



EURÓPSKY PARLAMENT

2009 - 2014

---

*Dokument na schôdzu*

---

**A7-0032/2011**

8.2.2011

# SPRÁVA

o zmiernovaní nerovností v oblasti zdravia v EÚ  
(2010/2089(INI))

Výbor pre životné prostredie, verejné zdravie a bezpečnosť potravín

Spravodajkyňa: Edite Estrela

## OBSAH

	<b>strana</b>
NÁVRH UZNESENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU .....	3
DÔVODOVÁ SPRÁVA.....	17
STANOVISKO VÝBORU PRE VNÚTORNÝ TRH A OCHRANU SPOTREBITEĽA.....	20
STANOVISKO VÝBORU PRE PRÁVA ŽIEN A RODOVÚ ROVNOSŤ .....	26
VÝSLEDOK ZÁVEREČNÉHO HLASOVANIA VO VÝBORE .....	31

## NÁVRH UZNESENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU

### o zmiernovaní nerovností v oblasti zdravia v EÚ (2010/2089(INI))

*Európsky parlament,*

- so zreteľom na články 168 a 184 Zmluvy o fungovaní Európskej únie,
- so zreteľom na článok 2 Zmluvy o Európskej únii,
- so zreteľom na článok 35 Charty základných práv Európskej únie,
- so zreteľom na článok 23 Charty základných práv Európskej únie, ktorý sa zaoberá rovnosťou medzi ženami a mužmi vo všetkých oblastiach,
- so zreteľom na oznámenie Komisie s názvom Solidarita v oblasti zdravia: zmiernovanie nerovností v oblasti zdravia v EÚ (KOM(2009)0567),
- so zreteľom na rozhodnutie Rady ES č. 1350/2007 z 23. októbra 2007, ktorým sa ustanovuje druhý akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013)<sup>1</sup>,
- so zreteľom na rozhodnutie Rady 2010/48/ES z 26. novembra 2009 o uzatvorení Dohovoru Organizácie Spojených národov o právach osôb so zdravotným postihnutím Európskym spoločenstvom<sup>2</sup>,
- so zreteľom na stanovisko Výboru pre sociálnu ochranu s názvom Solidarita v oblasti zdravia: zmiernovanie nerovností v oblasti zdravia v EÚ,
- so zreteľom na závery Rady z 8. júna 2010 s názvom Rovnosť a zdravie vo všetkých politikách: Solidarita v zdraví,
- so zreteľom na správu o druhom spoločnom posúdení sociálneho vplyvu hospodárskej krízy a súvisiacich politických opatrení, ktoré vykonal Výbor pre sociálnu ochranu a Komisia,
- so zreteľom na závery Rady o spoločných hodnotách a zásadách v zdravotníckych systémoch Európskej únie (2006/C 146/01),
- so zreteľom na uznesenie Rady z 20. novembra 2008 o zdraví a pohode mladých ľudí,
- so zreteľom na konečnú správu Komisie o sociálnych faktoroch ovplyvňujúcich zdravie (WHO, 2008),
- so zreteľom na stanovisko Výboru regiónov k téme Solidarita v oblasti zdravia: zmiernovanie nerovností v oblasti zdravia v EÚ,

---

<sup>1</sup> Ú. v. EÚ L 301, 20.11.2007, s. 3.

<sup>2</sup> Ú. v. EÚ L 23, 27.1.2010, s. 35.

- so zreteľom na svoje uznesenie z 1. februára 2007 o podpore zdravého stravovania a telesnej aktivity: európsky rozmer prevencie nadváhy, obezity a chronických ochorení<sup>1</sup>, ako aj na svoje uznesenie z 25. septembra 2008 o Bielej knihe o stratégii riešenia zdravotných problémov súvisiacich s výživou, nadváhou a obezitou v Európe<sup>2</sup>,
  - so zreteľom na svoje uznesenie z 9. októbra 2008 o bielej knihe s názvom Spoločne za zdravie: strategický prístup EÚ na obdobie 2008 – 2013<sup>3</sup>,
  - so zreteľom na článok 48 rokovacieho poriadku,
  - so zreteľom na správu Výboru pre životné prostredie, verejné zdravie a bezpečnosť potravín a stanoviská Výboru pre vnútorný trh a ochranu spotrebiteľa a Výboru pre práva žien a rodovú rovnosť (A7-0032/2011),
- A. keďže univerzálnosť, prístup k vysoko kvalitnej starostlivosti, spravodlivosť a solidarita sú spoločné hodnoty a zásady, o ktoré sa opierajú zdravotnícke systémy v členských štátoch EÚ,
- B. keďže napriek tomu, že ľudia žijú v priemere dlhší a zdravší život než predchádzajúce generácie, EÚ stojí pred vážnym problémom, ktorým sú v kontexte starnutia obyvateľstva výrazné rozdiely v oblasti telesného a duševného zdravia, ktoré existujú medzi členskými štátmi a v rámci nich a ktoré sa neustále prehlbujú,
- C. keďže rozdiely v predpokladanej dĺžke života pri narodení medzi najnižšími a najvyššími spoločensko-ekonomickými skupinami dosahujú 10 rokov u mužov a 6 rokov u žien,
- D. keďže rodový rozmer očakávanej dĺžky života je takisto významnou otázkou, ktorou sa treba zaoberať v súvislosti s nerovnosťami v oblasti zdravia,
- E. keďže na zdravie má okrem genetických činiteľov vplyv predovšetkým životný štýl ľudí, ich prístup k službám zdravotnej starostlivosti vrátane zdravotníckych informácií a zdravotnej výchovy, k prevencii chorôb a liečbe krátkodobých i dlhodobých ochorení; keďže slabšie sociálno-ekonomické skupiny majú vo väčšej miere sklony k zlej výžive a ľahšie podľahnú závislosti od tabaku a alkoholu, čo sú všetko významné činitele, ktoré prispievajú k mnohým chorobám a ochoreniam vrátane kardiovaskulárnych ochorení a rakoviny,
- F. keďže vo všetkých členských štátoch sa zistili nerovnosti v oblasti zdravia medzi skupinami obyvateľstva s nižším a vyšším vzdelaním, pracovným zaradením a príjmom,
- G. keďže existujú dôkazy o rodovom rozmere miery podvýživy, podľa ktorých trpia ženy podvýživou viac, a táto nerovnosť je ešte výraznejšia u nižších sociálno-ekonomických vrstiev,
- H. keďže rodové a vekové nerovnosti v biomedicínskom výskume a nedostatočné zastúpenie žien pri klinických skúškach oslabujú účinnosť starostlivosti o pacienta,

<sup>1</sup> Prijaté texty, P6\_TA(2007)0019.

<sup>2</sup> Prijaté texty, P6\_TA(2008)0461.

<sup>3</sup> Ú. v. EÚ C 9 E, 15.1.2010, s. 56.

- I. keďže porovnávacie meranie nerovností v oblasti zdravia je prvým základným krokom k účinným opatreniam,
- J. keďže úmrtnosť je zvyčajne vyššia u skupín obyvateľstva s nízkym vzdelaním, pracovným zaradením a príjmom a keďže významné nerovnosti možnosť badať aj vo výskyte väčšiny špecifických foriem zdravotného postihnutia a väčšiny špecifických chronických neprenosných chorôb, ochorení ústnej dutiny a foriem duševných chorôb,
- K. keďže prudko stúpa užívanie tabaku medzi ženami, najmä mladými ženami, čo má ničivé následky pre ich budúce zdravie; a keďže v prípade žien dosah fajčenia ďalej zhoršujú početné znevýhodnenia,
- L. keďže Komisia konštatovala, že úroveň sociálneho postavenia ovplyvňuje zdravotný stav vo všetkých členských štátoch Európskej únie (oznámenie Komisie z 20. októbra 2010 s názvom Solidarita v oblasti zdravia: zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v EÚ); keďže Svetová zdravotnícka organizácia vymedzuje túto úroveň sociálneho postavenia ako súvislosť medzi sociálno-ekonomickými nerovnosťami a nerovnosťami v oblasti zdravotníctva a prístupu k zdravotnej starostlivosti,
- M. keďže mnoho projektov a štúdií potvrdilo, že predovšetkým vznik nadváhy a obezity charakterizujú skoré rozdiely súvisiace so sociálno-ekonomickým prostredím, a že najväčší podiel prípadov nadváhy a obezity je zaznamenaný u nižších sociálno-ekonomických skupín; keďže táto situácia by mohla viesť k ešte väčším zdravotným a sociálno-ekonomickým rozdielom spôsobeným rizikom chorôb spojených s obezitou,
- N. keďže napriek sociálno-ekonomickému a environmentálnemu pokroku, ktorý dlhodobo viedol k celkovému zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva, majú rozličné činitele, ako sú hygienické podmienky, podmienky bývania a pracovné podmienky, podvýživa, vzdelanie, príjem, konzumácia alkoholu alebo užívanie tabaku naďalej priamy vplyv na nerovnosti v oblasti zdravia,
- O. keďže sa očakáva, že zmena klímy bude mať sériu potenciálnych vplyvov na zdravie vzhľadom na častejší výskyt extrémneho počasia, napríklad horúčav či záplav, na zmeny charakteru infekčných chorôb a na vyššiu mieru vystavenia ultrafialovému žiareniu; keďže nie všetky krajiny EÚ sú rovnako pripravené riešiť tieto problémy,
- P. keďže nerovnosti v oblasti zdravia sú spôsobené nielen rôznymi hospodárskymi činiteľmi, environmentálnymi činiteľmi a spôsobom života, ale aj problémami v oblasti prístupu k zdravotnej starostlivosti,
- Q. keďže nerovnosti v oblasti zdravia sú spojené aj s problémami v oblasti prístupu k zdravotnej starostlivosti, a to tak z ekonomických dôvodov (nejde ani tak o intenzívnu starostlivosť, ktorú členské štáty riadne poskytujú, ale skôr o bežnú starostlivosť, ako je zubná a očná starostlivosť), ako aj z dôvodu zlého rozdeľovania zdravotníckych zdrojov v niektorých oblastiach EÚ,
- R. keďže nedostatok zdravotníckych odborníkov v niektorých častiach EÚ a skutočnosť, že sa môžu ľahko presťahovať do iných častí EÚ, sú skutočným problémom a keďže táto situácia spôsobuje zásadné nerovnosti z hľadiska prístupu k zdravotnej starostlivosti

a bezpečnosti pacientov,

- S. keďže ľudia žijúci v odľahlých a ostrovných oblastiach majú naďalej obmedzený prístup k rýchlej a vysoko kvalitnej zdravotnej starostlivosti,
- T. keďže pacienti trpiaci chronickými ochoreniami alebo stavmi tvoria osobitnú skupinu, ktorá trpí nerovnosťami v prístupe k diagnostike a starostlivosti, sociálnym a iným podporným službám a znevýhodnením vrátane finančných problémov, ťažkostí v prístupe k zamestnaniu, spoločenskej diskriminácie a stigmatizácie,
- U. keďže násilie voči ženám je rozšíreným javom vo všetkých krajinách a vo všetkých sociálnych vrstvách a dramaticky vplýva na telesné, ako aj na emočné zdravie žien a detí,
- V. keďže neplodnosť je zdravotným stavom, ktorý uznáva Svetová zdravotnícka organizácia a ktorý má osobitný vplyv na zdravie žien, a keďže celoštátny prieskum informovanosti v rámci Spojeného kráľovstva preukázal, že viac ako 94 % žien trpiacich neplodnosťou trpí zároveň aj nejakou formou depresie,
- W. keďže v oblasti prístupu k liečbe neplodnosti existujú medzi členskými štátmi veľké rozdiely,
- X. keďže podľa štatistického úradu EÚ Eurostat dosiahla v septembri 2010 miera nezamestnanosti v EÚ-27 úroveň 9,6 % a keďže Výbor pre sociálnu ochranu Rady Európskej únie vo svojom stanovisku z 20. mája 2010 vyjadril znepokojenie nad tým, že súčasná hospodárska a finančná kríza by mohla mať negatívny vplyv na prístup ľudí k zdravotnej starostlivosti a na rozpočet členských štátov vyčlenený na zdravotníctvo,
- Y. keďže súčasná hospodárska a finančná kríza môže mať v niektorých členských štátoch EÚ vážny vplyv na sektor zdravotníctva tak na strane ponuky, ako aj dopytu,
- Z. keďže obmedzenia spôsobené súčasnou hospodárskou a finančnou krízou spolu s dôsledkami nadchádzajúcich demografických problémov, ktoré bude musieť Únia riešiť, by mohli vážne narušiť finančnú a organizačnú udržateľnosť zdravotníckych systémov členských štátov, a tým obmedziť rovnaký prístup k starostlivosti na ich území,
- AA. keďže kombinácia chudoby s inými formami zraniteľnosti, ako sú detstvo či staroba, zdravotné postihnutie alebo príslušnosť k menšine, ešte viac zvyšuje riziká nerovností v oblasti zdravia a keďže naopak, zlý zdravotný stav môže viesť k chudobe a/alebo sociálnemu vylúčeniu,
- AB. keďže prvé roky života majú celoživotný vplyv na mnohé aspekty zdravia a pohody – od obezity, ochorenia srdca a duševného zdravia po vzdelanie, pracovné úspechy, hospodársky štatút a kvalitu života,
- AC. keďže nerovnosti v oblasti zdravia majú pre EÚ a pre členské štáty významné hospodárske dôsledky; keďže sa odhaduje, že straty spojené s nerovnosťami v oblasti zdravia predstavujú približne 1,4 % HDP,
- AD. keďže v mnohých krajinách EÚ nie je zaručený spravodlivý prístup nevidovaných

migrantov k zdravotnej starostlivosti, či už v praxi alebo z právneho hľadiska,

- AE. keďže v členských štátoch sa stále objavujú prípady, keď príslušníci rôznych sociálnych skupín (napríklad ľudia so zdravotným postihnutím) čelia prekážkam v rovnocennom prijímaní do zdravotníckych zariadení, čo obmedzuje ich prístup k zdravotníckym službám,
- AF. keďže v súvislosti so starnutím obyvateľstva členské štáty čelia problémom závislosti a narastajúcich potrieb v oblasti geriatrickej starostlivosti a liečby; keďže je preto potrebné zmeniť prístup k organizovaniu zdravotnej starostlivosti; a keďže možno konštatovať prehlbenie nerovností v oblasti prístupu k zdravotnej starostlivosti v prípade starších osôb,
1. víta kľúčové návrhy Komisie, ktoré predložila vo svojom oznámení s názvom Solidarita v oblasti zdravia: zmiernenie nerovností v oblasti zdravia v EÚ: 1) zaradiť spravodlivejšiu distribúciu zdravia medzi naše celkové ciele v oblasti sociálneho a hospodárskeho rozvoja, 2) zdokonaľovať databázy údajov a vedomostí (vrátane merania, monitorovania, hodnotenia a podávania správ), 3) angažovať do znižovania rozdielov v oblasti zdravia celú spoločnosť, 4) napĺňanie potrieb zraniteľných skupín a 5) zabezpečovať, aby politiky EÚ prispievali k zmierneniu uvedených rozdielov;
  2. zdôrazňuje, že je dôležité, aby služby zdravotnej starostlivosti boli poskytované spôsobom, ktorý je v súlade so základnými právami; poukazuje na potrebu zachovať a zlepšiť všeobecný prístup k systémom zdravotnej starostlivosti a k cenovo dostupnej zdravotnej starostlivosti;
  3. poukazuje na význam zlepšovania prístupu k prevencii ochorení, podpore zdravia a základným i špecializovaným službám zdravotnej starostlivosti a zmiernenia nerovností medzi rôznymi sociálnymi skupinami a zdôrazňuje skutočnosť, že tieto ciele by sa mohli dosiahnuť optimalizáciou verejných výdavkov na preventívnu a liečebnú zdravotnú starostlivosť a na ciele programy zamerané na zraniteľné skupiny obyvateľstva;
  4. vyzýva Komisiu a členské štáty, aby vyvinuli úsilie na vyriešenie sociálno-ekonomických nerovností, čo by v konečnom dôsledku umožnilo znížiť niektoré nerovnosti v oblasti zdravotnej starostlivosti; ďalej na základe všeobecných hodnôt ľudskej dôstojnosti, slobody, rovnosti a solidarity vyzýva Komisiu a členské štáty, aby sa zamerali na potreby zraniteľných skupín vrátane znevýhodnených skupín migrantov a ľudí z etnických menšín, detí a dospelujúcej mládeže a osôb so zdravotným postihnutím s osobitným zameraním na duševné choroby, pacientov s diagnózou chronickej choroby alebo stavu, starších ľudí, ľudí žijúcich v chudobe a ľudí trpiacich alkoholizmom a drogovou závislosťou;
  5. vyzýva členské štáty, aby zaistili, aby najzraniteľnejšie skupiny vrátane nevidovaných migrantov mali nárok na spravodlivý prístup k zdravotnej starostlivosti a aby im tento prístup zabezpečili; vyzýva členské štáty, aby posúdili uskutočniteľnosť podpory zdravotnej starostlivosti pre nelegálnych migrantov tým, že vymedzia zdravotnú starostlivosť na základe spoločných zásad pre základné prvky zdravotnej starostlivosti v zmysle svojich vnútroštátnych právnych predpisov;

6. vyzýva členské štáty, aby zohľadnili konkrétne potreby príst'ahovalkýň v oblasti ochrany zdravia s osobitným zreteľom na zaručené poskytovanie príslušných jazykových sprostredkovateľských služieb zo strany zdravotníckych systémov; tieto systémy by mali vytvoriť iniciatívy v oblasti odbornej prípravy, ktoré by lekárom a ďalším kvalifikovaným pracovníkom umožnili zaujať medzikultúrny prístup založený na uznávaní a rešpektovaní rozmanitosti a citlivosti ľudí z rôznych geografických regiónov; prioritu musia mať aj opatrenia a informačné kampane zamerané na boj proti mrzačeniu ženských pohlavných orgánov vrátane prísnych trestov pre osoby, ktoré takéto mrzačenie vykonávajú;
7. vyzýva EÚ a členské štáty, aby urýchlene našli spôsoby boja proti diskriminácii na základe etnického pôvodu, najmä v niektorých členských štátoch, v ktorých sa neuplatňuje smernica Rady 2000/43/ES a v ktorých ženy z etnických menšín nemajú žiadnu alebo majú len obmedzenú sociálnu ochranu alebo prístup k zdravotným službám;
8. vyzýva členské štáty, aby v súčinnosti s organizáciami občianskej spoločnosti presadzovali prístup k právnemu poradenstvu a k právnym informáciám vysokej kvality s cieľom pomáhať bežnej verejnosti vrátane príst'ahovalcov bez platných dokladov dozvedieť sa viac o ich individuálnych právach;
9. zdôrazňuje, že hospodárska a finančná kríza a úsporné opatrenia, ktoré prijali členské štáty, môžu najmä na strane ponuky viesť k zníženiu úrovne financovania verejného zdravia a podpory zdravia, prevencie ochorení a služieb dlhodobej starostlivosti v dôsledku znižovania rozpočtových prostriedkov a nižších daňových príjmov, zatiaľ čo dopyt po službách zdravotnej a dlhodobej starostlivosti sa môže zvýšiť v dôsledku kombinácie faktorov prispievajúcich k všeobecnému zhoršeniu zdravotného stavu obyvateľstva;
10. zdôrazňuje, že nerovnosti v oblasti zdravia v EÚ sú pre členské štáty a ich systémy zdravotnej starostlivosti značným bremenom a že účinné fungovanie vnútorného trhu, ako aj dôrazné a podľa možnosti koordinované verejné politiky prevencie môžu prispieť k zlepšeniu v tejto oblasti;
11. zdôrazňuje, že boj proti sociálno-ekonomickým faktorom, ako sú obezita, fajčenie atď., dostupnosť systémov zdravotnej starostlivosti (ohrozená nepreplácaním nákladov na zdravotnú starostlivosť a lieky, nedostatočnou prevenciou a roztrieštenosťou lekárskej demografie) a účinná diagnostika by sa mali považovať za kľúčové aspekty opatrení zameraných proti nerovnosti v oblasti zdravia a že okrem toho by sa dostupnosť a cenová prístupnosť farmaceutickej liečby mala vnímať ako dôležitý prvok zdravia jednotlivých ľudí; vyzýva preto členské štáty, aby zabezpečili riadne vykonanie smernice o transparentnosti (89/105/EHS) a náležité zohľadnenie záverov obsiahnutých v oznámení Komisie z roku 2008 o vyšetovaní vo farmaceutickom odvetví;
12. zdôrazňuje, že zdravotná starostlivosť nie je verejným tovarom ani službou a nemala by sa za ne ani považovať;
13. vyzýva Radu a členské štáty, aby vyhodnotili a zaviedli nové opatrenia na zlepšenie efektívnosti svojich výdavkov na zdravotníctvo, najmä investíciami do preventívnej zdravotnej starostlivosti tak, aby sa znížili budúce dlhodobé náklady a sociálna záťaž, a aby reštrukturalizovali systémy zdravotnej starostlivosti tak, aby zabezpečovali rovnaký



prístup k vysoko kvalitej zdravotnej starostlivosti (najmä základnej zdravotnej starostlivosti) bez diskriminácie v celej EÚ, a vyzýva Komisiu, aby preštudovala použitie existujúcich európskych fondov s cieľom ďalej podporovať investície do infraštruktúry v zdravotníctve, výskumu a vzdelávania a aby presadzovala a posilnila prevenciu chorôb;

14. vyzýva Komisiu a členské štáty, aby zabezpečili začlenenie rovnakého prístupu k zdravotnej starostlivosti a možnostiam liečby starších pacientov do svojich politík a programov a aby v roku 2012, ktorý je Európskym rokom aktívneho starnutia a medzigeneračnej solidarity, stanovili za prioritu náležitý prístup starších ľudí k zdravotnej starostlivosti a liečbe; vyzýva členské štáty, aby podporovali iniciatívy zamerané na riešenie spoločenskej izolácie starších pacientov, keďže to má významný dosah na dlhodobé zdravie pacientov; zdôrazňuje, že je potrebné, aby Európska únia i jej členské štáty predvídali pomocou vhodnej dlhodobej stratégie sociálny a hospodársky dosah starnutia európskej populácie, aby sa zabezpečila finančná a organizačná trvalá udržateľnosť systémov zdravotnej starostlivosti, ako aj rovnaké a nepretržité poskytovanie starostlivosti pacientom;
15. vyzýva členské štáty, aby zlepšili svoju schopnosť podrobne monitorovať dôsledky krízy na zdravie a jej sociálny dosah, a to na vnútroštátnej, regionálnej i miestnej úrovni;
16. vyzýva Komisiu, aby podporila výmenu skúseností v oblasti zdravotnej výchovy, propagácie zdravého životného štýlu, prevencie, včasnej diagnostiky a správnej liečby, najmä pokiaľ ide o alkoholizmus, fajčenie, výživu, obezitu a drogy; vyzýva členské štáty, aby propagovali telesnú aktivitu, správnu výživu a programy „Zdravé školy“ zamerané na deti, najmä vo viac znevýhodnených oblastiach, a aby zlepšili úrovne osobnej, sociálnej a zdravotnej výchovy s cieľom propagovať zdravšie správanie a nabádať k pozitívnemu životnému štýlu;
17. nabáda všetky členské štáty k tomu, aby investovali do infraštruktúry v sociálnej oblasti a v oblasti vzdelávania, životného prostredia a zdravotníctva v súlade so zásadou „zdravie vo všetkých politikách“ a aby zároveň koordinovali opatrenia týkajúce sa kvalifikácie, odborného vzdelávania a mobility zdravotníckych pracovníkov a zabezpečili tak kapacitu a udržateľnosť zdravotníckej infraštruktúry a pracovnej sily na úrovni EÚ a na vnútroštátnej úrovni;
18. zdôrazňuje, že nerovnosti v oblasti zdravia v Únii sa neprekonajú bez spoločnej a celkovej stratégie pre európsku pracovnú silu v zdravotníctve vrátane koordinovaných politík riadenia zdrojov, vzdelávania a odbornej prípravy, minimálnych noriem kvality a bezpečnosti a registrácie odborného personálu;
19. vyzýva členské štáty, aby zabezpečili dostupnosť informácií o zdraví, zdravom životnom štýle, starostlivosti o zdravie, možnostiach prevencie, včasnom diagnostikovaní chorôb a o ich vhodnej liečbe formou a v jazyku, ktoré sú zrozumiteľné pre všetkých, a využitím nových informačných a komunikačných technológií, najmä v oblasti elektronického zdravotníctva;
20. vyzýva členské štáty, aby podporovali zavádzanie technológií telemedicíny, ktoré môžu významne znížiť geografické rozdiely v dostupnosti niektorých druhov zdravotnej starostlivosti, najmä špecializovanej starostlivosti, predovšetkým v prihraničných

regiónoch;

21. vyzýva členské štáty, aby podporovali verejné politiky zamerané na zabezpečenie zdravých životných podmienok pre všetky dojčatá, deti a dospelujúcu mládež vrátane prekonceptnej starostlivosti, starostlivosti o matky a opatrení na podporu rodičov a najmä tehotných a dojčiacich žien, s cieľom zabezpečiť všetkým novorodencov zdravý štart do života a vyhnúť sa ďalším nerovnostiam v oblasti zdravia, čím by uznali význam investovania do rozvoja dieťaťa v ranom veku a do celoživotných prístupov;
22. vyzýva členské štáty, aby v súlade so svojimi vnútroštátnymi právnymi predpismi zabezpečili, aby všetky tehotné ženy a deti bez ohľadu na svoje postavenie mali právo na sociálnu ochranu a aby sa im tejto ochrany skutočne dostávalo;
23. pripomína záväzok EÚ podľa Dohovoru Organizácie Spojených národov o právach osôb so zdravotným postihnutím zabezpečiť právo osôb so zdravotným postihnutím na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň zdravia bez akejkoľvek diskriminácie na základe zdravotného postihnutia; trvá na tom, že kľúčovým krokom k splneniu tohto záväzku je začlenenie zdravotného postihnutia do všetkých príslušných ukazovateľov merania zdravia;
24. vyzýva EÚ a členské štáty, aby začlenili zdravotný stav žien a otázku starnutia (starších žien) ako faktory pri uplatňovaní hľadiska rodovej rovnosti a aby využívali zostavovanie rozpočtu zohľadňujúce otázky rodovej rovnosti vo svojich politikách, programoch a výskume v oblasti zdravia, a to od ich prípravy a vypracovania až po posúdenie vplyvu; žiada, aby rámcové výskumné programy financované EÚ, ako aj verejné agentúry na financovanie výskumu začlenili posúdenie rodového vplyvu do svojich politik, aby umožnili zhromažďovanie a analýzu údajov rozčlenených podľa pohlavia a veku na určovanie hlavných rozdielov medzi ženami a mužmi z hľadiska zdravia v záujme podpory zmeny politiky a aby zaviedli a vyhodnotili epidemiologické nástroje na analýzu príčin existencie rozdielov medzi očakávanou dĺžkou života mužov a žien;
25. domnieva sa, že EÚ a členské štáty by mali ženám zaručiť ľahký prístup k metódam antikoncepcie, ako aj právo na bezpečný potrat;
26. vyzýva Komisiu, aby členským štátom poskytla príklady osvedčených a najlepších postupov s cieľom podnietiť jednotnejší prístup k liečbe neplodnosti;
27. naliehavo žiada EÚ a členské štáty, aby sa zamerali na ľudské práva žien, najmä pokiaľ ide o zamedzenie nútenej sterilizácii žien a mrzačeniu ženských pohlavných orgánov, ich zákaz a trestné stíhanie páchatel'ov;
28. vyzýva EÚ a členské štáty, aby všetky formy násillia páchaného mužmi na ženách uznali za problém verejného zdravia;
29. vyzýva EÚ a členské štáty, aby prijali nevyhnutné opatrenia, pokiaľ ide o prístup k metódam asistovanej reprodukcie, na odstránenie diskriminácie žien na základe ich rodinného stavu, veku, sexuálnej orientácie alebo etnického či kultúrneho pôvodu;
30. vyzýva členské štáty, aby podobne ako Svetová zdravotnícka organizácia uznali obezitu

za chronické ochorenie a zabezpečili tak prístup k programom na prevenciu obezity a aby osobám trpiacim obezitou, ktoré potrebujú lekársku starostlivosť, zaručili prístup k liečbe v prípade preukázaného pozitívneho lekárskeho nálezu, a to aj s cieľom predchádzať ďalším chorobám;

31. vyzýva EÚ a členské štáty, aby v rámci kontroly tabaku uplatňovali rodové hľadisko, ako sa odporúča v Rámcovom dohovore WHO o kontrole tabaku, a aby zaviedli kampane proti fajčeniu zamerané na mladé dievčatá a ženy;
32. vyzýva členské štáty, aby podnecovali a podporovali lekárske a farmaceutický výskum chorôb, ktoré postihujú predovšetkým ženy, a to vo všetkých fázach ich života, nielen počas ich reprodukčného obdobia;
33. vyzýva členské štáty, aby vyriešili problémy týkajúce sa nerovnosti v prístupe k zdravotnej starostlivosti, napríklad v oblasti zubného a očného lekárstva, ktoré vplyvajú na každodenný život ľudí;
34. navrhuje, aby EÚ a členské štáty zaviedli súdržné politiky a podporné opatrenia zamerané na ženy, ktoré nepracujú alebo sú zamestnané v odvetviach, v ktorých sa na ne nevzťahuje individuálne zdravotné poistenie, a aby hľadali spôsoby, ako tieto ženy poistiť;
35. naliehavo vyzýva Komisiu, aby v rámci spolupráce s príslušnými orgánmi členských štátov podporovala osvedčené postupy pri stanovovaní cien liekov a ich preplácaní vrátane funkčných modelov na diferenciaciu cien farmaceutických výrobkov s cieľom optimalizovať cenovú dostupnosť liekov a znížiť nerovnosti v prístupe k nim;
36. pripomína, že prijatie európskeho patentu s primeranými jazykovými opatreniami a jednotným systémom urovnávania sporov je pre oživenie európskeho hospodárstva mimoriadne dôležité;
37. berie na vedomie, že doterajšia činnosť Výboru pre vnútorný trh a ochranu spotrebiteľa s ohľadom na bezpečnosť výrobkov a ich propagáciu okrem iného pomohla riešiť určité aspekty týkajúce sa nerovností v oblasti zdravia v EÚ, a v súvislosti s tým zdôrazňuje význam dôslednej kontroly informácií, ktoré poskytujú farmaceutické firmy pacientom, najmä najzraniteľnejším a najmenej informovaným skupinám, ako aj potrebu účinného a nezávislého systému farmakovigilancie;
38. vyzýva členské štáty, aby prispôsobili svoje systémy zdravotnej starostlivosti potrebám najviac znevýhodnených skupín tým, že vypracujú metódy stanovovania poplatkov účtovaných zo strany odborného zdravotníckeho personálu, ktoré zaručia všetkým pacientom prístup k zdravotnej starostlivosti;
39. naliehavo žiada Komisiu, aby vynaložila čo najviac úsilia a nabádala členské štáty, aby pacientom poskytovali úhradu nákladov a robili všetko potrebné na zníženie nerovností v dostupnosti liekov na liečbu takých stavov alebo chorôb, ako sú postmenopauzálna osteoporóza a Alzheimerova choroba, ktorých liečba sa v niektorých členských štátoch neuhrádza, a aby tak urobili okamžite;
40. zdôrazňuje, že v mnohých štátoch majú v oblasti verejného zdravia, podpory zdravia ,

prevencie ochorení a poskytovania zdravotníckych služieb popri vláde dôležitú úlohu regionálne orgány, ktoré sa musia preto tiež aktívne zapájať; zdôrazňuje, že regionálne a miestne samosprávy a ostatné zainteresované subjekty môžu tiež prispieť významnou mierou, a to aj na pracovisku či v školách, najmä pokiaľ ide o zdravotnú výchovu, propagáciu zdravého životného štýlu, účinnú prevenciu chorôb a včasné vyšetrenie a diagnostiku chorôb;

41. vyzýva členské štáty, aby podporovali systém starostlivosti v zariadeniach nachádzajúcich sa v blízkosti pacienta a aby poskytovali komplexnú zdravotnú starostlivosť, ktorá je dostupná na miestnej alebo regionálnej úrovni a umožňuje pacientom získavať väčšiu podporu v rámci ich vlastného miestneho alebo spoločenského prostredia;
42. povzbudzuje všetky členské štáty, aby prehodnotili svoje politiky v otázkach, ktoré majú významný dosah na nerovnosti v oblasti zdravia, ako sú politiky týkajúce sa tabaku, alkoholu, potravín, liečiv, ale aj verejného zdravia či poskytovania zdravotnej starostlivosti;
43. nabáda členské štáty, aby vytvárali partnerstvá v pohraničných regiónoch zamerané na spoločné znášanie nákladov na infraštruktúru a personál a aby pritom obmedzovali nerovnosti v oblasti zdravia, najmä čo sa týka prístupu k najmodernejšiemu vybaveniu;
44. žiada Komisiu, aby preskúmala dôsledky rozhodnutí, ktoré sa zakladajú na národných a regionálnych hodnoteniach účinnosti liekov a zdravotníckych pomôcok na vnútornom trhu, a to vrátane ich dostupnosti pre pacientov, inovácie v oblasti nových výrobkov a liečebných postupov, ktoré patria medzi hlavné prvky ovplyvňujúce rovnosť v oblasti zdravia;
45. domnieva sa, že po vykonaní smernice o právach pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (2008/0142 (COD)) by malo nasledovať posúdenie jej vplyvu s cieľom čo najpresnejšie určiť jej účinnosť v boji proti nerovnostiam v oblasti zdravia a zabezpečiť, aby sa zachovala primeraná úroveň verejnej ochrany a zaručila bezpečnosť pacientov, najmä čo sa týka geografického rozmiestňovania zdravotných zdrojov, a to ľudských i materiálnych;
46. poznamenáva, že kvalitná a efektívna cezhraničná zdravotná starostlivosť si vyžaduje zvýšenú transparentnosť informácií pre verejnosť, pacientov, regulačné orgány a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v širokej škále otázok vrátane práv pacientov, prístupu k náprave a regulácie v oblasti odborného zdravotníckeho personálu;
47. vyjadruje poľutovanie nad tým, že smernicu o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti nesprevádzal legislatívny návrh o mobilite odborného zdravotníckeho personálu, v ktorom by sa vzalo do úvahy riziko úniku mozgov v rámci EÚ, ktoré by nebezpečne zvýšilo geografické nerovnosti v niektorých členských štátoch, a vyzýva Komisiu, aby napravila tento nedostatok, napríklad v spojitosti s budúcou revíziou smernice o uznávaní odborných kvalifikácií (2005/36/ES);
48. naliehavo žiada členské štáty, aby plne vykonali existujúcu smernicu o odborných kvalifikáciách (2005/36/ES); so zreteľom na komplexnosť zdravotníckych kvalifikácií nabáda Komisiu, aby sa vo svojom hodnotení a preskúmaní smernice zaoberala

niektorými regulačnými medzerami, ktoré môžu poškodiť zraniteľných pacientov a ohroziť ich právo na bezpečnú liečbu; vyzýva Komisiu, aby ďalej zvažila, či by sa registrácia v informačnom systéme o vnútornom trhu (IMI) mala stať pre príslušné orgány povinnou a či sa zlepši rozsah, v akom sa môžu príslušné orgány aktívne deliť o disciplinárne informácie o zdravotníckom personáli tým, že sa vytvorí vhodný výstražný mechanizmus;

49. naliehavo žiada Komisiu, aby vo svojom nadchádzajúcom legislatívnom návrhu o odborných kvalifikáciách smerovala k posilnenému mechanizmu uznávania kvalifikácií v členských štátoch;
50. poukazuje na to, že zintenzívnenie inovácií často vedie k lepšej dostupnosti liečby, čo je zvlášť dôležité pre izolované alebo vidiecke komunity;
51. vyzýva Komisiu, aby v spolupráci s členskými štátmi podporovala rozvoj služieb telemedicíny ako nástroja na zníženie nerovnej geografickej dostupnosti zdravotných služieb, a to aj na regionálnej a miestnej úrovni;
52. žiada Radu a Komisiu, aby v rámci stratégie Európa 2020 viac uznali skutočnosť, že telesné i duševné zdravie a pohoda majú zásadný význam v boji proti sociálnemu vylúčeniu, aby do monitorovania stratégie Európa 2020 zahrnuli porovnateľné ukazovatele odstupňované podľa sociálno-ekonomického postavenia a stavu verejného zdravia a aby brali do úvahy diskrimináciu na základe veku, a to predovšetkým v rámci klinických testov zameraných najmä na liečbu, ktorá je viac prispôbená potrebám starších ľudí;
53. domnieva sa, že EÚ a členské štáty musia podporovať občiansku spoločnosť a ženské organizácie, ktoré presadzujú ľudské práva žien vrátane ich sexuálnych a reprodukčných práv, práva na zdravý životný štýl a práva na prácu, s cieľom zabezpečiť, aby ženy mali právo vyjadrovať sa k otázkam európskej a vnútroštátnej zdravotnej politiky;
54. povzbudzuje všetky členské štáty, aby v rámci rozvoja a realizácie politik, ktorými sa zmierňujú nerovnosti v oblasti zdravia, podporovali a budovali kapacity a medzinárodné výmeny a spoluprácu medzi všetkými príslušnými zainteresovanými stranami z viacerých odvetví;
55. vyzýva členské štáty, aby podporovali a uplatňovali spoločný prístup k tvorbe politiky na miestnej, regionálnej a vnútroštátnej úrovni a usilovali sa takto dosiahnuť uplatňovanie prístupu zohľadňovania zdravia vo všetkých politikách;
56. žiada Komisiu a členské štáty, aby vytvorili spoločný súbor ukazovateľov na sledovanie nerovností v oblasti zdravia podľa veku, pohlavia, sociálno-ekonomického postavenia, geografickej polohy, ako aj rizík, ktoré vyplývajú z alkoholizmu a drogovej závislosti, a aby pripravili metódy preverovania situácie v oblasti zdravia v členských štátoch zamerané na určenie a prioritizáciu oblastí, ktoré si vyžadujú zlepšenie, a na stanovenie osvedčených postupov;
57. zdôrazňuje, že príčinou nerovností v oblasti zdravia sú sociálne rozdiely, pokiaľ ide o životné podmienky a modely sociálneho správania, ktoré súvisia s pohlavím, rasou,

vzdelávacími štandardmi, zamestnaním a tiež s rozdielnym príjmom, no okrem toho aj s nerovnakým prístupom k lekárskej pomoci, prevencii chorôb a službám zameraným na podporu zdravia;

58. zdôrazňuje, že za problémom nerovností v oblasti zdravia treba vidieť zdravotné riziká, ktorým sú vystavení ľudia zo znevýhodnených (chudobnejších) skupín obyvateľstva, pričom tieto riziká narastajú, keď okrem chudoby trpia aj inými nedostatkami;
59. vyzýva Komisiu, aby zabezpečila úplné riešenie otázok týkajúcich sa znižovania nerovností v oblasti zdravia a zlepšenia prístupu k službám súvisiacim s telesným a duševným zdravím a ich začlenenie do jej súčasných iniciatív, ako sú partnerstvo zamerané na aktívne a zdravé starnutie a platforma EÚ proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu, a do budúcich iniciatív týkajúcich sa rozvoja detí v ranom veku a politik zameraných na vzdelávanie, odbornú prípravu a zamestnanosť mládeže;
60. vyzýva na lepšiu koordináciu medzi agentúrami EÚ, ktoré majú dôležitú úlohu v rámci boja proti nerovnostiam v oblasti zdravia, a to predovšetkým medzi Európskou nadáciou pre zlepšovanie životných a pracovných podmienok, Európskym centrom pre prevenciu a kontrolu chorôb a Európskou agentúrou pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci;
61. vyzýva Komisiu, aby pomáhala členským štátom lepšie využívať otvorenú metódu koordinácie s cieľom podporovať projekty zamerané na odstraňovanie základných činiteľov prispievajúcich k nerovnostiam v oblasti zdravia;
62. žiada Komisiu, aby hľadala spôsoby, ako zapojiť všetky zainteresované strany na úrovni EÚ do podpory preberania a šírenia osvedčených postupov v oblasti verejného zdravia;
63. upozorňuje na osobitný význam pestrej a kvalitnej stravy v rámci rozličných faktorov vplývajúcich na zdravie a v tejto súvislosti naliehavo vyzýva Komisiu, aby vo väčšej miere využívala účinné programy vytvorené v rámci spoločnej poľnohospodárskej politiky (bezplatná distribúcia mlieka a ovocia v školských zariadeniach a potravín pre ľudí v najväčšej núdzi);
64. vyzýva členské štáty, aby pre ženy, páry a rodiny vytvorili sieť osobitných sociálnych, zdravotných a poradenských služieb s vyhradenými telefónnymi linkami pomoci s cieľom predchádzať domácemu násiliu a poskytovať kvalifikovanú odbornú pomoc a podporu tým, ktorí ich potrebujú, a to v spolupráci s ďalšími subjektmi činnými v tejto oblasti;
65. vyzýva Komisiu, aby pomáhala členským štátom lepšie využívať politiku súdržnosti a štrukturálne fondy EÚ na podporu projektov, ktoré prispievajú k riešeniu sociálnych faktorov zdravia a k zmierneniu nerovností v oblasti zdravia; taktiež vyzýva Komisiu, aby pomohla členským štátom lepšie využívať program PROGRESS;
66. naliehavo žiada členské štáty, aby zastavili súčasné znižovanie verejných výdavkov na zdravotné služby, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu pri zabezpečovaní vysokej úrovne zdravotnej ochrany ženám a mužom;
67. žiada Komisiu, aby do tvorby všetkých vnútorných a vonkajších politik EÚ zahrnula

prístup založený na hospodárskych a environmentálnych faktoroch zdravia a na zásade „rovnosť a zdravie vo všetkých politikách”, najmä s ohľadom na dosahovanie rozvojových cieľov tisícročia a obzvlášť zdravie matiek;

68. naliehavo žiada všetky členské štáty, aby uznali dôležitosť zdravia pre spoločnosť a aby pri hodnotení rozvoja spoločnosti, spoločenstva a jednotlivcov neuplatňovali iba hľadisko HDP;
69. žiada Radu, aby prostredníctvom opatrení v oblastiach, ako sú spotrebiteľská politika, zamestnanosť, bývanie, sociálna politika, životné prostredie, poľnohospodárstvo a potravinový, vzdelávanie, životné a pracovné podmienky a výskum, podporovala úsilie zamerané na riešenie nerovností v oblasti zdravia ako politickej priority vo všetkých členských štátoch so zreteľom na sociálne faktory ovplyvňujúce zdravie a rizikové faktory životného štýlu, ako je alkohol, tabak a výživa;
70. vyzýva Komisiu, aby podporovala činnosti financované v rámci súčasných i budúcich akčných plánov týkajúcich sa verejného zdravia s cieľom riešiť otázku sociálnych faktorov zdravia;
71. žiada Komisiu, aby vypracovala usmernenia na zlepšenie mechanizmov sledovania nerovností v oblasti zdravia v EÚ (medzi členskými štátmi a v rámci nich) zlepšením zhromažďovania údajov prostredníctvom systematickejších a porovnateľných informácií, ktoré dopĺňajú existujúce údaje o nerovnostiach v oblasti zdravia, a tiež prostredníctvom pravidelných sledovaní a analýz;
72. žiada Komisiu, aby zvažila vypracovanie návrhu odporúčania Rady, prípadne nejakú inú vhodnú iniciatívu Spoločenstva, s cieľom podnietiť a podporiť v členských štátoch vypracovanie komplexných národných alebo regionálnych stratégií zameraných na zmiernenie nerovností v oblasti zdravia;
73. vyzýva Komisiu, aby vo svojich správach o pokroku posúdila účinnosť opatrení na zníženie nerovností v oblasti zdravia a na dosiahnutie zlepšení v oblasti zdravia prostredníctvom politik súvisiacich so sociálnymi, ekonomickými a environmentálnymi faktormi ovplyvňujúcimi zdravie;
74. vyzýva Komisiu, aby pri tvorbe politiky na úrovni EÚ uplatňovala prístup zohľadňovania zdravia vo všetkých politikách a aby vykonala účinné posúdenie vplyvu, ktoré zohľadňuje otázky rovnosti v oblasti zdravia;
75. tvrdí, že otvorené, konkurencieschopné a riadne fungujúce trhy môžu stimulovať inováciu, investovanie a výskum v odvetví zdravotnej starostlivosti, a uznáva, že to musí byť spojené s výraznou finančnou podporou verejného výskumu, aby sa ďalej rozvíjali udržateľné a účinné modely v oblasti zdravotnej starostlivosti a aby sa podporil vývoj nových technológií a ich uplatňovanie v tejto oblasti (napr. telemedicína), ako aj so spoločnou metodikou hodnotenia zdravotníckych technológií, čo by malo prinášať osob každému jednotlivcovi vrátane tých, ktorí pochádzajú z nižších sociálno-ekonomických vrstiev, pričom treba brať do úvahy starnutie obyvateľstva;
76. vyzýva Komisiu a členské štáty, aby podporovali informačné a osvetové programy

pre verejnosť a zintenzívni dialóg s občianskou spoločnosťou, sociálnymi partnermi a mimovládnyimi organizáciami, pokiaľ ide o zdravotnícke a lekárske služby;

77. považuje za potrebné zvýšiť počet žien, ktoré sa zúčastňujú na vypracúvaní politik v oblasti zdravia, plánovaní programov a poskytovaní zdravotných služieb;

78. poveruje svojho predsedu, aby toto uznesenie postúpil Rade a Komisii.



## DÔVODOVÁ SPRÁVA

Zdravie a priemerná dĺžka života celkovo stále súvisia so sociálnymi podmienkami a chudobou detí. Napriek mnohým zlepšeniam zostávajú rozdiely vo výsledkoch zdravotnej starostlivosti medzi najvyššími a najnižšími pozíciami spoločenského rebríčka výrazné a v niektorých oblastiach sa naďalej zväčšujú.

Medzi jednotlivými krajinami a regiónmi stále existujú veľké nerovnosti. Napríklad rozdiely medzi členskými štátmi EÚ v priemernej dĺžke života u mužov pri narodení dosahovali v roku 2007 až 14,2 roka, u žien to bolo 8,3 roka (Eurostat, 2010).

Z priemernej dĺžky života osôb nad 65 rokov v EÚ-27 vyplýva, že priemerný muž mohol v roku 2006 očakávať, že sa dožije ešte ďalších 16,8 roka, u žien bolo toto číslo 20,4 roka. Rozdiely v priemernej dĺžke života u mužov nad 65 rokov predstavovali v členských štátoch v roku 2007 5,6 roka, a to od najvyššej hodnoty 18,4 roka vo Francúzsku až po najnižšiu hodnotu 12,8 roka v Lotyšsku. Toto rozmedzie bolo mierne vyššie u žien – 6,6 roka, a to od 23,0 rokov vo Francúzsku po 16,4 roka v Bulharsku (Eurostat, 2010).

Nerovnosti v oblasti zdravia predstavujú problém, ktorý treba riešiť. Objavujú sa už v ranom detstve a pretrvávajú nielen do vysokého veku, ale aj do ďalších generácií.

Skúsenosti s nerovnosťou v ranom veku, pokiaľ ide o prístup k vzdelaniu, zamestnaniu a zdravotnej starostlivosti, ako aj nerovnosťou založenou na rodovom a kultúrnom pozadí, môžu mať zásadný vplyv na zdravotný stav ľudí počas celého ich života. Kombinácia chudoby s inými faktormi zraniteľnosti, ako sú detstvo či staroba, zdravotné postihnutie alebo príslušnosť k menšine, ďalej zvyšuje zdravotné riziká a naopak, zdravotné problémy môžu viesť k chudobe a/alebo sociálnemu vylúčeniu.

Týmto niekedy bezdôvodným zdravotným rozdielom sa dá v mnohých prípadoch zabrániť, pretože vznikajú v dôsledku rozdielov v možnostiach, v prístupe k službám a materiálnym zdrojom, ako aj rozdielov v spôsobe života jednotlivcov.

Príčinou nerovností v oblasti zdravia sú rozdiely medzi skupinami obyvateľstva, pokiaľ ide o širokú škálu činiteľov ovplyvňujúcich zdravie, konkrétne životné podmienky a správanie ovplyvňujúce zdravie; vzdelanie, pracovné zaradenie a príjem, zdravotná starostlivosť, prevencia chorôb a služby na podporu zdravia, ako aj verejné politiky ovplyvňujúce kvantitu, kvalitu a distribúciu týchto faktorov. Vzťah medzi spoločenskými činiteľmi a nerovnosťami v oblasti zdravia sa pripisuje čoraz väčší význam. To znamená, že sociálne problémy sú vnímané v spojitosti so zdravotnými problémami, pre ktoré treba hľadať celkovú odpoveď.

Na riešenie nerovností v oblasti zdravia, najmä u ľudí z nižších sociálno-ekonomických vrstiev, je potrebný inovatívny politický náhľad.

Sociálne dôsledky súčasnej hospodárskej a finančnej krízy sa už prejavili. Počet nezamestnaných stúpol o takmer 5 miliónov v porovnaní s obdobím na začiatku krízy. Mnoho

domácností zažilo pokles príjmu, značný počet je oveľa viac vystavený chudobe a nadmernej zadlženosti a niektorí prišli dokonca o bývanie. Pracovníci s krátkodobými zmluvami boli medzi prvými, ktorých sa dotklo prepúšťanie. Najviac postihnutí boli prisťahovalci a mladí a starší pracovníci, ktorí častejšie obsadzujú neisté miesta, no v radoch nezamestnaných sa ocitli aj doteraz pomerne dobre chránení pracovníci.

Kríza sa v niektorých členských štátoch vážne prejavila v sektore zdravotníctva tak na strane ponuky, ako aj dopytu. Na strane ponuky viedla hospodárska a finančná kríza k zníženej úrovni financovania zdravotných služieb a služieb dlhodobej zdravotnej starostlivosti v dôsledku znižovania rozpočtových prostriedkov a nižších daňových príjmov, kým dopyt po službách zdravotnej a dlhodobej starostlivosti sa zvýšil ako dôsledok kombinácie faktorov prispievajúcich k všeobecnému zhoršeniu zdravotného stavu obyvateľstva. Niektoré členské štáty prijali v rámci balíkov hospodárskej obnovy opatrenia na zmiernenie vplyvu hospodárskej krízy na zdravotníctvo, konkrétne investíciami do zdravotníckej infraštruktúry, optimalizáciou financovania zdravotníctva a reštrukturalizáciou a reorganizáciou systému zdravotnej starostlivosti. Opatrenia na odstránenie nerovností v oblasti zdravia sa však v jednotlivých členských štátoch značne líšia.

Zásadný význam pre všetky služby verejného záujmu má ich prístupnosť. Zlepšený prístup ku kvalitnému právnomu poradenstvu a informáciám pomôže občanom viac sa dozvedieť o ich individuálnych právach. Zbieranie a výmena skúseností o účinných stratégiách, politikách a opatreniach prispeje k povzbudeniu podpory zo strany vlády a rôznych odvetví. Je nevyhnutné, aby sa zmierňovanie nerovností v oblasti zdravotnej starostlivosti považovalo na všetkých úrovniach politiky za prvoradý cieľ, aby uplatňoval sa prístup „zdravie vo všetkých politikách” a aby sa zabezpečilo účinné posúdenie vplyvu zohľadňujúce výsledky úsilia o rovnosť v oblasti zdravia.



11.1.2011

## **STANOVISKO VÝBORU PRE VNÚTORNÝ TRH A OCHRANU SPOTREBITEĽA**

pre Výbor pre životné prostredie, verejné zdravie a bezpečnosť potravín

k zmiernovaniu nerovností v oblasti zdravia v EÚ  
(2010/2089(INI))

Spravodajkyňa výboru požiadaného o stanovisko: Emma McClarkin

### **NÁVRHY**

Výbor pre vnútorný trh a ochranu spotrebiteľa vyzýva Výbor pre životné prostredie, verejné zdravie a bezpečnosť potravín, aby ako gestorský výbor zaradil do návrhu uznesenia, ktorý prijme, tieto návrhy:

1. zdôrazňuje potrebu koordinovaného prístupu vo viacerých oblastiach politiky s cieľom riešiť základné sociálno-ekonomické, environmentálne a geografické príčiny nerovností v oblasti zdravia; zdôrazňuje tiež, že vážnou príčinou nerovností v oblasti zdravia môže byť nedostatočné vzdelávanie;
2. zdôrazňuje, že nerovnosti v oblasti zdravia existujú medzi členskými štátmi i vnútri členských štátov;
3. uznáva, že nerovnosti v oblasti zdravia, najmä tie, ktoré ovplyvňujú predpokladanú dĺžku života, najviac zasahujú najnižšie sociálno-ekonomické skupiny;
4. zdôrazňuje, že v prístupe k zdravotnej starostlivosti sú starší ľudia diskriminovaní; vyzýva Komisiu a členské štáty, aby analyzovali príčiny tohto javu a prijali všetky dostupné opatrenia na boj proti takejto diskriminácii; vyzýva Komisiu a členské štáty, aby medzigeneračnú solidaritu a prístup k zdravotnej starostlivosti pre starších ľudí určili za prioritu Európskeho roku aktívneho starnutia (2012) a aby zabezpečili, že členské štáty budú primerane financovať a podporovať miestne sociálne a zdravotné služby na celom svojom území;
5. zdôrazňuje potrebu praktického plánu na boj proti nerovnostiam v oblasti zdravia vo vidieckych oblastiach, pričom treba vziať do úvahy výzvy, ktoré prinášajú demografické

zmeny;

6. zdôrazňuje, že nerovnosti v oblasti zdravia v EÚ sú pre členské štáty a ich systémy zdravotnej starostlivosti značným bremenom a že účinné fungovanie vnútorného trhu, ako aj dôrazná a podľa možnosti koordinovaná verejná politika prevencie môžu prispieť k zlepšeniu v tejto oblasti;
7. nabáda členské štáty, aby vytvárali partnerstvá v pohraničných regiónoch zamerané na spoločné znášanie nákladov na infraštruktúru a personál a aby pritom obmedzovali územné nerovnosti v oblasti zdravia, najmä čo sa týka rovnakého prístupu k najmodernejšiemu vybaveniu;
8. zdôrazňuje, že boj proti sociálno-ekonomickým faktorom, ako sú obezita, fajčenie atď., dostupnosť systémov zdravotnej starostlivosti (ohrozená nepreplácaním nákladov na zdravotnú starostlivosť a lieky, nedostatočnou prevenciou a roztrieštenosťou lekárskej demografie) a účinná diagnostika by sa mali považovať za kľúčové aspekty opatrení zameraných proti nerovnosti v oblasti zdravia a že okrem toho by sa dostupnosť a cenová prístupnosť farmaceutickej liečby mala vnímať ako dôležitý prvok zdravia jednotlivých občanov; vyzýva preto členské štáty, aby zabezpečili riadne uplatňovanie smernice o transparentnosti (89/105/EHS) a náležité zohľadnenie záverov obsiahnutých v oznámení Komisie z roku 2008 o vyšetrovaní vo farmaceutickom odvetví;
9. zdôrazňuje, že zdravotná starostlivosť nie je verejným tovarom ani službou a nemalo by sa na ňu tak nahliadať;
10. domnieva sa, že členské štáty by mali pri znižovaní nerovností v oblasti zdravia považovať za kľúčové faktory postupy skorej diagnostiky a programy preventívnej starostlivosti a že by mali byť nabádané, aby tieto programy ďalej rozvíjali a zabezpečili ich primerané financovanie;
11. naliehavo vyzýva Komisiu, aby v rámci spolupráce s príslušnými orgánmi členských štátov podporovala najlepšie postupy pri stanovovaní cien liekov a ich preplácaní vrátane funkčných modelov na diferenciaciu cien farmaceutických výrobkov s cieľom optimalizovať cenovú dostupnosť liekov a znížiť nerovnosti v prístupe k nim;
12. nabáda členské štáty, aby zvýšili používanie kvalitných generických liekov a aby rokovaním dosiahli – v prípade potreby vzájomnou spoluprácou – čo najlepšie ceny s cieľom umožniť získanie prístupu ku kvalitnej liečbe najviac znevýhodneným skupinám;
13. vyzýva členské štáty, aby prispôsobili svoje systémy zdravotnej starostlivosti potrebám najviac znevýhodnených skupín tým, že zavedú metódy stanovovania poplatkov účtovaných zo strany odborného zdravotníckeho personálu, ktoré zabezpečia všetkým pacientom prístup k zdravotnej starostlivosti;
14. naliehavo žiada Komisiu, aby zabezpečila vzájomnú výmenu zozbieraných údajov o nerovnostiach v oblasti zdravia medzi členskými štátmi a aby podporovala vnútroštátne zúčastnené strany v aktívnej výmene techník najlepších postupov;
15. zdôrazňuje, že Komisia by mala v spolupráci s členskými štátmi a prostredníctvom

systemu porovnateľných ukazovateľov založených na demografických, environmentálnych, sociálnych a ekonomických faktoroch vrátane využitia tých, ktoré už sú k dispozícii (napr. ECHI, WHO, OECD), podporovať ďalší rozvoj, zhromažďovanie údajov a monitorovanie v odvetví zdravotníctva na úrovni EÚ i jednotlivých štátov, pretože v ňom existujú značné nerovnosti v rámci členských štátov (napr. výrazné rozdiely medzi mestami a regiónmi);

16. žiada Komisiu, aby analyzovala dôsledky rozhodnutí, ktoré sa zakladajú na národných a regionálnych hodnoteniach účinnosti liekov a zdravotníckych pomôcok na vnútornom trhu, a to vrátane prístupnosti pre pacientov, inovácie výrobkov a liečebných postupov, ktoré patria medzi hlavné prvky ovplyvňujúce rovnosť v oblasti zdravia;
17. naliehavo žiada Komisiu, aby vynaložila čo najviac úsilia a nabádala členské štáty, aby pacientom poskytovali úhradu nákladov a robili všetko potrebné na zníženie nerovnosti v dostupnosti liekov na liečbu takých stavov alebo chorôb, ako sú postmenopauzálna osteoporóza a Alzheimerova choroba, ktorých liečba sa v niektorých členských štátoch neuhrádza, a aby tak urobili okamžite;
18. domnieva sa, že po implementácii smernice o právach pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (2008/0142 (COD)) by malo nasledovať posúdenie jej vplyvu s cieľom čo najúčinnšie určiť jej dôsledky v boji proti nerovnostiam v oblasti zdravia a zabezpečiť zachovanie verejnej ochrany a zaručenie bezpečnosti pacientov, najmä čo sa týka geografického rozmiestňovania zdravotných zdrojov, a to ľudských i materiálnych;
19. poznamenáva, že kvalitná a efektívna cezhraničná zdravotná starostlivosť si vyžaduje zvýšenú transparentnosť informácií pre verejnosť, pacientov, regulačné orgány a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v širokej škále otázok vrátane práv pacientov, prístupu k náprave a regulácie v oblasti odborného zdravotníckeho personálu;
20. tvrdí, že správna a integrovaná spotrebiteľská politika vrátane aspektov verejného zdravia, akými sú prevencia a podpora zdravého životného štýlu, a zameranie sa na zníženie zdravotných činiteľov súvisiacich so správaním a návykmi spotrebiteľa by mohli pomôcť znížiť nerovnosti v oblasti zdravia;
21. zdôrazňuje, že existencia geografických oblastí s nedostatkom odborného zdravotníckeho personálu je jednou z príčin nerovnosti v oblasti zdravia; je preto zástancom mobility odborného zdravotníckeho personálu v rámci Európskej únie v súlade so skutočnými potrebami obyvateľov;
22. vyjadruje poľutovanie nad tým, že smernicu o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti nesprevádzal legislatívny návrh o mobilite odborného zdravotníckeho personálu, v ktorom by sa vzalo do úvahy riziko úniku mozgov v rámci EÚ, ktoré by nebezpečne zvýšilo geografické nerovnosti v niektorých členských štátoch, a vyzýva Komisiu, aby to napravila, napríklad v spojitosti s budúcou revíziou smernice o uznávaní odborných kvalifikácií (2005/36/ES);
23. naliehavo žiada členské štáty, aby plne uplatňovali existujúcu smernicu o odborných kvalifikáciách (2005/36/ES); so zreteľom na komplexnosť zdravotníckych kvalifikácií nabáda Komisiu, aby sa vo svojom hodnotení a preskúmaní smernice zaoberala

niektorými regulačnými medzerami, ktoré môžu poškodiť pacientov a ohroziť ich právo na bezpečnú liečbu; vyzýva Komisiu, aby ďalej zvažila, či sa registrácia v informačnom systéme o vnútornom trhu (IMI) stane pre príslušné orgány povinnou a či sa zlepší rozsah, v akom sa môžu príslušné orgány aktívne deliť o disciplinárne informácie o zdravotníckom personáli tým, že sa vytvorí vhodný výstražný mechanizmus;

24. zdôrazňuje, že nerovnosti v oblasti zdravia v Únii sa neprekonajú bez spoločnej a celkovej stratégie pre európsku pracovnú silu v zdravotníctve vrátane koordinovaných politík riadenia zdrojov, vzdelávania a odbornej prípravy, minimálnych noriem kvality a bezpečnosti a registrácie odborného personálu;
25. zdôrazňuje, že nerovnosti v oblasti zdravia by sa v určitých oblastiach mohli pripísať nedostatku personálu a zdravotníckeho vybavenia; vyzýva členské štáty, aby prijali potrebné opatrenia na riešenie týchto problémov a aby pre odvetvie zdravotníctva zabezpečili primerané personálne obsadenie a materiálne vybavenie;
26. naliehavo žiada Komisiu, aby vo svojom nadchádzajúcom legislatívnom návrhu o odborných kvalifikáciách smerovala k posilnenému mechanizmu uznávania kvalifikácií v členských štátoch;
27. naliehavo žiada, aby sa v nadchádzajúcom legislatívnom návrhu o vysielaní pracovníkov zjednodušili administratívne postupy a aby sa vyriešili problémy dvojitého zdanenia;
28. tvrdí, že otvorené, konkurencieschopné a dobre fungujúce trhy môžu stimulovať inováciu, investovanie a výskum v odvetví zdravotnej starostlivosti, a uznáva, že to musí byť spojené s výraznou finančnou podporou verejného výskumu, aby sa ďalej rozvíjali udržateľné a účinné modely v oblasti zdravotnej starostlivosti a aby sa podporil vývoj nových technológií a ich uplatňovanie v tejto oblasti (napr. telemedicína), ako aj spoločná metodika hodnotenia zdravotníckych technológií, čo by malo prinášať osob každému občanovi vrátane tých, ktorí pochádzajú z nižších sociálno-ekonomických prostredí, pričom treba brať do úvahy starnutie obyvateľstva;
29. poukazuje na to, že zintenzívnenie inovácií často vedie k lepšej dostupnosti liečby, čo je zvlášť dôležité pre izolované alebo vidiecke komunity;
30. pripomína, že prijatie európskeho patentu s primeranými jazykovými opatreniami a jednotným systémom urovnávania sporov je pri oživení európskeho hospodárstva mimoriadne dôležité;
31. zdôrazňuje, že do opatrení prijatých v týchto oblastiach je potrebné okrem národných vlád aktívne zapojiť aj regionálne a miestne orgány a sociálno-hospodárske subjekty;
32. berie na vedomie, že doterajšia činnosť Výboru pre vnútorný trh a ochranu spotrebiteľa s ohľadom na bezpečnosť výrobkov a ich propagáciu, okrem iného, napomohla riešiť určité aspekty týkajúce sa nerovností v oblasti zdravia v EÚ, a v súvislosti s tým zdôrazňuje význam dôslednej kontroly informácií, ktoré poskytujú farmaceutické firmy pacientom, najmä najzraniteľnejším a najmenej informovaným skupinám, ako aj potrebu účinného a nezávislého systému farmakovigilancie;

33. naliehavo žiada Komisiu, aby spoločne s členskými štátmi začala v školách kampane na podporu zdravia, zdravotnej osvedy, a najmä zdravého životného štýlu, spoločne s programami v oblasti prevencie a lekárskeých prehliadok zameranými na špecifické skupiny;
34. naliehavo žiada Komisiu, aby zabezpečila, že otázka znižovania nerovností v oblasti zdravia sa v plnej miere začlení do rozvojových cieľov tisícročia.



## VÝSLEDOK ZÁVEREČNÉHO HLASOVANIA VO VÝBORE

<b>Dátum prijatia</b>	10.1.2011
<b>Výsledok záverečného hlasovania</b>	+: 28 -: 2 0: 0
<b>Poslanci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Cristian Silviu Buşoi, Lara Comi, António Fernando Correia De Campos, Jürgen Creutzmann, Christian Engström, Philippe Juvin, Sandra Kalniete, Edvard Kožušník, Kurt Lechner, Hans-Peter Mayer, Mitro Repo, Robert Rochefort, Heide Rühle, Andreas Schwab, Laurence J.A.J. Stassen, Bernadette Vergnaud
<b>Náhradníci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Regina Bastos, Cornelis de Jong, Frank Engel, Ashley Fox, Jean-Paul Gauzès, Liem Hoang Ngoc, María Irigoyen Pérez, Othmar Karas, Lena Kolarska-Bobińska, Constance Le Grip, Emma McClarkin, Antonia Parvanova, Sylvana Rapti, Marek Siwiec

2.12.2010

## STANOVISKO VÝBORU PRE PRÁVA ŽIEN A RODOVÚ ROVNOSŤ

pre Výbor pre životné prostredie, verejné zdravie a bezpečnosť potravín

k zmiernovaniu nerovností v oblasti zdravia v EÚ  
(2010/2089(INI))

Spravodajkyňa výboru požiadaného o stanovisko: Sylvie Guillaume

### NÁVRHY

Výbor pre práva žien a rodovú rovnosť vyzýva Výbor pre životné prostredie, verejné zdravie a bezpečnosť potravín, aby ako gestorský výbor zaradil do návrhu uznesenia, ktorý prijme, tieto návrhy:

- so zreteľom na svoje uznesenie z 9. októbra 2008 o bielej knihe s názvom Spoločne za zdravie: strategický prístup EÚ na obdobie 2008 – 2013<sup>1</sup>,
- so zreteľom na článok 35 Charty základných práv Európskej únie,
- so zreteľom na rozhodnutie Európskeho parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES z 23. októbra 2007, ktorým sa ustanovuje druhý akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013)<sup>2</sup>;
- so zreteľom na článok 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie, ktorý sa týka politik v oblasti zdravia,
- so zreteľom na oznámenie Komisie s názvom Solidarita v oblasti zdravia: zmiernovanie nerovností v oblasti zdravia v EÚ<sup>3</sup>,
- so zreteľom na článok 23 Charty základných práv týkajúci sa rovnosti medzi ženami a mužmi vo všetkých oblastiach,

---

<sup>1</sup> Ú. v. EÚ C 9 E, 15.1.2010, s. 56.

<sup>2</sup> Ú. v. EÚ L 301, 20.11.2007, s. 3.

<sup>3</sup> KOM(2009)0567.

- so zreteľom na článok 2 Zmluvy o Európskej únii,
- A. keďže si uvedomuje biologické, sociálno-ekonomické a kultúrne rozdiely medzi mužmi a ženami a z toho vyplývajúce rozdiely, pokiaľ ide o ich obavy, potreby a problémy týkajúce sa zdravia,
- B. keďže nerovnosti v oblasti zdravia sa objavujú častejšie u zraniteľných osôb, ktoré sú mimoriadne závislé od kvalitnej a finančne dostupnej verejnej zdravotnej starostlivosti,
- C. keďže ženy sa často ocitajú v neistých situáciách v súvislosti so svojim pohlavím, spôsobom života, náboženstvom, vekom, sociálnym postavením a finančnými možnosťami,
- D. keďže rodové a vekové nerovnosti v biomedicínskom výskume a nedostatočné zastúpenie žien pri klinických skúškach oslabujú účinnosť starostlivosti o pacienta,
- E. keďže ženy všeobecne, staršie ženy a mladé dievčatá sú v rámci najzraniteľnejších skupín spoločnosti zastúpené neúmerne a prekážky v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti môžu ďalej zhoršovať ich zraniteľné postavenie a ohrozovať ich zdravotný stav,
- F. keďže užívanie tabaku medzi ženami, najmä mladými ženami, prudko stúpa, čo má ničivé následky pre ich budúce zdravie; a keďže v prípade žien dosah fajčenia ďalej zhoršujú početné znevýhodnenia,
- G. keďže násilie voči ženám je rozšíreným javom vo všetkých krajinách a vo všetkých sociálnych vrstvách a dramaticky vplýva na telesné, ako aj na emočné zdravie žien a detí,
- H. keďže ženy žijú vo všeobecnosti dlhšie než muži, ale v posledných rokoch trpia viac chronickými ochoreniami, zdravotným postihnutím a zníženou kvalitou života,
- I. keďže spravodlivý prístup k zdravotným službám zmiernuje nerovnosti v oblasti zdravia a vo všeobecnosti sa chápe ako rovnaký prístup k liečbe pre všetky osoby bez ohľadu na výšku ich príjmu,
- J. keďže v niekoľkých členských štátoch EÚ<sup>1</sup> spravodlivý prístup k zdravotným službám nie je zaručený pre všetkých, ani v praxi, ani podľa zákona, najmä pokiaľ ide o neregistrovaných migrantov,
- K. keďže neplodnosť je zdravotným stavom, ktorý uznáva Svetová zdravotnícka organizácia a ktorý má osobitný vplyv na zdravie žien, a keďže celoštátny prieskum informovanosti v rámci Spojeného kráľovstva preukázal, že viac ako 94 % žien trpiacich neplodnosťou trpí zároveň aj nejakou formou depresie,
- L. keďže v oblasti prístupu k liečbe neplodnosti existujú medzi členskými štátmi veľké rozdiely,

---

<sup>1</sup> Organizácia Lekári sveta, Európske stredisko na monitorovanie prístupu k zdravotnej starostlivosti, Prístup neregistrovaných migrantov k zdravotnej starostlivosti, prípadové štúdie za roky 2007 a 2009; HUMA, Právo a prax, Prístup neregistrovaných migrantov a žiadateľov o azyl k zdravotnej starostlivosti v 10 krajinách EÚ, 2009.

1. vyzýva EÚ a členské štáty, aby začlenili zdravotný stav žien a otázku starnutia (starších žien) ako faktory pri uplatňovaní hľadiska rodovej rovnosti a aby využívali rodové rozpočtovanie vo svojich politikách, programoch a výskume v oblasti zdravia počnúc vývojom a fázou vypracovania a končiac posúdením vplyvu; žiada, aby rámcové výskumné programy financované EÚ, ako aj verejné agentúry na financovanie výskumu začlenili posúdenie rodového vplyvu do svojich politik a aby umožnili zhromažďovanie a analýzu údajov rozčlenených podľa pohlavia a veku na určovanie hlavných rozdielov medzi ženami a mužmi z hľadiska zdravia, a to v záujme podpory zmeny politiky, a aby zaviedli a vyhodnotili epidemiologické nástroje na analýzu príčin existencie rozdielu medzi očakávanou dĺžkou života mužov a žien;
2. vyzýva EÚ a členské štáty, aby venovali pozornosť ženám so zdravotným postihnutím a starším ženám s cieľom zaručiť im právo na prístup k zdravotným službám a kvalitnej starostlivosti bez ohľadu na ich osobné ekonomické pomery;
3. vyzýva EÚ a členské štáty, aby s cieľom pomôcť zmierniť nerovnosti v oblasti zdravia prijali stratégie zamerané na zmiernenie hospodárskych a sociálnych nerovností, ponúkajú širšiu škálu vysokokvalitných a dostupných služieb, zlepšovanie životných podmienok a boj proti geografickej segregácii;
4. vyzýva Komisiu a členské štáty, aby za prioritu Európskeho roku aktívneho starnutia a medzigeneračnej solidarity, ktorým bude rok 2012, stanovili primeraný prístup k zdravotnej starostlivosti pre staršie ženy;
5. nabáda EÚ a členské štáty, aby v rámci politiky zaručenia prístupu k zdravotnej starostlivosti pre všetkých zriadili systém bezplatnej zdravotnej starostlivosti pre deti mladšie ako šesť rokov;
6. vyzýva EÚ a členské štáty, aby vypracovali kampane v oblasti prevencie a zvyšovania povedomia, ktoré budú zamerané na najzraniteľnejšie skupiny v spoločnosti, a zdôrazňuje, že preventívne opatrenia a rehabilitačná liečba musia byť nediskriminačné a plne dostupné s cieľom podporiť a uľahčiť prístup všetkých ľudí bez vekových obmedzení k včasnemu zisťovaniu a diagnóze chorôb, ako sú srdcovocievne ochorenia, rakovina prsníka, kŕčka maternice a vaječníkov, endometritída, poruchy pamäte atď.;
7. vyzýva EÚ a členské štáty, aby v rámci kontroly tabaku uplatňovali rodové hľadisko, ako sa odporúča v Rámcovom dohovore WHO o kontrole tabaku, a aby zaviedli kampane proti fajčeniu zamerané na mladé dievčatá a ženy;
8. vyzýva členské štáty, aby presadzovali a posilňovali nástroje na prevenciu ženských chorôb prostredníctvom konkrétnych, rozsiahlych a pravidelných informačných kampaní týkajúcich sa povahy a príčin týchto chorôb a s nimi spojených rizík, pričom upozornia na potrebu systematických zdravotných prehliadok a na výhody včasného zásahu;
9. vyzýva členské štáty, aby podnecovali a podporovali lekárske a farmaceutický výskum chorôb, ktoré postihujú predovšetkým ženy, a to vo všetkých fázach ich života, nielen počas ich reprodukčného obdobia;
10. vyzýva členské štáty, aby vyriešili problémy týkajúce sa nerovnosti v prístupe k

zdravotnej starostlivosti, napríklad v oblasti zubného a očného lekárstva, ktoré vplývajú na každodenný život;

11. domnieva sa, že EÚ a členské štáty by mali ženám zaručiť ľahký prístup k metódam antikoncepcie, ako aj právo na bezpečný potrat;
12. naliehaivo žiada EÚ a členské štáty, aby zaviedli povinnosť zhromažďovať a analyzovať porovnateľné údaje rozdelené podľa pohlavia, vykonávali epidemiologické štúdie a zhromažďovali a produkovali komplexné údaje na základe spoločných, prísne vymedzených ukazovateľov s cieľom vyhodnotiť vplyv existujúcich politík a programov v oblasti zdravia na zdravie žien;
13. vyzýva EÚ a členské štáty, aby presadzovali výskum v oblasti zdravia zameraný na zdravie a zdravotné potreby žien, vývoj chorôb a ich prevenciu a aby podporovali multidisciplinárny výskum sociálno-ekonomických faktorov ovplyvňujúcich zdravie v priebehu celého života žien; naliehaivo žiada, aby sa na otázky rodovej rovnosti a potrieb žien vyčlenili finančné prostriedky a aby sa im venovala väčšia pozornosť, a to aj prostredníctvom uplatnenia rodového hľadiska ako kritéria na pridelovanie finančných prostriedkov v rámci celého výskumu EÚ;
14. vyzýva Komisiu, aby členským štátom poskytla príklady osvedčených a najlepších postupov s cieľom dosiahnuť väčšiu konzistentnosť, pokiaľ ide o prístup k liečbe neplodnosti;
15. navrhuje, aby EÚ a členské štáty zaviedli súdržné politiky a podporné opatrenia zamerané na ženy, ktoré nepracujú alebo sú zamestnané v odvetviach, v ktorých sa na ne nevzťahuje individuálne zdravotné poistenie, a aby hľadali spôsoby, ako tieto ženy poistiť;
16. naliehaivo žiada EÚ a členské štáty, aby zaujali prístup založený na celoživotnom pohľade na zdravé starnutie s cieľom znížiť vplyv chronických ochorení a zdravotných postihnutí, ktoré zhoršujú kvalitu života starších žien;
17. vyzýva EÚ a členské štáty, aby urýchlili našli spôsoby boja proti diskriminácii na základe etnického pôvodu, najmä v niektorých členských štátoch, v ktorých sa neuplatňuje smernica Rady 2000/43/ES a v ktorých ženy z etnických menšín nemajú žiadnu alebo majú len obmedzenú sociálnu ochranu alebo prístup zdravotným službám;
18. vyzýva členské štáty, aby zohľadnili konkrétne potreby prisťahovalkýň v oblasti ochrany zdravia s osobitným zreteľom na zaručené poskytovanie príslušných jazykových sprostredkovateľských služieb zo strany zdravotníckych systémov; tieto systémy by mali vytvoriť iniciatívy v oblasti odbornej prípravy, ktoré by lekárom a ďalším kvalifikovaným pracovníkom umožnili zaujať medzikultúrny prístup založený na uznávaní a rešpektovaní rozmanitosti a citlivosti ľudí z rôznych geografických regiónov; prioritu musia mať aj opatrenia a informačné kampane zamerané na boj proti mrzačeniu ženských pohlavných orgánov, a to vrátane prísnych trestov pre osoby, ktoré takéto mrzačenie vykonávajú;
19. vyzýva členské štáty, aby prispôsobili svoje zdravotné systémy potrebám najviac znevýhodnených skupín zavedením štruktúr cenotvorby a mzdových systémov pre kvalifikovaných pracovníkov v oblasti zdravotníctva, ktoré všetkým pacientom zaručia

prístup k zdravotnej starostlivosti;

20. vyzýva EÚ a členské štáty, aby uplatňovali sociálne politiky zamerané na zabezpečenie prístupu k zaručenému minimu zdravotných služieb pre všetkých bez ohľadu na ich rod alebo etnický pôvod;
21. domnieva sa, že EÚ a členské štáty musia prijať opatrenia s cieľom zaručiť prístup všetkých žien k zdravotným službám (napríklad vrátane migrantiek, utečieniek a žien vo vidieckych oblastiach) bez ohľadu na ich vek alebo finančnú, spoločenskú, jazykovú, geografickú či kultúrnu situáciu alebo právne postavenie; v tejto súvislosti vyzýva členské štáty, aby prijali opatrenia na reguláciu výkonu povolania kultúrneho sprostredkovateľa v rámci systémov verejného zdravotníctva;
22. vyzýva členské štáty, aby pre ženy, páry a rodiny vytvorili sieť osobitných sociálnych, zdravotných a poradenských služieb s vyhradenými telefónnymi linkami pomoci s cieľom predchádzať domácemu násiliu a poskytovať kvalifikovanú odbornú pomoc a podporu tým, ktorí ich potrebujú, a to v spolupráci s ďalšími subjektmi činnými v tejto oblasti;
23. považuje za potrebné zvýšiť počet žien, ktoré sa zúčastňujú na vypracúvaní politik v oblasti zdravia, plánovaní programov a poskytovaní zdravotných služieb;
24. vyzýva EÚ a členské štáty, aby uznali všetky formy násilia páchaného mužmi na ženách za problém verejného zdravia;
25. domnieva sa, že EÚ a členské štáty musia zaručiť sexuálne a reprodukčné zdravie žien a zohľadňovať úmrtnosť matiek v rámci svojich politik a poskytovať možnosť bezpečného potratu v rámci Únie, ako aj mimo nej;
26. naliehavo žiada EÚ a členské štáty, aby sa zamerali na ľudské práva žien, najmä pokiaľ ide o zamedzenie nútenej sterilizácii žien a mrzačeniu ženských pohlavných orgánov, ich zákaz a trestné stíhanie páchatel'ov;
27. vyzýva EÚ a členské štáty, aby uplatňovali politiky, ktoré zabezpečia, že zraniteľné osoby, a najmä všetky tehotné ženy, deti a starší ľudia, budú mať právny nárok na spravodlivý prístup k zdravotným službám a budú mať aj uvedený prístup;
28. vyzýva EÚ a členské štáty, aby prijali nevyhnutné opatrenia, pokiaľ ide o prístup k metódam asistovanej reprodukcie, na odstránenie diskriminácie žien na základe ich rodinného stavu, veku, sexuálnej orientácie alebo etnického či kultúrneho pôvodu;
29. domnieva sa, že EÚ a členské štáty musia podporovať občiansku spoločnosť a ženské organizácie, ktoré presadzujú ľudské práva žien vrátane ich sexuálnych a reprodukčných práv, práva na zdravý životný štýl a práva na prácu, s cieľom zabezpečiť, aby ženy mali právo vyjadrovať sa k otázkam európskej a vnútroštátnej zdravotnej politiky;
30. naliehavo žiada členské štáty, aby zastavili súčasné znižovanie verejných výdavkov na zdravotné služby, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu pri zabezpečovaní vysokej úrovne zdravotnej ochrany ženám a mužom.



## VÝSLEDOK ZÁVEREČNÉHO HLASOVANIA VO VÝBORE

<b>Dátum prijatia</b>	30.11.2010
<b>Výsledok záverečného hlasovania</b>	+: 14 -: 6 0: 2
<b>Poslanci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Andrea Češková, Marije Cornelissen, Tadeusz Cymański, Edite Estrela, Ilda Figueiredo, Iratxe García Pérez, Philippe Juvin, Astrid Lulling, Elisabeth Morin-Chartier, Siiri Oviir, Nicole Sinclair, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Eva-Britt Svensson, Marc Tarabella, Britta Thomsen, Anna Záborská
<b>Náhradníci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Izaskun Bilbao Barandica, Vilija Blinkevičiūtė, Sylvie Guillaume, Norica Nicolai, Antigoni Papadopoulou, Sirpa Pietikäinen



## VÝSLEDOK ZÁVEREČNÉHO HLASOVANIA VO VÝBORE

<b>Dátum prijatia</b>	25.1.2011
<b>Výsledok záverečného hlasovania</b>	+:           52 -:           1 0:           7
<b>Poslanci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	János Áder, Elena Oana Antonescu, Kriton Arsenis, Pilar Ayuso, Paolo Bartolozzi, Sandrine Bélier, Sergio Berlato, Martin Callanan, Nessa Childers, Chris Davies, Bairbre de Brún, Anne Delvaux, Bas Eickhout, Edite Estrela, Jill Evans, Elisabetta Gardini, Gerben-Jan Gerbrandy, Julie Girling, Nick Griffin, Françoise Grossetête, Cristina Gutiérrez-Cortines, Satu Hassi, Jolanta Emilia Hibner, Dan Jørgensen, Karin Kadenbach, Christa Kläß, Holger Krahmer, Jo Leinen, Corinne Lepage, Linda McAvan, Radvilė Morkūnaitė-Mikulėnienė, Vladko Todorov Panayotov, Gilles Pargneaux, Antonyia Parvanova, Andres Perello Rodriguez, Sirpa Pietikäinen, Mario Pirillo, Pavel Poc, Vittorio Prodi, Anna Rosbach, Oreste Rossi, Dagmar Roth-Behrendt, Horst Schnellhardt, Richard Seeber, Theodoros Skylakakis, Catherine Soullie, Salvatore Tatarella, Sabine Wils, Marina Yannakoudakis
<b>Náhradníci prítomní na záverečnom hlasovaní</b>	Philippe Juvin, Jiří Maštálka, Miroslav Mikolášik, Bill Newton Dunn, James Nicholson, Alojz Peterle, Michèle Rivasi, Csaba Sándor Tabajdi, Marita Ulvskog, Kathleen Van Brempt, Elżbieta Katarzyna Łukacijewska