávať osoby LGBTI; nabáda členské štáty, aby vykonali odporúčania obsiahnuté v dokumente Rady Európy CM/Rec(2010)5 a pri vypracúvaní politík, programov a protokolov v oblasti zdravia zohľadnili špecifické potreby lesbických, bisexuálnych a transrodových osôb;
6. vyzýva členské štáty, aby podporovali zriadenie centier psychologickkej podpory pre pacientov s rakovinovým ochorením s cieľom poskytovať im psychologickú podporu počas celého procesu liečby a rehabilitácie;
7. upozorňuje na závažnú situáciu žien so zdravotným postihnutím, ktoré sú častejšie vystavené ťažkostiam priamo súvisiacim nielen s ich zdravotným postihnutím, ale aj s prehlbovaním sociálnej izolácie a nedobrovoľnej neaktivity; vyzýva členské štáty, aby systematicky zvyšovali dostupnosť preventívnej psychologickkej starostlivosti o ženy so zdravotným postihnutím a zabezpečili psychologickú podporu pre ženy starajúce sa o svoje ťažko zdravotne postihnuté deti; zdôrazňuje, že je potrebná stratégia a výmena najlepších postupov v oblasti duševného zdravia a pohody žien a dievčat so zdravotným postihnutím;
8. vyzýva Komisiu a členské štáty, aby podporovali informačné kampane a kampane o prevencii a iné iniciatívy na zvýšenie informovanosti verejnosti o problémoch s duševným zdravím a na prekonanie stigmatizácie; naliehavo vyzýva členské štáty a Komisiu, aby investovali do formálneho, a neformálneho vzdelávania a informálneho učenia o duševnom zdraví a pohode pre všetky vekové kategórie s dôrazom na rodovo citlivé ťažkosti s duševným zdravím, ako sú depresia, úzkosť alebo užívanie omamných látok; vyzýva členské štáty, aby zabezpečili školám vhodné rámce na identifikáciu a podporu osôb trpiacich problémami s duševným zdravím vrátane rodových aspektov a aby zaručili prístupnosť k službám v oblasti duševného zdravia; poznamenáva, že 70 % detí a mladých ľudí, ktorí majú problém s duševným zdravím, nedostalo vhodnú podporu v dostatočne skorom veku;
9. vyzýva Komisiu, členské štáty a Európsky inštitút pre rodovú rovnosť (EIGE), aby zvýšili zber pravidelných údajov o duševnom zdraví na úrovni EÚ a na vnútroštátnej úrovni, najmä o prevalencii depresie, pričom tieto údaje by mali byť členené minimálne podľa pohlavia, rodu, vekovej kategórie a sociálno-ekonomického postavenia a mali by zahŕňať ukazovatele sexuálneho a reprodukčného zdravia;
10. domnieva sa, že na opatreniach prijatých na úrovni EÚ v oblasti duševného zdravia a pohody by sa mali podieľať vedúce osobnosti v politike, v oblasti zdravia, vzdelávania a sociálnej oblasti spoločne so sociálnymi partnermi a s organizáciami občianskej spoločnosti; považuje za nevyhnutné, aby duševné zdravie prestalo byť v určitých sociálnych prostrediach tabu;

11. trvá na tom, že súvislosť medzi sociálno-ekonomickými podmienkami a duševným zdravím a pohodou je zásadná pre jednotnosť politiky v oblasti duševného zdravia, keďže chudoba a sociálne vylúčenie zvyšujú problémy s duševným zdravím; poznamenáva, že feminizácia chudoby a úsporné politiky, ktoré neúmerne ovplyvňujú ženy, viac ohrozujú duševnú pohodu žien;
12. zdôrazňuje význam sociálnej liečby a starostlivosti o duševné zdravie, napríklad prostredníctvom športu, hudby, umenia a kultúrnych činností, ako dôležitý prvok poskytovania zdravotnej starostlivosti znižujúci hospodárske a ľudské náklady, ktoré môžu problémy s duševným zdravím spôsobiť jednotlivcom a spoločnosti ako celku; vyzýva Komisiu a členské štáty, aby viac investovali do programov starostlivosti o duševné zdravie, ako je napríklad sociálna terapia;
13. so znepokojením konštatuje, že Svetová zdravotnícka organizácia v júli 2013 členských štátoch EÚ, ktoré majú vnútroštátnu stratégiu pre prevenciu samovrážd; vyzýva Komisiu a členské štáty, aby vypracovali a uplatňovali národnú stratégiu pre prevenciu samovrážd a aby prijali prijatie opatrenia na zníženie rizikových faktorov súvisiacich so samovraždou, ako sú nadmerné užívanie alkoholu, liekov a omamných látok, sociálne vylúčenie, depresia a stres; požaduje takisto zriadenie systémov na poskytovanie podpory po pokusoch o samovraždu;
14. uznáva vplyv médií, a najmä internetových a sociálnych médií, na duševné zdravie a pohodu najmä mladých žien a dievčat, a poznamenáva, že sa musí vykonať ďalší výskum tejto témy; konštatuje, že mediálne kultúry, ktoré kladú dôraz na vek žien a ich fyzický vzhľad, majú potenciálne nepriaznivé účinky na duševné zdravie a pohodu žien a dievčat, ktoré sa prejavujú napr. úzkosťou, depesiou alebo obsedantným správaním; zdôrazňuje, že sa musia vypracovať účinné nástroje vrátane právnych opatrení na riešenie online šikanovania, obťažovania a zaobchádzania s ľuďmi ako s vecami; zdôrazňuje, že je potrebné vypracovať ambicióznú stratégiu pre elektronické duševné zdravie a pohodu a že je potrebné pracovať so zainteresovanými stranami na vypracovaní rozvíjajúcich sa elektronických terapií; uznáva, že je potrebné, aby boli do mediálnej stratégie v oblasti duševného zdravia zapojené všetky zúčastnené strany vrátane vydavateľov a reklamného priemyslu, ktorí musia prijať etické normy, aby nedochádzalo k zaobchádzaniu so ženami ako s vecami a k podporovaniu rodových stereotypov;
15. poukazuje na skutočnosť, že niektoré ženy majú vďaka médiám, stereotypnej reklame a sociálnemu tlaku narušené vnímanie svojho obrazu a že u nich vzniknú poruchy príjmu potravy a behaviorálne poruchy, napríklad anorexia, bulímia, ortorexia, nárazové prejedanie sa alebo bigorexia; podporuje prístup zohľadňujúci rodový aspekt k poruchám príjmu potravy a jeho začlenenie do diskusie o zdraví, ako aj do informácií adresovaných širokej verejnosti; vyzýva členské štáty, aby zriadili kontaktné miesta pomoci a podpory v školách, ktoré budú poskytovať psychologickú podporu študentom, najmä dospievajúcim dievčatám, ktoré sú náchylnejšie na vznik porúch príjmu potravy;
16. víta skutočnosť, že svetoví lídri po prvýkrát uznali podporovanie duševného zdravia a pohody a prevenciu a liečbu drogovou závislých osôb za priority v oblasti zdravia v rámci celosvetového rozvojového programu;
17. vyjadruje vážne znepokojenie nad poskytovaním starostlivosti o duševné zdravie a

súvisiacich zariadení pre utečenkyné a dievčatá v Európe vo všetkých členských štátoch, najmä pre tie v provizórnych podmienkach; zdôrazňuje, že zadržiavanie utečencov a žiadateľov o azyl bez efektívneho a účinného spracovania ich žiadostí o azyl je v rozpore s medzinárodným právom a má negatívny vplyv na ich duševné zdravie a pohodu; vyzýva členské štáty, aby zabezpečili ochranu žiadateľiek o azyl, ktoré sú zadržané a nahlásili, že boli zneužitú, a zdôrazňuje, že týmto ženám treba poskytnúť okamžitú ochranu vrátane okamžitého ukončenia zaistenia, urýchlenia premiestnenia a presadzovania podpory a poradenstva; vyzýva členské štáty, aby oddelili politiky v oblasti zdravia od imigračnej kontroly tým, že umožnia prístup k základným službám zdravotnej starostlivosti a neuložia poskytovateľom zdravotnej starostlivosti povinnosť nahlasovať migrantov bez dokladov; navyše žiada, aby členské štáty vykonávali usmernenia viacerých agentúr o ochrane a podpore duševného zdravia a psychosociálnej pohody utečencov, žiadateľov o azyl a migrantov v Európe, ktoré vypracovali WHO/Europe, UNHCR a IOM;

18. poukazuje na to, že ženy musia často absolvovať dvojité pracovný deň, to znamená, pracovný deň na pracovisku v zamestnaní a pracovný deň doma, lebo muži sa nevenujú dostatočne domácim prácam a výchove dcér a synov, čo spôsobuje, že mnohé ženy trpia depresiou, úzkosťou a stresom okrem pocitov viny za zlyhanie pri riadnej starostlivosti o rodinu, čo je úloha tradične pridelená ženám;
19. odsudzuje rozšírený sexistický stereotyp, podľa ktorého moderná žena musí vynikať v štúdiu a v práci, ale musí splniť tradičné očakávania, že bude dobrou ženou, bude sa dobre starať o domov a bude dokonalou matkou, pričom sa bude starať o svoj výzor, čo je vzorec správania, ktorý mnohým ženám spôsobuje pocity stresu a úzkosti;
20. vyzýva Komisiu, členské štáty a miestne orgány, aby vypracovali špecificky prispôsobené politiky na poskytovanie starostlivosti o duševné zdravie skupinám zraniteľných žien v marginalizovaných komunitách a ženám, ktoré sa stretávajú s prierezovou diskrimináciou, ako sú utečenkyné a migrantky, ženy čeliace chudobe a sociálnemu vylúčeniu, intersexuálne a transrodové osoby, ženy z etnických menšín, ženy so zdravotným postihnutím, staršie ženy a ženy vo vidieckych oblastiach;
21. zdôrazňuje dôležitosť prístupu životného cyklu k duševnému zdraviu, keď sa potreby každej vekovej kategórie riešia jednotným a komplexným spôsobom s dôrazom na dospievajúce dievčatá a staršie ženy, ktoré v priemere udávajú nižšiu mieru životnej spokojnosti ako muži rovnakých vekových kategórií;
22. odporúča, aby sa v prípade tehotenstva zdravotná starostlivosť v oblasti duševného zdravia začala čo najskôr v prvom trimestri tehotenstva, aby bolo možné diagnostikovať špecifické stavy, ktoré je vhodné sledovať, rozpoznať sociálne problémy, pri ktorých riešení by ženy mohli potrebovať pomoc sociálnych služieb alebo služieb v oblasti duševného zdravia, a takisto poskytnúť ženám informácie o otázkach súvisiacich s tehotenstvom; požaduje rozsiahlejšie poskytovanie komplexnej a miestnej pôrodnej starostlivosti vrátane súkromných pôrodných asistentiek a pôrodníc vo všetkých členských štátoch EÚ a zdôrazňuje osobitný význam tejto otázky pre vidiecke oblasti; zdôrazňuje, že psychologická zdravotná starostlivosť je rovnako dôležitá ako starostlivosť o fyzické zdravie, a poznamenáva, že 10 % až 15 % žien v EÚ, ktoré práve porodili, trpia popôrodnou depresiou; zdôrazňuje význam dostupnosti psychologickej a

lekárskej starostlivosti pre ženy po spontánnom aj umelom prerušení tehotenstva a potrebu citlivého a personalizovaného prístupu; vyzýva Komisiu a členské štáty, aby podporovali, rozvíjali a vykonávali včasné odhaľovanie a liečbu popôrodnej psychózy a popôrodnej depresie;

23. zdôrazňuje, že sociálna politika a politika zamestnanosti, najmä politika v oblasti rovnováhy medzi pracovným a súkromným životom, musí využívať celostný prístup zohľadňujúci duševné zdravie a pohodu žien a vyzýva Komisiu a členské štáty, aby spolupracovali s odborovými organizáciami, zamestnávateľmi, zdravotníckymi pracovníkmi a občianskou spoločnosťou s cieľom vyvinúť celostný prístup k rodovo citlivej duševnej pohode v práci; konštatuje, že je dôležité poskytovať školenia v oblasti duševného zdravia osobám pracujúcim v riadiacich pozíciách v súkromnom a verejnom sektore;
24. uznáva dôležitú úlohu formálnych a neformálnych opatrovateľov v oblasti starostlivosti o duševné zdravie, ktorými sú prevažne ženy; požaduje, aby sa osobitná pozornosť venovala úlohe formálnych a neformálnych opatrovateľov v oblasti starostlivosti o duševné zdravie, a najmä úlohe opatrovateliek, a takisto požaduje opatrenia na ochranu duševného zdravia a pohody samotných opatrovateľov;
25. naliehavo vyzýva Komisiu a členské štáty, aby zahrnuli problémy s duševným zdravím a pohodou, s ktorými sa stretávajú muži a chlapci z dôvodu rodových stereotypov a ktoré vedú k vyššej pravdepodobnosti užívania omamných látok a samovrážd ako u žien; zdôrazňuje, že v politikách pre duševné zdravie mužov sa musia zohľadniť aj hľadiská veku a priemernej dĺžky života, sociálno-ekonomické podmienky, sociálne vylúčenie a zemepisné faktory;

#### **Rodová rovnosť v klinickom skúšaní**

26. zdôrazňuje, že je potrebné klinické skúšanie farmaceutických výrobkov na mužoch aj ženách, pričom toto skúšanie by malo byť inkluzívne, nediskriminačné a malo by sa vykonávať pri zachovaní podmienok rovnosti, začlenenia a bez marginalizácie a malo by primerane odrážať populáciu, ktorá bude výrobky používať; navrhuje, aby sa pri klinickom skúšaní zohľadňovali aj osobitné zraniteľné skupiny obyvateľstva, ako sú pediatrickí a geriatrickí pacienti a osoby z etnických menšín; zastáva názor, že údaje rozdelené podľa pohlavia by sa mali zbierať aj po umiestnení výrobkov na trh, aby sa dali zaznamenať rôzne vedľajšie účinky, rovnako ako výskum a údaje o vykonávaní príslušných právnych predpisov EÚ členskými štátmi;
27. vyjadruje hlboké znepokojenie nad skutočnosťou, že nedostatočné zlepšenie zastúpenia žien v klinickom skúšaní a biomedicínskom výskume ohrozuje zdravie a život žien a zdôrazňuje, že metodiky a návrh klinického skúšania musia umožniť rozčlenenie analýz podľa veku a rodu; poukazuje preto na naliehavú potrebu začleniť rodové rozdiely do klinických postupov v oblasti duševného zdravia;
28. zdôrazňuje význam zverejňovania výsledkov klinického skúšania, aby bola metodika transparentná a dostupná;
29. pripomína, že výskyt infekčných chorôb (napr. HIV a malárie) a nepriaznivý výsledok tehotenstva (napr. narodenie mŕtveho plodu) je najvyšší v krajinách s nízkymi a

strednými príjmami; žiada, aby sa do klinického skúšania začlenili tehotné ženy, čo umožní znížiť chorobnosť a úmrtnosť matiek a dojčiat;

30. žiada, aby sa na označeniach farmaceutických výrobkov jasne uvádzalo, či sa uskutočnili skúšky na ženách a či sa môžu očakávať odlišné vedľajšie účinky u mužov a u žien; vyzýva členské štáty, aby podporili výskum dlhodobých účinkov výrobkov používaných v hormonálnej liečbe;
31. žiada Komisiu, aby stimulovala projekty na úrovni EÚ zamerané na to, ako sa so ženami zaobchádza v klinickom výskume; domnieva sa, že do takýchto projektov by mali byť zapojené zdravotnícke orgány na všetkých úrovniach a farmaceutický priemysel, a to vypracovaním špecifických stratégií na vykonávanie usmernení o skúšaním a posudzovaní rodových rozdielov v klinickom skúšaní;
32. vyzýva Komisiu a členské štáty, aby investovali do informačných kampaní na povzbudenie účasti žien na klinickom skúšaní;
33. naliehavo žiada Európsku agentúru pre lieky (EMA), aby vypracovala samostatné usmernenia na posudzovanie žien ako špecifickej populačnej skupiny v klinickom skúšaní;
34. vyzýva členské štáty, aby pri uplatňovaní nariadenia (EÚ) č. 536/2014 o klinickom skúšaní liekov na humánne použitie uplatňovali metodický prístup pre klinické skúšanie, ktorý zaručí adekvátne zastúpenie mužov a žien, pričom treba v venovať zvýšenú pozornosť transparentnosti rodového zloženia účastníkov skúšok, a aby pri posudzovaní správnosti vykonávania tohto nariadenia osobitne sledovali úroveň zastúpenia žien a mužov;
35. naliehavo vyzýva členské štáty, Európsku agentúru pre lieky (EMA) a relevantné zainteresované strany, aby zabezpečili začlenenie faktorov pohlavia a rodu v najskorších fázach výskumu a vývoja liečiv ešte pred fázou klinického skúšania; zdôrazňuje, že je potrebná lepšia výmena najlepších postupov v tejto oblasti medzi výskumnými inštitúciami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v celej Európe;
36. zdôrazňuje, že je potrebné bezodkladné konanie na nápravu rodových rozdielov v klinickom skúšaní v oblastiach zdravia, kde sú tieto rozdiely osobitne škodlivé, ako napríklad v prípade liekov na Alzheimerovu chorobu, rakovinu, liečbu mŕtvice a kardiovaskulárnych chorôb a antidepresív;
37. zdôrazňuje, že výskumní pracovníci a všetky relevantné zainteresované strany musia konať koordinovane na odstránenie škodlivých vedľajších účinkov liekov, ktoré osobitne postihujú ženy, ako sú napríklad antidepresíva, antikoncepcia a iné lieky, s cieľom zlepšiť zdravie žien a kvalitu zdravotnej starostlivosti;
38. so znepokojením konštatuje, že výskum v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti v rozvojových krajinách sa vyznačuje rodovou diskrimináciou a rodovými rozdielmi, čo má vplyv na rozvoj primeraných a cielených liečebných postupov; poukazuje predovšetkým na to, že pacienti v rozvojových krajinách nie sú primerane zastúpení vo farmakologickom výskume; konštatuje, že osobitné časti obyvateľstva vrátane detí a tehotných žien boli zanedbávané pri vývoji liekov na tuberkulózu; zdôrazňuje, že je



potrebné zhromažďovať a uchovávať vzorky pre farmakogenetické štúdie v budúcich klinických skúšaní liekov na rodovom základe; pripomína, že rozdielna biologická a fyziologická konštitúcia žien si vyžaduje náležité informácie o účinnosti liekov na ich telá;

39. so znepokojením konštatuje, že zvýšený offshoring skúšania liekov do Afriky a iných málo rozvinutých regiónov môže viesť k závažnému porušovaniu etických noriem a porušovaniu základných zásad EÚ, ako je právo na ochranu zdravia a zdravotnú starostlivosť; upozorňuje, že zraniteľné osoby, najmä ženy, bez prístupu k cenovo dostupnej zdravotnej starostlivosti alebo zdravotnému poisteniu, ako aj prístupu k cenovo dostupným liekom nemajú inú možnosť, než sa zúčastniť na klinickom skúšaní, ak chcú dostať lekársku starostlivosť, pričom si pravdepodobne neuvedomujú s tým spojené riziká;
40. poznamenáva, že je dokázané, že ženy užívajú väčšie množstvá psychotropných liekov ako muži, ale je veľmi málo štúdií o rodových rozdieloch, pokiaľ ide o účinok týchto liekov, ktoré sa predpisujú ženám a mužom bez rozdielu a v rovnakých dávkach; vyjadruje znepokojenie nad skutočnosťou, že ženy vo väčšej miere trpia negatívnymi účinkami psychotropných liekov, lebo sú vylúčené z klinického skúšania, takže sa nezohľadňuje ženská fyziológia; poukazuje aj na skutočnosť, že ženy sa častejšie ako muži usilujú vyriešiť svoje duševné problémy pomocou psychoterapie;

#### **Všeobecné poznámky**

41. vyzýva Komisiu a členské štáty, aby:
  - a) podporovali zdravotnú starostlivosť zabezpečením bezproblémového prístupu k službám a poskytovaním primeraných informácií prispôbených osobitným potrebám mužov a žien a presadzovali výmenu najlepších postupov v oblasti duševného zdravia a klinického výskumu;
  - b) vytvorili prehľad osobitných zdravotných potrieb mužov a žien a zabezpečili začlenenie rodového hľadiska do svojich politík, programov a výskumu v oblasti zdravotníctva od ich vývoja a návrhu k posudzovaniu vplyvu a rozpočtovaniu;
  - c) zabezpečili zameranie stratégií prevencie na ženy, ktorým hrozí prierezová diskriminácia, ako sú napríklad Rómky, ženy so zdravotným postihnutím, lesbické a bisexuálne ženy, migrantky, utečenkyně a ženy žijúce v chudobe, ako aj transrodové a intersexuálne osoby;
  - d) uznali rodovo motivované násilie a násilie páchané na ženách ako problém verejného zdravia, ako sa uvádza v rezolúcii Svetovej zdravotníckej organizácie WHA49.25 z 25. mája 1996, ktorý má priamy vplyv na duševné zdravie a pohodu žien;
  - e) zabezpečili urýchlenie celoeurópskeho prieskumu o rozšírení násillia na základe pohlavia, ktorý bude použitý v rámci Európskeho štatistického systému, ako bolo stanovené v pracovnom programe Eurostatu na rok 2016, a pravidelne zbierali roztriedené údaje, najmä o výskyte depresii, a aby tieto údaje bola rozdelené aspoň podľa pohlavia, vekových skupín a sociálno-ekonomického postavenia;

- f) podporovali organizácie občianskej spoločnosti a organizácie žien, ktoré presadzujú práva žien, a aby sa usilovali o zastúpenie žien pri riešení otázok európskej a vnútroštátnej politiky v oblasti zdravia a aby európske a vnútroštátne politiky v oblasti zdravia zodpovedali ich potrebám;
  - g) stimulovali programy, ktoré sa zaoberajú osobitnými potrebami žien v súvislosti s chorobami, ako je osteoporóza, muskuloskeletálne problémy a ochorenia centrálnej nervovej sústavy ako Alzheimerova choroba a/alebo demencia vrátane programov na informovanie žien o spôsoboch prevencie a programov ponúkajúcich odbornú prípravu zdravotníckeho personálu;
  - h) venovali osobitnú pozornosť špeciálnym potrebám žien s diagnostikovaným syndrómom chronickej únavy alebo fibromyalgiou tým, že sa im poskytnú dostatočne kvalitné služby zdravotnej starostlivosti;
  - i) zvýšili financovanie na podporu výskumu príčin a možných spôsobov liečby endometriózy a tiež na vypracovanie klinických usmernení a vytvorenie referenčných centier; podporovali informačné a osvetové kampane o endometrióze a jej prevencii a poskytli prostriedky na odbornú prípravu špecializovaných zdravotníckych pracovníkov a na výskumné iniciatívy;
42. vyzýva členské štáty, aby prijali politiky na zlepšenie priemernej úrovne zdravia populácie odstránením zdravotných nerovností, ktoré postihujú znevýhodnené sociálno-ekonomické skupiny; v tejto súvislosti požaduje aktívne zapojenie mnohých politických sektorov, nielen sektorov verejného zdravia a systémov zdravotnej starostlivosti, ale aj vzdelávania, sociálneho zabezpečenia, rovnováhy medzi pracovným a súkromným životom a plánovania miest, pričom zapájať by sa mali vždy s jasnou perspektívou rodovej rovnosti;
43. vyzýva vlády rozvojových krajín, aby začlenili rodové hľadisko do politiky duševného zdravia a vypracovali politiky a programy, ktoré budú zamerané na osobitné potreby žien v oblasti liečby duševného zdravia, ako aj na spoločenské príčiny psychických problémov; so znepokojením konštatuje, že v najmenej rozvinutých krajinách je vylúčenie žien z biomedicínskeho výskumu často spôsobené nedostatkom informačných a osvetových kampaní, plnením materských a opatrovateľských úloh a nedostatkom slobody rozhodovania v ich domácnostiach; vyjadruje pevné presvedčenie, že kľúčom k ďalšiemu zníženiu rodových rozdielov v oblasti duševného zdravia by bola lepšia rovnováha medzi rodovými úlohami a povinnosťami, istota príjmu, rovnaký prístup k vzdelávaniu, začlenenie do trhu práce, účinnejšie opatrenia na podporu rovnováhy medzi pracovným a súkromným životom, najmä pre slobodné matky, rozvoj záchranných sociálnych sietí a zníženie miery chudoby;
44. domnieva sa, že medzi sexuálne a reprodukčné práva patrí prístup k legálnemu a bezpečnému umelému prerušeniu tehotenstva, k spoľahlivej, bezpečnej a cenovo dostupnej antikoncepcii a ku komplexnému vzdelávaniu o sexualite a vzťahoch;
45. považuje za poľutovaniahodné, že sexuálne a reprodukčné práva sú vo viacerých členských štátoch EÚ značne obmedzené a/alebo sa uplatňujú len za určitých podmienok;

46. zastáva názor, že rastúci počet zdravotných pracovníkov, ktorí odmietajú vykonávať zákrok na umelé prerušenie tehotenstva v členských štátoch, predstavuje ďalšiu hrozbu pre zdravie a práva žien; naliehavo vyzýva členské štáty, aby zabezpečili existenciu aspoň minimálneho počtu zdravotných pracovníkov na vykonávanie umelých prerušení tehotenstva v nemocniciach;
47. vyzýva členské štáty, aby predchádzali a zakázali násilnú sterilizáciu žien, t. j. jav, ktorý postihuje predovšetkým ženy so zdravotným postihnutím, transrodové a intersexuálne osoby a Rómky, a trestne ju stíhali;
48. zdôrazňuje, že plošné kontrolné vyšetrenia (skrining) v rannom štádiu rakoviny spolu s informačnými programami patria medzi najúčinnšie opatrenia na prevenciu rakoviny a vyzýva členské štáty, aby zabezpečili, aby všetky ženy a dievčatá mali prístup k takémuto skriningu;
49. zdôrazňuje, že posilnenie postavenia žien a podpora rodovej rovnosti sú rozhodujúce pre zrýchlenie trvalo udržateľného rozvoja, a tým pre ukončenie všetkých foriem diskriminácie žien a dievčat, a to aj v oblasti duševného zdravia a klinického výskumu, pričom nejde len o základné ľudské právo, ale toto posilnenie a táto podpora majú multiplikačný účinok vo všetkých ostatných rozvojových oblastiach (cieľ trvalo udržateľného rozvoja č. 5);
50. domnieva sa, že členské štáty majú povinnosť zaručiť poskytovanie miestnej pôrodníckej starostlivosti ako verejnej služby a zabezpečiť, aby pôrodné asistentky boli dostupné aj vo vidieckych a horských regiónoch;
51. vyzýva zdravotnícke orgány členských štátov, aby uznali endometriózu za ochorenie spôsobujúce neschopnosť, pretože by to postihnutým ženám umožnilo získať nárok na bezplatné ošetrovanie, a to aj v prípade nákladných spôsobov liečby a/alebo chirurgického zákroku, a tiež nárok na uznanie špeciálnej pracovnej neschopnosti počas najkritickejších období, čím by sa zabránilo ich stigmatizácii na pracovisku;
52. vyzýva členské štáty, Komisiu a príslušné agentúry, aby zabezpečili plný prístup všetkých utečencov, žiadateľov o azyl a migrantov, najmä zraniteľných žien a dievčat, ku kvalitnej starostlivosti o fyzické a duševné zdravie v rámci všeobecných ľudských práv a aby z dlhodobého hľadiska zodpovedajúco pripravili vnútroštátne systémy zdravotnej starostlivosti pre prichádzajúcich utečencov a žiadateľov o azyl; zdôrazňuje, že je potrebná rodovo citlivá odborná príprava o duševnom zdraví imigračných, azylových pracovníkov a pracovníkov presadzovania práva, ktorí pracujú s utečencami, žiadateľmi o azyl a prisťahovalcami, najmä tých, ktorí pracujú so zraniteľnými ženami a dievčatami; domnieva sa, že tieto potrebné opatrenia zdravotnej starostlivosti by mali zahŕňať opatrenia, ako sú bezpečné ubytovanie a sanitárne zariadenia pre ženy a dievčatá, právne poradenstvo a prístup k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu a právam vrátane antikoncepcie, podpory pre osoby, ktoré zažili sexuálne násilie, a bezpečného a legálneho umelého prerušenia tehotenstva;
53. vyzýva EÚ a členské štáty, aby okamžite ukončili súčasné úsporné politiky a škrty verejných výdavkov, ktoré obplyvňujú služby, ktoré sú zásadné na dosiahnutie vysokej úrovne ochrany zdravotnej starostlivosti pre všetky ženy a mužov, dievčatá a chlapcov v EÚ bez ohľadu na ich pôvod alebo právne postavenie;

54. vyzýva členské štáty, aby zabezpečili bezplatný prístup k zdravotníckym službám pre nezamestnané ženy, ženy vo vidieckych oblastiach a dôchodkyne s nízkym príjmom, ktoré samé nevedia zaplatiť za lekárske vyšetrenia a liečbu;
55. odporúča, aby sa ženám po pôrode dieťaťa so zdravotným postihnutím alebo so život ohrozujúcou chorobou poskytla špeciálna podpora vrátane bezplatného prístupu k dlhodobej pediatrickej domácej starostlivosti, paliatívnej pediatrickej starostlivosti a špecializovanej a ľahko dostupnej psychologickej podpore;
56. zdôrazňuje, že dosiahnutie práva na zdravie pre všetkých prevláda nad ochranou práv duševného vlastníctva a závisí od investícií do európskeho výskumu v oblasti zdravia vrátane zdravotníckej technológie a liekov pre choroby spojené s chudobou a zanedbávané ochorenia;
57. vyjadruje poľutovanie nad znižovaním rozpočtov na verejné zdravie členskými štátmi a vyjadruje sklamanie z toho, že vo všetkých členských štátoch sú ročné rozpočty pre programy zamerané na prevenciu násilia páchaného na ženách oveľa nižšie ako je jeho skutočná cena, či už ekonomického, sociálneho alebo morálneho charakteru; podporuje členské štáty pri zvyšovaní výdavkov na podporu programov prevencie násilia páchaného na ženách a efektívnej pomoci a ochrany obetí.
58. vyzýva členské štáty, aby prijali opatrenia v zdravotnej oblasti týkajúce sa včasného odhaľovania a podpory pre obeť rodovo motivovaného násilia a používali zdravotné protokoly v prípadoch útoku, ktoré by mali byť postúpené príslušným súdom s cieľom urýchliť právne konanie; vyzýva tiež členské štáty, aby zaručili právo prístupu k informáciám a integrovanej sociálnej pomoci, ktorá by sa mala poskytovať prostredníctvom trvalých služieb naliehavej starostlivosti so špecializáciou v multidisciplinárnych odborných službách;
59. víta úsilie Komisie, aby EÚ ratifikovala Istanbulský dohovor, a vyjadruje poľutovanie nad tým, že mnohé členské štáty tak ešte neurobili; nalieha vo vyzýva Radu, aby zabezpečila čo najskoršie pristúpenie EÚ k Istanbulskému dohovoru;
60. zdôrazňuje, že prostitúcia je tiež otázkou zdravia, keďže má škodlivé účinky na zdravie osôb, ktoré vykonávajú prostitúciu a ktoré s väčšou pravdepodobnosťou trpia sexuálnymi, fyzickými a duševnými zdravotnými traumami, závislosťou od drog a alkoholu a stratou sebaúcty, ako aj vyššou úmrtnosťou ako široká verejnosť; dodáva a zdôrazňuje, že mnohé osoby, ktoré si kupujú sex, žiadajú o nechránený komerčný sex, čo zvyšuje riziko škodlivých účinkov na zdravie osôb, ktoré vykonávajú prostitúciu, ako aj kupujúcich;
61. vyzýva členské štáty, aby zamedzili, zakázali a trestne stíhali mrzačenie ženských pohlavných orgánov a mrzačenie pohlavných orgánov intersexuálnych osôb a aby poskytli podporu pre duševné zdravie spolu s fyzickou starostlivosťou obetiam a osobám, ktorých by sa to mohlo týkať;
62. nabáda Komisiu a členské štáty, aby venovali osobitnú pozornosť najzraniteľnejším alebo najviac znevýhodneným skupinám a naštartovali intervenčné programy pre ne;
63. domnieva sa, že nedostatok porovnateľných, komplexných, spoľahlivých a pravidelne

aktualizovaných rodovo rozčlenených údajov je zdrojom diskriminácie žien v oblasti zdravia;

64. pripomína, že zdravotnícka starostlivosť a politika sú v kompetencii členských štátov a úloha Európskej komisie je komplementárna k vnútroštátnym politikám;
65. poveruje svojho predsedu, aby postúpil toto uznesenie Rade a Komisii.

## DÔVODOVÁ SPRÁVA

Zdravie nie je len biologickou záležitosťou. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) je zdravie „stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo postihnutia“.<sup>1</sup> Biologický pojem pohlavia a spoločenský koncept rodu sú dôležité na všetkých úrovniach v oblasti zdravia a rozdielne ovplyvňujú zdravie žien a mužov a ich prístup k zdraviu a zdravotnej starostlivosti<sup>2</sup>.

Nerovnaký prístup k zdrojom vytvára v kombinácii s ďalšími sociálnymi faktormi nerovnaké zdravotné riziká a spôsobuje aj nerovnaký prístup k zdravotným informáciám, zdravotnej starostlivosti a k zdravotným službám pre ženy a mužov. Okrem toho majú ženy v dôsledku biologickej odlišnosti od mužov špecifické zdravotné problémy a potreby, najmä pokiaľ ide o sexuálne a reprodukčné zdravie. Je vedecky dokázané, že biologické rozdiely medzi mužmi a ženami sa neobmedzujú len na reprodukčné orgány. Napríklad ochorenie srdca je hlavnou príčinou úmrtia žien. Príznaky a symptómy srdcových infarktov sú u mužov a žien rozdielne a u žien je vyššia pravdepodobnosť úmrtia do jedného roka od prekonania infarktu.

Až nedávny výskum srdcových chorôb a príznakov u žien preukázal, že ženy trpia kardiovaskulárnymi chorobami srdca (KCHS) oveľa častejšie ako muži<sup>3</sup>, ale tieto choroby sa u nich vyskytujú v neskoršom veku, prejavujú sa odlišnými symptómami ako u mužov a mali by sa liečiť inými liekmi. Vo výskume a v praxi sa však stále dostatočne nezohľadňujú rozdiely medzi mužmi a ženami z hľadiska zdravia, ochorenia a liečby. Napriek tomu, že ženy tvoria viac ako polovicu obyvateľstva EÚ, sú v biomedicínskom výskume nedostatočne zastúpené.

Zo súčasného výskumu vyplýva, že v zdravotnom stave, zdravotných návykoch, prístupe k zdravotnej starostlivosti a liečbe existujú rozdiely medzi mužmi a ženami. Tvorcovia politik a medicínsky výskum musia preskúmať dôvody týchto nerovností a ponúknuť účinné riešenia. Napríklad biomedicínsky výskum naďalej vychádza z predpokladu, že ženy a muži sú si fyziologicky podobní vo všetkých ohľadoch okrem rozmnožovacej sústavy, a nezohľadňuje iné biologické, sociálne a rodové rozdiely, ktoré majú na zdravie značný vplyv.

Týka sa to napríklad bolesti. Ženy trpia bolesťami častejšie a intenzívnejšie ako muži a lieky proti bolesti majú na ženy menší účinok. V mnohých prípadoch sa u žien používajú preventívne a liečebné stratégie, ktoré boli testované iba na mužoch, a preto môžu mať malý alebo dokonca kontraproduktívny účinok.

Správa by mala obsahovať prípad endometriózy ako konkrétny príklad diskriminácie výskumu a liečby chorôb žien.

Pokiaľ ide o duševné zdravie, podľa WHO je miera výskytu akéhokoľvek druhu psychickej poruchy počas života vyššia než sa doteraz predpokladalo, neustále rastie a takéto poruchy

---

<sup>1</sup> Preambula Ústavy WHO.

<sup>2</sup> Nerovná, nespravodlivá, neúčinná a neefektívna rodová nerovnosť v oblasti zdravia: prečo existuje a ako to môžeme zmeniť, záverečná správa pre výbor WHO pre sociálne určujúce faktory zdravia zo septembra 2007.

<sup>3</sup> Kardiovaskulárne ochorenia sa tradične považujú za ochorenia mužov, ale pritom sú zabíjakom číslo jeden žien na celom svete. Sú tiež jednou z hlavných príčin vážnych chorôb a postihnutí, ktoré sú pre zdravotnícke systémy veľmi nákladné a ktoré ničia kvalitu života žien. V EÚ sú kardiovaskulárne ochorenia naďalej najčastejšou príčinou úmrtia žien v každom z 27 členských štátov. Informácie o tom, že kardiovaskulárne ochorenia sa u žien prejavujú inak ako u mužov, a upozornenia na riziká u žien sa do povedomia verejnosti začali dostávať až v uplynulých desaťročiach. Kardiovaskulárne ochorenia sú v EÚ dôvodom úmrtia 43 % žien a 36 % mužov. Pozri <http://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2013/02/Women-and-CVDfin.pdf>.

ovplyvňujú takmer polovicu obyvateľstva. Hoci sa celková miera výskytu psychických porúch u mužov a žien takmer nelíši, v súvislosti s prejavmi a typmi porúch existujú medzi pohlaviami výrazné rozdiely. Pohlavie je rozhodujúcim faktorom, ktorý ovplyvňuje rozdiely v moci a kontrole, ktorú majú ženy a muži nad sociálno-ekonomickými determinantami ich duševného zdravia a života, nad spoločenským postavením, pozíciou a zaobchádzaním v spoločnosti a určuje tiež ich náchylnosť na určité poruchy a vystavenie konkrétnym rizikám pre duševné zdravie. Rozdiely medzi ženami a mužmi sa prejavujú najmä v miere výskytu bežných mentálnych porúch, ako je depresia alebo úzkosť.

Verejné politiky v oblasti zdravotníctva niekedy teoreticky uznávajú, že rodové hľadisko je významným určujúcim faktorom zdravia počas celého života<sup>1</sup>. Potreby žien v oblasti zdravia však nie sú plne a dôsledne začlenené do európskych a vnútroštátnych politík v oblasti zdravia. Nedostatočne konzistentný a integrovaný prístup k právam žien a rodovým otázkam v zdravotnej politike treba naliehavo riešiť, pretože je rozhodujúci pre dosiahnutie vysokej úrovne ochrany ľudského zdravia pre všetkých, ktorú zaručujú zmluvy EÚ<sup>2</sup>. Politiky v oblasti zdravotníctva v súčasnosti v praxi zväčša nezohľadňujú rodové hľadisko. Na to, aby boli účinné, musia vo všetkých aspektoch zahŕňať osobitný ohľad na ženy a musia v plnom rozsahu využívať uplatňovanie hľadiska rodovej rovnosti.

### **Politika EÚ v oblasti zdravia: chýbajúce hľadisko rodovej rovnosti**

Zo zakladajúcich zmlúv vyplýva pre EÚ úloha zabezpečiť v rámci všetkých svojich politík ochranu ľudského zdravia a spolupracovať s členskými štátmi EÚ na zlepšovaní verejného zdravia, prevencii ochorení ľudí a na odstraňovaní zdrojov nebezpečenstva pre telesné a duševné zdravie. Cieľom stratégie Európa 2020 je vytvorenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho hospodárstva EÚ podporujúceho rast pre všetkých, čo nie je možné bez zdravého obyvateľstva.

Ťažiskom politiky EÚ v oblasti zdravia, ktorá sa vykonáva prostredníctvom stratégie v oblasti zdravia, je prevencia, rovnosť príležitostí, pokiaľ ide o dobré zdravie a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre všetkých (bez ohľadu na príjem, pohlavie, etnický pôvod atď.), riešenie závažných zdravotných hrozieb, ktoré sa týkajú viacerých krajín EÚ, udržanie zdravej populácie až do staroby a podpora dynamických zdravotníckych systémov a nových technológií.

Rada prijala univerzálnosť, prístup ku kvalitnej starostlivosti, rovnosť a solidaritu ako spoločné hodnoty a zásady, o ktoré sa opierajú zdravotnícke systémy členských štátov EÚ<sup>3</sup>. Koncept univerzálnosti vyžaduje, aby mala každá osoba prístup k zdravotnej starostlivosti. Solidarita súvisí s finančnou štruktúrou národných zdravotníckych systémov, ktorá má zabezpečiť univerzálny prístup. Rovnosť znamená rovnaký prístup podľa potreby, bez ohľadu na etnický pôvod, pohlavie, vek, sociálne postavenie alebo schopnosť zaplatiť.

---

<sup>1</sup> Rada Európskej únie, závery o ženách a zdraví, 2005; Závery o zdraví a migrácii v EÚ, 2007; Závery o začlenení Rómov, 2008; Uznesenie o zdraví a dobrých životných podmienkach mladých ľudí, 2008.

<sup>2</sup> Článok 168 ZFEÚ.

<sup>3</sup> Závery Rady o spoločných hodnotách a zásadách v zdravotníckych systémoch Európskej únie (2006) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=CELEX%3A52006XG0622%2801%29>.

Charta základných práv Európskej únie okrem toho zaručuje, že každý má právo na prístup k preventívnej zdravotnej starostlivosti a právo využívať lekársku starostlivosť za podmienok ustanovených vnútroštátnymi právnymi predpismi a praxou. Tieto zásady dopĺňa všeobecná povinnosť uplatňovať hľadisko rodovej rovnosti, ktorá je zakotvená v európskej zmluve a ktorá sa vzťahuje aj na prácu všetkých európskych a vnútroštátnych subjektov s rozhodovacími právomocami v oblasti zdravotnej politiky.

Systémy zdravotnej starostlivosti by sa mali zamerať na znižovanie nerovností v oblasti zdravia, medzi ktorými sa pohlavie považuje za jeden z určujúcich faktorov. Preto majú príslušné subjekty s rozhodovacou právomocou na európskej a vnútroštátnej úrovni právnou aj sociálnu zodpovednosť za to, aby plne integrovali skúsenosti a potreby žien pri vymedzovaní verejných politík v sektore zdravotníctva. Žiaľ, prehľad súčasného stavu ukazuje, že v súčasnosti to tak nie je.

Hlavnú zodpovednosť za zdravotnú politiku v EÚ nesú členské štáty. EÚ však má právomoci v oblasti podpory zdravia a prevencie chorôb a zohráva úlohu pri koordinácii a poskytovaní podpory členským štátom s cieľom dosiahnuť vysokú úroveň ochrany ľudského zdravia. Zdravie žien sa rieši ako politická otázka na úrovni EÚ v kontexte sociálnych a ekonomických určujúcich faktorov zdravia a osobitných vekových skupín. EÚ teoreticky uznáva, že popri veku, vzdelaní, ekonomickom a občianskom postavení je pohlavie významným určujúcim faktorom pre zdravie a zdravotnú starostlivosť. Generálne riaditeľstvo Európskej komisie pre verejné zdravie uverejnilo niekoľko správ obsahujúcich údaje o zdravotnom stave žien a prístupe žien k zdravotnej starostlivosti. V praxi však na tieto dokumenty nenadviazali žiadne konkrétne politické opatrenia ani programy na riešenie zdravotných potrieb žien a európske politiky v oblasti verejného zdravia vo všeobecnosti naďalej nezohľadňujú rodové hľadisko.

Napriek tomu, že zo zmluvy vyplýva povinnosť začleniť hľadisko rodovej rovnosti do všetkých činností EÚ (gender mainstreaming), je rodový aspekt len zriedka zahrnutý do strategických dokumentov Európskej komisie a ešte zriedkavejšie do jej činností a programov. Najmä v rámci výskumu v oblasti zdravia, ktorý financuje EÚ, sa problematike rodovej rovnosti a potrebám žien nevenuje dostatok zdrojov ani pozornosti.



## STANOVISKO VÝBORU PRE ROZVOJ

pre Výbor pre práva žien a rodovú rovnosť

o podpore rodovej rovnosti v oblasti duševného zdravia a klinického výskumu  
(2016/2096(INI))

Spravodajca: Florent Marcellesi

### NÁVRHY

Výbor pre rozvoj vyzýva Výbor pre práva žien a rodovú rovnosť, aby ako gestorský výbor zaradil do návrhu uznesenia, ktorý prijme, tieto návrhy:

1. zdôrazňuje, že dosiahnutie práva na zdravie pre všetkých má prednosť pred ochranou práv duševného vlastníctva a závisí o. i. od investícií do globálneho výskumu v oblasti zdravia vrátane zdravotníckych technológií a liekov na choroby súvisiace s chudobou a na zanedbávané choroby;
2. pripomína, že choroby súvisiace s chudobou a zanedbávané choroby postihujú viac ako jednu miliardu ľudí, vyžadujú si milióny ľudských životov ročne, pričom sú endemické najmä v rozvojových krajinách; konštatuje, že nástrojov na prevenciu, diagnostikovanie a liečbu chorôb súvisiacich s chudobou a zanedbávaných chorôb je stále nedostatok alebo nevyhovujú podmienkam, v ktorých žijú jednotlivci a komunity v rozvojových krajinách;
3. pripomína, že program EDCTP2 (druhý program partnerstva európskych a rozvojových krajín v oblasti klinického skúšania) by mal prispievať k znižovaniu sociálnej a ekonomickej záťaže vyplývajúcej z chorôb súvisiacich s chudobou v rozvojových krajinách, najmä v subsaharskej Afrike, a to – v spolupráci so subsaharskou Afrikou – urýchlením klinického vývoja účinných, bezpečných, prístupných, vhodných a cenovo dostupných lekárskeho zásahov v prípade chorôb súvisiacich s chudobou;
4. so znepokojením konštatuje, že pre výskum v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti v rozvojových krajinách je charakteristická diskriminácia na základe pohlavia a rodové rozdiely, čo má vplyv na rozvoj primeraných, cielených liečebných postupov; poukazuje predovšetkým na to, že pacienti v rozvojových krajinách nie sú primerane zastúpení vo farmakologickom výskume; konštatuje, že osobitné časti obyvateľstva vrátane detí a tehotných žien boli zanedbávané pri vývoji liekov na tuberkulózu; zdôrazňuje, že je potrebné zhromažďovať a uchovávať vzorky pre farmakogenetické štúdie v budúcich klinických skúšaní liekov na základe pohlavia; pripomína, že rozdielna biologická a

fyziológická konštitúcia žien si vyžaduje náležité informácie o účinnosti liekov na ich telá;

5. pripomína, že výskyt infekčných chorôb (napr. HIV a malárie) a nepriaznivý výsledok tehotenstva (napr. narodenie mŕtveho plodu) je najvyšší v krajinách s nízkymi a strednými príjmami; žiada, aby sa do klinického skúšania začlenili tehotné ženy, čo umožní znížiť chorobnosť a úmrtnosť matiek a dojčiat;
6. pripomína, že podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) sa ako „duševné poruchy“ označuje rad duševných porúch a porúch správania, ako napr. depresia, bipolárna emočná porucha, schizofrénia, úzkostné poruchy, demencia a autizmus, pričom „duševné zdravie“ sa chápe ako stav telesnej a duševnej pohody, v ktorom si jednotlivec uvedomuje svoje schopnosti, dokáže zvládnuť obvyklý životný stres, môže pracovať produktívne a úspešne a dokáže byť prínosom pre svoju spoločnosť; víta skutočnosť, že svetoví lídri po prvýkrát uznali podporovanie duševného zdravia a pohody a prevenciu a liečbu drogovu závislých osôb za priority v oblasti zdravia v rámci celosvetového rozvojového programu;
7. pripomína, že duševné zdravie vo veľkej miere závisí od pohlavia; zdôrazňuje, že v dôsledku rodových nerovností, rozdielov v príjmoch, väčšieho vystavenia žien chudobe a pracovnému preťaženiu, sociálno-ekonomickej diskriminácie, rodovo motivovaného násillia, ako aj porušovania ich sexuálnych a reprodukčných práv, podvýživy a hladu sú ženy ešte viac vystavené poruchám duševného zdravia vo forme depresie a úzkosti; vyzýva Komisiu, aby riešila základné príčiny toho, že sa do klinického skúšania nepodarilo začleniť ženy, a aby vyčlenila viac prostriedkov na výskum, prevenciu, liečbu a podporné služby pre ženy; v širšom zmysle zdôrazňuje, že treba podporiť ekonomické začlenenie všetkých osôb (cieľ trvalo udržateľného rozvoja č.10) – napríklad zlepšením regulácie a monitorovania finančných trhov a inštitúcií, a zlepšiť schopnosť poskytovateľov základnej zdravotnej starostlivosti rozpoznať a liečiť poruchy duševného zdravia žien, aby v oblasti zdravotnej starostlivosti už viac nedochádzalo k diskriminácii na základe pohlavia;
8. zdôrazňuje skutočnosť, že Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) neuvádza nijaký výrazný rozdiel medzi pohlaviami v prípade závažných duševných porúch ako schizofrénia a bipolárna porucha, zatiaľ čo v prípade depresie a úzkosti existujú veľké rodové rozdiely;
9. zdôrazňuje, že posilnenie postavenia žien a podpora rodovej rovnosti sú rozhodujúce pre zrýchlenie trvalo udržateľného rozvoja, a tým pre ukončenie všetkých foriem diskriminácie žien a dievčat, a to aj v oblasti duševného zdravia a klinického výskumu, pričom nejde len o základné ľudské právo, ale toto posilnenie a táto podpora majú multiplikačný účinok vo všetkých ostatných rozvojových oblastiach (cieľ trvalo udržateľného rozvoja č. 5);
10. vyzýva vlády rozvojových krajín, aby začlenili rodové hľadisko do politiky duševného zdravia a vypracovali politiky a programy, ktoré budú zamerané na osobitné potreby žien v oblasti liečby duševného zdravia, ako aj na spoločenské príčiny psychických problémov; so znepokojením konštatuje, že v najmenej rozvinutých krajinách je vylúčenie žien z biomedicínskeho výskumu často spôsobené nedostatkom informačných a osvetových kampaní, plnením materských a opatrovateľských úloh a nedostatkom slobody

rozhodovania v ich domácnostiach; vyjadruje pevné presvedčenie, že kľúčom k ďalšiemu zníženiu rodových rozdielov v oblasti duševného zdravia by bola lepšia rovnováha medzi rodovými úlohami a povinnosťami, istota príjmu, rovnaký prístup k vzdelávaniu, začlenenie do trhu práce, účinnejšie opatrenia na podporu rovnováhy medzi pracovným a súkromným životom, najmä pre slobodné matky, rozvoj záchranných sociálnych sietí a zníženie miery chudoby;

11. vyjadruje poľutovanie nad tým, že EÚ nezačlenila do svojej inovačnej stratégie zásady svojej globálnej politiky v oblasti zdravia; vyjadruje poľutovanie nad skutočnosťou, že žiadny z mechanizmov, ktoré zabezpečujú, aby výskum a vývoj v oblasti chorôb súvisiacich s chudobou a zanedbávaných chorôb financovaný Európskou úniou priniesol prístupné, cenovo dostupné a vhodné lieky určené pre najzraniteľnejšie a najohrozenejšie skupiny obyvateľstva, alebo aby boli údaje vyplývajúce z výskumu prístupné verejnosti, neobsahuje záväzné ustanovenia; zdôrazňuje potrebu posilnenia miestneho výskumu a vývoja upraveného podľa potrieb každej krajiny, a v širšom zmysle potrebu investovať do globálneho výskumu a vývoja v oblasti zdravia s cieľom posilniť vnútroštátne systémy zdravotnej starostlivosti a zabezpečiť všeobecnú zdravotnú starostlivosť, a to aj združovaním zdrojov; vyzýva EÚ, aby zvýšila výdavky EÚ na tieto účely;
12. konštatuje, že zatiaľ čo 26 chorôb súvisiacich s chudobou a zanedbávaných chorôb tvorí 14 % globálnej záťaže spôsobenej chorobami, len 1,4 % celosvetových výdavkov na výskum a vývoj v oblasti zdravia sa venovalo na tieto choroby<sup>1</sup>;
13. vyzýva EÚ, aby presadzovala účinné a spravodlivé financovanie výskumu, ktorý je v prospech zdravia všetkých a zabezpečuje, aby inovácie a intervencie viedli k cenovo dostupným a prístupným riešeniam; mali by sa preskúmať najmä modely, ktoré oddeľujú náklady na výskum a vývoj od cien liekov vrátane možností presunu technológií do rozvojových krajín;
14. poznamenáva, že za posledných 20 rokov došlo k značnému posunu v umiestnení priemyslom podporovaného klinického skúšania liekov, pričom tieto testy sa čoraz viac vykonávajú v krajinách s nízkymi a strednými príjmami, kde je ľahšie nájsť subjekty na testovanie a klinické skúšanie je menej nákladné a kde sú regulačné obmedzenia buď menej prísne, alebo sú menej aktívne monitorované;
15. so znepokojením konštatuje, že zvýšený offshoring skúšania liekov do Afriky a iných málo rozvinutých regiónov môže viesť k závažnému porušovaniu etických noriem a porušovaniu základných zásad EÚ, ako je právo na ochranu zdravia a zdravotnú starostlivosť; upozorňuje, že zraniteľné osoby – najmä ženy – bez prístupu k cenovo dostupnej zdravotnej starostlivosti alebo zdravotnému poisteniu, ako aj prístupu k cenovo dostupným liekom, nemajú inú možnosť, než sa zúčastniť na klinickom skúšaní, ak chcú dostať lekársku starostlivosť, pričom si pravdepodobne neuvedomujú s tým spojené riziká;
16. vyzýva nadnárodné farmaceutické spoločnosti, aby pri realizácii klinického skúšania v krajinách s nízkymi a strednými príjmami splnili svoju povinnosť a rešpektovali ľudské práva zakotvené v hlavných zásadách Organizácie Spojených národov v oblasti

---

<sup>1</sup> Výdavky na výskum a vývoj v oblasti chorôb súvisiacich s chudobou a zanedbávaných chorôb: analýza hospodárskych a epidemiologických údajov. The Lancet, 2013.

podnikania a ľudských práv; domnieva sa, že by mali zaistiť riadnu ochranu bezpečnosti a práv účastníkov a súlad svojich postupov s najprísnejšími etickými normami a medzinárodnými usmerneniami, ako sú stanovené v Helsinskej deklarácii Svetovej asociácie lekárov, ako aj s usmerneniami Rady medzinárodných organizácií lekárskeho vied a Medzinárodnej zdravotníckej organizácie (WHO) o správnej klinickej praxi;

17. naliehavo vyzýva regulačné orgány EÚ, aby sa skôr, než lieky dostanú povolenie na uvedenie na trh, ubezpečili, že sa dodržiavajú rovnaké normy týkajúce sa klinického skúšania v rámci ich jurisdikcie aj mimo nej;

18. vyzýva rozvojové krajiny, aby vytvorili pevný legislatívny rámec s funkčným nezávislým kontrolným systémom, ktorý bude v súlade s usmerneniami Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) pre správnu klinickú prax pre skúšanie farmaceutických výrobkov a s Helsinskou deklaráciou Svetovej asociácie lekárov (WMA);

## VÝSLEDOK ZÁVEREČNÉHO HLASOVANIA VO VÝBORE POŽIADANOM O STANOVISKO

<b>Dátum prijatia</b>	8.11.2016
<b>Výsledok záverečného hlasovania vo výbore</b>	+: 20 -: 1 0: 3
<b>Poslanci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Louis Aliot, Nicolas Bay, Beatriz Becerra Basterrechea, Ignazio Corrao, Raymond Finch, Enrique Guerrero Salom, Maria Heubuch, György Hölvényi, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Arne Lietz, Linda McAvan, Norbert Neuser, Cristian Dan Preda, Elly Schlein, Eleni Theocharous, Paavo Väyrynen, Bogdan Brunon Wenta, Anna Záborská
<b>Náhradníci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Marina Albiol Guzmán, Agustín Díaz de Mera García Consuegra, Bernd Lucke, Judith Sargentini, Patrizia Toia
<b>Náhradníčka (čl. 200 ods. 2) prítomná na záverečnom hlasovaní</b>	Maria Grapini

## VÝSLEDOK ZÁVEREČNÉHO HLASOVANIA V GESTORSKOM VÝBORE

<b>Dátum prijatia</b>	29.11.2016
<b>Výsledok záverečného hlasovania vo výbore</b>	19 –: 11 0: 0
<b>Poslanci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Daniela Aiuto, Beatriz Becerra Basterrechea, Malin Björk, Vilija Blinkevičiūtė, Iratxe García Pérez, Anna Hedh, Mary Honeyball, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Elisabeth Köstinger, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Florent Marcellesi, Angelika Mlinar, Angelika Niebler, Maria Noichl, Marijana Petir, João Pimenta Lopes, Michaela Šojdrová, Ernest Urtasun, Elissavet Vozemberg-Vrionidi, Jadwiga Wiśniewska, Jana Žitňanská
<b>Náhradníci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Biljana Borzan, Stefan Eck, Rosa Estaràs Ferragut, Clare Moody, Sirpa Pietikäinen, Marc Tarabella, Monika Vana, Julie Ward, Anna Záborská

## ZÁVEREČNÉ HLASOVANIE PODĽA MIEN V GESTORSKOM VÝBORE

19	+
ALDE	Beatriz Becerra Basterrechea, Angelika Mlinar
EFDD	Daniela Aiuto
GUE/NGL	Malin Björk, Stefan Eck, João Pimenta Lopes
PPE	Sirpa Pietikäinen
S&D	Vilija Blinkevičiūtė, Biljana Borzan, Iratxe García Pérez, Anna Hedh, Mary Honeyball, Clare Moody, Maria Noichl, Marc Tarabella, Julie Ward
VERTS/ALE	Florent Marcellesi, Ernest Urtasun, Monika Vana

11	-
ECR	Jadwiga Wiśniewska, Jana Žitňanská
PPE	Rosa Estaràs Ferragut, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Elisabeth Köstinger, Angelika Niebler, Marijana Petir, Michaela Šojdrová, Elissavet Vozemberg-Vrionidi, Anna Záborská

0	0
---	---

Vysvetlivky k symbolom:

- : hlasovali za
- : proti
- 0 : zdržali sa