



EUROPAPARLAMENTET

2009 - 2014

Plenarhandling

A7-0032/2011

8.2.2011

BETÄNKANDE

om att minska ojämlikhet i hälsa i EU
(2010/2089(INI))

Utskottet för miljö, folkhälsa och livsmedelssäkerhet

Föredragande: Edite Estrela

RR\856584SV.doc

PE452.571v02-00

SV

Förenade i mångfalden

SV

INNEHÅLL

	Sida
FÖRSLAG TILL EUROPAPARLAMENTETS RESOLUTION	3
MOTIVERING	17
YTTRANDE FRÅN UTSKOTTET FÖR DEN INRE MARKNADEN OCH KONSUMENTSKYDD	19
YTTRANDE FRÅN UTSKOTTET FÖR KVINNORS RÄTTIGHETER OCH JÄMSTÄLLDHET MELLAN KVINNOR OCH MÄN	25
RESULTAT AV SLUTOMRÖSTNINGEN I UTSKOTTET	32

FÖRSLAG TILL EUROPAPARLAMENTETS RESOLUTION

om att minska ojämlikhet i hälsa i EU (2010/2089(INI))

Europaparlamentet utfärdar denna resolution

- med beaktande av artiklarna 168 och 184 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt,
- med beaktande av artikel 2 i fördraget om Europeiska unionen,
- med beaktande av artikel 35 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna,
- med beaktande av artikel 23 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, som handlar om jämställdhet mellan kvinnor och män på alla områden,
- med beaktande av kommissionens meddelande ”Solidaritet i hälsa: att minska ojämlikhet i hälsa i EU” (KOM(2009)0567),
- med beaktande av rådets beslut nr 1350/2007/EG av den 23 oktober 2007 om inrättande av ett andra gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet (2008–2013)¹,
- med beaktande av rådets beslut 2010/48/EG av den 26 november 2009 om ingående från Europeiska gemenskapens sida av Förenta nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning²,
- med beaktande av yttrandet från kommittén för socialt skydd om ”Solidaritet i hälsa: att minska ojämlikhet i hälsa i EU”,
- med beaktande av rådets slutsatser av den 8 juni 2010 med titeln ”Rättvisa och hälsa inom alla politikområden: Solidaritet i hälsa”,
- med beaktande av rapporten om den andra gemensamma bedömningen från kommittén för socialt skydd och kommissionen av de sociala effekterna av den ekonomiska krisen och den politiska reaktionen,
- med beaktande av rådets slutsatser om gemensamma värderingar och principer i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem (2006/C 146/01),
- med beaktande av rådets resolution av den 20 november 2008 om ungdomars hälsa och välbefinnande,

¹ EUT L 301, 20.11.2007, s. 3.

² EUT L 23, 27.1.2010, s. 35.

- med beaktande av den slutliga rapporten från Världshälsoorganisationens kommission för sociala bestämningsfaktorer för hälsa (WHO, 2008),
- med beaktande av yttrandet från Regionkommittén om ”Solidaritet i hälsa: att minska ojämlikhet i hälsa i EU”,
- med beaktande av sin resolution av den 1 februari 2007 ”Främja goda kostvanor och motion: en europeisk dimension i arbetet för att förebygga övervikt, fetma och kroniska sjukdomar”¹ och sin resolution av den 25 september 2008 om vitboken om hälsofrågor som rör kost, övervikt och fetma²,
- med beaktande av sin resolution av den 9 oktober 2008 om vitboken ”Tillsammans för hälsa: Strategi för EU: 2008–2013”³,
- med beaktande av artikel 48 i arbetsordningen,
- med beaktande av betänkandet från utskottet för miljö, folkhälsa och livsmedelssäkerhet och yttrandena från utskottet för den inre marknaden och konsumentskydd och utskottet för kvinnors rättigheter och jämställdhet mellan kvinnor och män (A7-0032/2011), och av följande skäl:
 - A. Universalitetsprincipen, tillgång till högkvalitativ vård, rättvisa och solidaritet utgör gemensamma värderingar och principer som ligger till grund för EU-medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem.
 - B. Samtidigt som människor i genomsnitt lever längre och sundare än tidigare generationer står EU, på grund av befolkningens åldrande, inför stora utmaningar, nämligen de stora skillnaderna i fysisk och psykisk hälsa som finns mellan och inom EU:s medlemsstater, och som ökar.
 - C. Skillnaden i förväntad livslängd vid födseln mellan de lägsta och högsta socioekonomiska grupperna är tio år för män och sex år för kvinnor.
 - D. Det finns också en viktig könsdimension i fråga om livslängd när det gäller ojämlikhet i hälsa.
 - E. Förutom genetiska faktorer påverkas människors hälsa främst av livsstil, tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive hälso- och sjukvårdsupplysning, hälsoundervisning, förebyggande av sjukdomar samt tillgång till behandling av kort- och långtidssjukdomar. Socioekonomiskt svagare grupper är mer utsatta för faktorer som dålig kost och tobaks- och alkoholberoende, vilka samtliga i allra högsta grad bidrar till sjukdomar och andra hälsoproblem, däribland hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer.
 - F. I alla medlemsstater finns det ojämlikheter i hälsa mellan människor på högre och lägre utbildnings-, yrkes- och inkomstnivåer.

¹ Antagna texter, P6_TA(2007)0019.

² Antagna texter, P6_TA(2008)0461.

³ EUT C 9 E, 15.1.2010, s. 56.

- G. Det finns belägg för att könsdimensionen är relevant i samband med näringsbrist, eftersom statistiken tyder på att kvinnor i högre grad lider av näringsbrist och att denna ojämlikhet ökar i socioekonomiskt svagare grupper.
- H. Könns- och åldersmässig ojämlikhet inom biomedicinsk forskning och kvinnors underrepresentation i kliniska tester försämrar patientvården.
- I. Jämförande mätning av ojämlikhet i hälsa är ett viktigt första steg mot effektiva åtgärder.
- J. Sjukdomsfrekvensen är vanligtvis högre bland grupper med låg utbildnings-, yrkes- och inkomstnivå, och stora ojämlikheter finns också om man ser till förekomsten av de flesta speciella former av funktionshinder, kroniska icke smittsamma sjukdomar såväl som sjukdomar i munhålan och olika former av psykiska sjukdomar.
- K. Tobaksbruket ökar snabbt bland kvinnor, särskilt bland unga kvinnor, med förödande konsekvenser för deras framtida hälsa. När det gäller kvinnors rökning förvärras den av många andra faktorer.
- L. Kommissionen har fastställt att det finns en social gradient i hälsostatus i samtliga medlemsstater i EU (kommissionens meddelande av den 20 oktober 2010 ”Solidaritet i hälsa: Att minska ojämlikhet i hälsa i EU”). Världshälsoorganisationen definierar denna sociala gradient som sambandet mellan sociala och ekonomiska ojämlikheter och ojämlikheterna i hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård.
- M. Åtskilliga projekt och studier har bekräftat att ursprunget till övervikt och fetma framför allt har att göra med tidiga skillnader kopplade till den socioekonomiska miljön och att övervikt och fetma är vanligast i socioekonomiskt svagare grupper. Denna situation skulle kunna leda till ännu större ojämlikhet i hälsa och på det socioekonomiska området på grund av den ökade risken för fetmarelaterade sjukdomar.
- N. Trots den sociala, ekonomiska och miljömässiga utvecklingen som under lång tid har lett till en generell förbättring av folkhälsan, finns det fortfarande faktorer som direkt inverkar på ojämlikhet i hälsa, såsom sanitära förhållanden, bostads- och arbetsförhållanden, dålig kost, utbildning, inkomst, alkoholkonsumtion och rökning.
- O. Klimatförändringarna förväntas medföra ett antal potentiella hälsorisker genom allt oftare förekommande extrema väderförhållanden, såsom värmeböljor och översvämningar, förändrade förlopp hos infektionssjukdomar och en ökande exponering för ultraviolett strålning. Alla EU-medlemsstater är inte lika väl förberedda för att ta itu med dessa utmaningar.
- P. Ojämlikhet i hälsa beror inte bara på ett antal ekonomiska faktorer och miljö- och livsstilfaktorer utan också på svårigheter att få tillgång till hälso- och sjukvård.
- Q. Ojämlikheterna i hälsa beror också på svårigheter att få tillgång till hälso- och sjukvård, dels av ekonomiska skäl (inte så mycket för omfattande behandlingar som vanligtvis hanteras korrekt av medlemsstaterna, utan för löpande vård (såsom tand-

och ögonvård), dels på grund av den dåliga fördelningen av medicinska resurser i vissa områden inom EU.

- R. Bristen på hälso- och sjukvårdspersonal i vissa delar av EU och det faktum att det är lätt för personalen att flytta till andra delar av EU utgör ett verkligt problem, och detta medför stora ojämlikheter i tillgång till hälso- och sjukvård och patientsäkerhet.
- S. Människor som lever på avlägsna platser och öar har fortfarande begränsad tillgång till snabb och högkvalitativ vård.
- T. Patienter med kroniska sjukdomar eller andra bestående hälsoproblem utgör en särskild grupp som utsätts för ojämlikhet i tillgången till diagnos och vård, sociala tjänster och andra stödtjänster, och som missgynnas, bl.a. i form av ekonomiska påfrestningar, dåliga sysselsättningsmöjligheter, social diskriminering och stigmatisering.
- U. Våld mot kvinnor är ett utbrett problem i alla länder och i alla socialgrupper och har allvarliga konsekvenser för kvinnors och barns fysiska och psykiska hälsa.
- V. Infertilitet är ett medicinskt tillstånd som har erkänts av Världshälsoorganisationen (WHO) och som har särskild inverkan på kvinnors hälsa. En brittisk undersökning om medvetenheten om hälsofrågor har visat att över 94 procent av de kvinnor som lider av infertilitet också lider av någon form av depression.
- W. Det råder stora skillnader mellan medlemsstaterna i tillgången till fertilitetsbehandling.
- X. Enligt EU:s statistikbyrå Eurostat steg arbetslösheten i EU 27 till 9,6 procent i september 2010, och rådets kommitté för socialt skydd uttryckte i sitt yttrande av den 20 maj 2010 oro för att den nuvarande ekonomiska och finansiella krisen kommer att ha negativ inverkan på människors tillgång till hälso- och sjukvård och på medlemsstaternas hälso- och sjukvårdsbudgetar.
- Y. Dagens ekonomiska och finansiella kris kan få allvarliga följder för hälso- och sjukvårdssektorn i flera av EU:s medlemsstater, både på utbuds- och efterfrågesidan.
- Z. Begränsningarna på grund av den rådande ekonomiska och finansiella krisen, kombinerat med konsekvenserna av annalkande demografiska utmaningar som unionen kommer att tvingas ta itu med, skulle i hög grad kunna underminera den finansiella och organisatoriska hållbarheten i medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem och därmed hindra lika tillgång till vård i respektive land.
- AA. Kombinationen av fattigdom och andra former av utsatthet, som barndom eller ålderdom, funktionsnedsättning eller minoritetsbakgrund, ökar ytterligare risken för ojämlikhet i hälsa och vice versa, dvs. dålig hälsa kan leda till fattigdom och/eller social utestängning.
- AB. De första åren i en människas liv har många gånger stor betydelse för hälsan och välbefinnandet under resten av livet – allt från fetma, hjärtsjukdomar och psykisk hälsa till utbildning, arbetsliv, ekonomisk ställning och livskvalitet.

- AC. Ojämlighet i hälsa får betydande ekonomiska följder för unionen och dess medlemsstater. Förlusterna knutna till ojämlikhet i hälsa har uppskattats till cirka 1,4 procent av BNP.
- AD. I många EU-medlemsstater är lika tillgång till hälso- och sjukvård inte garanterad för papperslösa invandrare – varken i praktiken eller rättsligt sett.
- AE. I vissa medlemsstater kan det fortfarande förekomma att olika grupper i samhället (t.ex. funktionshindrade) inte obehindrat kan ta sig in på hälso- och sjukvårdsinrättningar, vilket begränsar deras tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster.
- AF. När det gäller den åldrande befolkningen står medlemsstaterna inför problem som har att göra med beroende och ett ökat behov av geriatrisk vård och behandling. Hälso- och sjukvården behöver omorganiseras. Ojämligheten i tillgång till hälso- och sjukvård för äldre människor ökar.
1. Europaparlamentet välkomnar följande viktiga förslag i kommissionens meddelande ”Solidaritet i hälsa: att minska ojämlikhet i hälsa i EU”: 1) Att skapa en jämnare fördelning av hälsa som en del av våra allmänna mål för social och ekonomisk utveckling. 2) Att skapa bättre data- och kunskapsbaser (inklusive mätning, övervakning, utvärdering och rapportering). 3) Att få hela samhället att sträva efter att minska ojämlikhet i hälsa. 4) Att tillgodose utsatta grupperns behov. 5) Att utveckla en EU-politik som kan bidra till mindre ojämlikhet i hälsa.
 2. Europaparlamentet betonar vikten av att hälso- och sjukvårdstjänster erbjuds på ett sätt som överensstämmer med de grundläggande rättigheterna. Den allmänna tillgången till såväl hälso- och sjukvårdssystem som vård till rimliga priser måste upprätthållas och förbättras.
 3. Europaparlamentet poängterar vikten av att förbättra tillgången till sjukdomsförebyggande tjänster, hälsofrämjande tjänster samt primärvårds- och specialistvårdstjänster, och att minska ojämlikheter mellan olika social- och åldersgrupper. Parlamentet framhåller att dessa mål kan uppnås genom en optimering av de offentliga medlen till förebyggande vård och sjukvård och riktade program till utsatta grupper.
 4. Europaparlamentet uppmanar kommissionen och medlemsstaterna att fortsätta sina ansträngningar för att utjämna de sociala och ekonomiska ojämlikheterna, vilket skulle kunna göra det möjligt att till slut utjämna en del av ojämlikheterna i hälso- och sjukvård. Vidare uppmanas kommissionen och medlemsstaterna att med utgångspunkt i de universella värdena om människans värdighet, frihet, jämlikhet och solidaritet koncentrera sig på utsatta grupperns behov, däribland missgynnade invandrargrupper och etniska minoriteter, barn, ungdomar och personer med funktionsnedsättning och att lägga särskild tonvikt vid psykisk sjukdom, patienter med kroniska sjukdomar eller bestående hälsoproblem, äldre människor och människor som lever i fattigdom samt personer med alkohol- och drogproblem.
 5. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att se till att de mest utsatta grupperna, däribland papperslösa invandrare, har rätt till och ges lika tillgång till hälso- och

sjukvård. Medlemsstaterna uppmanas undersöka möjligheten att stödja hälso- och sjukvård för illegala invandrare genom att fastställa en definition baserad på gemensamma principer för ett grundutbud av hälso- och sjukvård i enlighet med sin nationella lagstiftning.

6. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att se till att de särskilda hälsoskyddsbehoven bland invandrarkvinnor beaktas, med särskild hänvisning till hälsosystemens skyldighet att tillhandahålla adekvata tolktjänster. Hälsosystemen bör kunna erbjuda utbildning som hjälper läkare och övrig personal att anta ett interkulturellt förhållningssätt som grundas på erkännande av och respekt för mångfald samt lyhördhet för patienterna med hänsyn till deras geografiska ursprung. Man bör även prioritera insatser mot och informationskampanjer om kvinnlig könsstympning, inklusive stränga straff för dem som utför dessa ingrepp.
7. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att snabbt finna lösningar för att bekämpa diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, särskilt i de medlemsstater där rådets direktiv 2000/43/EG ännu inte har genomförts och där kvinnor från etniska minoriteter har begränsat eller inget socialt skydd eller begränsad eller ingen tillgång till hälso- och sjukvård.
8. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att i samarbete med det civila samhällets organisationer främja tillgång till juridisk rådgivning och information av hög kvalitet för att hjälpa vanliga invånare, inbegripet papperslösa migranter, att få bättre kunskap om sina individuella rättigheter.
9. Europaparlamentet framhåller att den ekonomiska och finansiella krisen och de åtstramningsåtgärder som medlemsstaterna vidtagit, särskilt på utbudssidan, kan leda till minskade resurser för folkhälsan, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder samt för långtidsvården på grund av budgetnedskärningar och lägre skatteintäkter. Efterfrågan på hälso- och sjukvård samt långtidsvård kan samtidigt komma att öka på grund av en kombination av faktorer som bidrar till en försämrad hälsostatus för befolkningen i allmänhet.
10. Europaparlamentet betonar att ojämlikhet i hälsa inom EU är en stor belastning för medlemsstaterna och deras hälso- och sjukvårdssystem och att en effektivt fungerande inre marknad, liksom en kraftfull och om möjligt samordnad förebyggande offentlig politik, kan bidra till förbättringar på detta område.
11. Europaparlamentet betonar att man bör se hälso- och sjukvårdssystemens tillgänglighet (som äventyras på grund av utebliven ersättning för vård och läkemedel, otillräckliga förebyggande åtgärder och starka variationer inom patientunderlaget) och effektiva diagnoser som nyckelaspekter i åtgärderna mot ojämlikhet i hälsa för att motverka socioekonomiska faktorer som fetma, tobaksberoende osv. Vidare bör också läkemedelsbehandlingarnas tillgänglighet och överkomlighet ses som en nyckelaspekt för enskilda individers hälsa. Därför uppmanar parlamentet medlemsstaterna att se till att insynsdirektivet (direktiv 89/105/EEG) genomförs på korrekt sätt och att slutsatserna från kommissionens meddelande från 2008 om undersökningen av läkemedelssektorn hanteras på lämpligt sätt.

12. Europaparlamentet understryker att hälso- och sjukvård inte är och inte bör betraktas som vanliga varor eller tjänster.
13. Europaparlamentet uppmanar rådet och medlemsstaterna att utvärdera och genomföra nya åtgärder för att öka effektiviteten i utgifterna inom hälso- och sjukvårdssektorn, framför allt genom att investera i förebyggande vård så att de framtida långsiktiga kostnaderna och sociala åtagandena kan minskas, och att omstrukturera hälso- och sjukvårdssystemen för att i hela EU ge rättvis tillgång till högkvalitativ vård (särskilt grundläggande vård) utan diskriminering. Parlamentet uppmanar kommissionen att undersöka hur befintliga EU-fonder används för att ytterligare främja investeringar i infrastruktur, forskning och utbildning på hälso- och sjukvårdsområdet samt stödja och öka sjukdomsförebyggande åtgärder.
14. Europaparlamentet uppmanar kommissionen och medlemsstaterna att se till att införa lika tillgång för äldre patienter till hälso- och sjukvård och olika behandlingsalternativ i deras strategier och program för hälso- och sjukvård, och att göra rimlig tillgång till hälso- och sjukvård och behandlingar för äldre till en prioritet för ”Europaåret för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationerna (2012)”. Medlemsstaterna uppmanas att främja initiativ för att komma till rätta med social isolering bland äldre patienter eftersom det har stor betydelse för patienternas hälsa på lång sikt. För att kunna garantera den finansiella och organisatoriska hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemen måste EU och dess medlemsstater kunna förutse de sociala och ekonomiska konsekvenserna av den europeiska befolkningens åldrande med hjälp av en lämplig och långsiktig strategi, och även för att garantera lika och kontinuerligt tillhandahållande av vård till patienterna.
15. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att förbättra sin förmåga att noggrant övervaka krisens följder för hälsan samt dess sociala följder på nationell, regional och lokal nivå.
16. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att stödja utbyte av erfarenheter i samband med hälsoundervisning, främjande av en sund livsstil, förebyggande åtgärder, tidig diagnos och lämplig behandling, särskilt när det gäller alkohol, tobak, kost, fetma och droger. Medlemsstaterna uppmanas satsa på fysisk aktivitet, bra kost och program för ”hälsosamma skolor” riktade till barn, särskilt i missgynnade områden, och att höja personalens kompetensnivå, förbättra undervisningen i hälso- och socialfrågor med syfte att främja ett sundare beteende och uppmanra ett positivt livsstilsrelaterat beteende.
17. Europaparlamentet uppmanar samtliga medlemsstater att investera i infrastruktur på social-, utbildnings- och miljöområdet samt inom hälso- och sjukvård, i linje med principen om hälsa inom alla politikområden, och samtidigt samordna åtgärder som rör hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens, fortbildning och rörlighet, för att garantera kapacitet och hållbarhet i hälsoinfrastrukturen och bland hälso- och sjukvårdspersonalen på såväl EU-nivå som nationell nivå.
18. Europaparlamentet framhåller att ojämlikhet i hälsa inom unionen inte kommer att övervinnas utan en gemensam och övergripande strategi för de anställda inom hälso-

och sjukvården i EU, inklusive en samordnad politik för förvaltning av resurser, utbildning, miniminormer för kvalitet och säkerhet samt registrering av personal.

19. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att säkerställa tillgången till upplysningar om hälsa, sund livsstil, hälsovård, möjligheter till förebyggande vård, tidig upptäckt av sjukdomar och korrekt behandling på ett sätt och på språk som alla kan förstå, genom ny informations- och kommunikationsteknik, och med särskild hänvisning till hälsovård på nätet.
20. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att stödja införandet av telemedicinsk teknik som på ett avgörande sätt kan minska de geografiska skillnaderna när det gäller tillgång till viss hälso- och sjukvård, främst specialistvård, särskilt i gränsregioner.
21. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att främja offentlig politik för att garantera hälsosamma levnadsvillkor för alla spädbarn, barn, ungdomar, inklusive preventiv vård, mödravård och åtgärder för att stödja föräldrar och i synnerhet gravida och ammande kvinnor, för att alla nyfödda ska få en hälsosam start i livet, samt undvika fortsatt ojämlikhet i hälsa, och därmed erkänna betydelsen av att investera i barns tidiga utveckling och i livscykelstrategier.
22. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att se till att alla gravida kvinnor och barn, oavsett rättslig ställning, är berättigade till och faktiskt får socialt skydd i enlighet med medlemsstaternas nationella lagstiftning.
23. Europaparlamentet påminner om EU:s skyldighet, enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, att garantera funktionshindrade rätt till högsta möjliga hälsostandard utan diskriminering på grund av funktionshinder. Parlamentet vidhåller att inbegripande av funktionsnedsättning i alla relevanta indikatorer för mätning av hälsa är ett centralt steg för att uppfylla denna skyldighet.
24. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att som faktorer i ett jämställdhetsperspektiv integrera kvinnors hälsa och frågan om åldrande (äldre kvinnor) samt tillämpa jämställdhetsbudgetering i sin politik, sina program och sin forskning på hälso- och sjukvårdsområdet, från utvecklings- och utformningsstadiet till konsekvensbedömningen. Parlamentet kräver att det införs könsspecifika konsekvensbedömningar i politiken för de EU-finansierade ramforskningsprogrammen och de offentliga finansieringsorganen och att sammanställning och analys av köns- och åldersspecifika uppgifter möjliggörs för att identifiera viktiga skillnader mellan kvinnors och mäns hälsa, med målet att främja en förändring av politiken och sammanställa epidemiologiska metoder som möjliggör en analys av orsakerna bakom skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män.
25. Europaparlamentet anser att EU och dess medlemsstater bör se till att kvinnors tillgång till preventivmedel och rätt till säkra aborter underlättas.
26. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att förse medlemsstaterna med exempel på god och bästa praxis för att främja en enhetligare tillgång till fertilitetsbehandling.

27. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att fokusera på kvinnors mänskliga rättigheter, särskilt genom att förebygga och förbjuda tvångssterilisering av kvinnor samt kvinnlig könsstympning liksom att ställa de skyldiga inför rätta.
28. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att erkänna mäns våld mot kvinnor som en folkhälsofråga, vilken form våldet än tar.
29. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att vidta nödvändiga åtgärder när det gäller tillgång till teknik för assisterad befruktning och att undanröja diskriminering av kvinnor som grundas på äktenskaplig status, ålder, sexuell inriktning, etnisk eller kulturell bakgrund.
30. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att gå på Världshälsoorganisationens linje och erkänna fetma som en kronisk sjukdom och att därför bereda tillgång till program för förebyggande av fetma och garantera tillgång till behandling med belagda positiva medicinska resultat för personer som lider av fetma och behöver medicinsk behandling, och även för att förhindra att följsjukdomar uppstår.
31. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att integrera ett jämställdhetsperspektiv i tobakskontrollen enligt rekommendationerna i WHO:s ramkonvention om tobakskontroll, och att införa antirökkampanjer riktade till unga flickor och kvinnor.
32. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att uppmuntra och stödja medicinsk och farmaceutisk forskning om de sjukdomar som oftast drabbar kvinnor, med hänvisning till alla stadier i livet, inte enbart till den fertila perioden.
33. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att lösa problemen med ojämlikhet i tillgången till hälso- och sjukvård av betydelse för människors vardag, exempelvis tandvård och ögonvård.
34. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att införa en konsekvent politik och stödåtgärder för kvinnor som inte förvärvsarbetar eller som arbetar inom sektorer där de inte omfattas av en individuell sjukförsäkring och att försöka hitta möjligheter att försäkra dessa kvinnor.
35. Europaparlamentet uppmanar med kraft kommissionen att, i sitt samarbete med de behöriga myndigheterna i medlemsstaterna, främja bästa praxis för prissättning och ersättning av läkemedelskostnader, bland annat användbara modeller för differentiering av läkemedelspriser, för att få fram det mest rimliga priset och minska ojämlikheten i tillgång till läkemedel.
36. Europaparlamentet påminner om att antagandet av ett europeiskt patent med lämpliga språkarrangemang och ett enhetligt tvistlösningssystem är avgörande för att återuppliva den europeiska ekonomin.
37. Europaparlamentet noterar att det arbete som redan gjorts i utskottet för den inre marknaden och konsumentskydd, bland annat inom produktsäkerhet och reklam, har gjort att man tagit itu med vissa aspekter när det gäller ojämlikhet i hälsa inom EU.

Parlamentet betonar i detta avseende vikten av att noggrant kontrollera den information som läkemedelsföretagen ger till patienterna, särskilt till de mest sårbara och minst informerade grupperna, och behovet av ett effektivt och oberoende system för säkerhetsövervakning av läkemedel.

38. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att anpassa sina hälso- och sjukvårdssystem till behoven hos de minst gynnade grupperna genom att utveckla metoder för att fastställa de avgifter som hälso- och sjukvårdspersonalen tar ut och för att alla patienter ska få tillgång till vård.
39. Europaparlamentet uppmanar med kraft kommissionen att göra sitt yttersta för att uppmuntra medlemsstaterna att ge patienter ersättning och att göra allt som behövs för att minska ojämlikheterna i tillgång till läkemedel för behandling av tillstånd och sjukdomar som benskörhet efter övergångsåldern och Alzheimers sjukdom, vilka i vissa medlemsstater inte ersätts, och att göra så omedelbart.
40. Europaparlamentet framhåller att förutom nationella regeringar spelar även regionala myndigheter i många länder en viktig roll för folkhälsan, främjande av hälsa, förebyggande av sjukdomar och i tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster, och att man därför även bör få dem aktivt involverade. Parlamentet anser att regionala och lokala självstyrelseorgan och andra berörda parter, även på arbetsplatser och skolor, också kan göra en stor insats. Detta gäller framför allt hälsoundervisning, främjande av en sund livsstil, effektivt förebyggande av sjukdomar och tidig screening och upptäckt av sjukdomar.
41. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att stödja en ”strategi för närvård” och att tillhandahålla integrerad hälso- och sjukvård, som är tillgänglig på lokal eller regional nivå, vilket gör det möjligt att bättre stödja patienterna i deras egen sociala närmiljö.
42. Europaparlamentet uppmanar samtliga medlemsstater att omvärdera politiska strategier i de frågor som har stor betydelse för ojämlikheter i hälsa, exempelvis strategierna för tobak, alkohol, livsmedel och läkemedel samt för folkhälsa och tillhandahållande av hälso- och sjukvård.
43. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att utveckla partnerskap i gränsregionerna för att dela på infrastruktur- och personalkostnader och för att minska ojämlikhet i hälsa, särskilt vad gäller tillgången till den senaste utrustningen.
44. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att undersöka effekterna av beslut som grundas på nationella och regionala utvärderingar av effektiviteten hos läkemedel och medicintekniska produkter på den inre marknaden, bland annat när det gäller patienttillgång samt innovativa nya produkter och medicinska metoder, som är några av de faktorer som mest påverkar jämlikhet i hälsa.
45. Europaparlamentet menar att genomförandet av direktivet om patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (2008/0142(COD)) bör följas av konsekvensbedömningar för att så exakt som möjligt kunna mäta hur effektivt direktivet är i kampen mot ojämlikhet i hälsa och se till att det garanterar ett rimligt

skydd för allmänheten och patientsäkerhet, inte minst när det gäller den geografiska fördelningen av de medicinska resurserna, såväl mänskliga som materiella.

46. Europaparlamentet konstaterar att högkvalitativ och effektiv gränsöverskridande hälso- och sjukvård kräver ökad öppenhet i informationen till allmänheten, patienter, tillsynsmyndigheter och vårdgivare om många frågor, bland annat om patienträttigheter, tillgång till rättslig prövning och reglering av yrken inom hälso- och sjukvården.
47. Europaparlamentet beklagar djupt att direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård inte åtföljts av ett lagstiftningsförslag om hälso- och sjukvårdspersonalens rörlighet som tar hänsyn till risken för kompetensflykt från vissa områden i EU, vilket dramatiskt skulle öka de geografiska ojämlikheterna i vissa medlemsstater. Parlamentet uppmanar kommissionen att åtgärda detta misslyckande, eventuellt i samband med den kommande översynen av direktivet om yrkeskvalifikationer (direktiv 2005/36/EG).
48. Europaparlamentet uppmanar med kraft medlemsstaterna att fullt ut genomföra direktivet om yrkeskvalifikationer (direktiv 2005/36/EG). Eftersom den medicinska kompetensen är så komplex uppmanar parlamentet kommissionen att i samband med utvärderingen och översynen av direktivet ta upp några av de brister i regleringen som skulle kunna utsätta patienter för skada och äventyra deras rätt till en säker behandling. Parlamentet uppmanar kommissionen att dessutom överväga om man ska göra registrering i informationssystemet för den inre marknaden (IMI) obligatorisk för de behöriga myndigheterna och förbättra behöriga myndigheters möjligheter att aktivt dela med sig av disciplinär information om hälso- och sjukvårdspersonal genom att skapa en lämplig varningsmekanism.
49. Europaparlamentet uppmanar med kraft kommissionen att i sitt kommande lagstiftningsförslag om yrkeskvalifikationer inrikta sig på en förstärkt mekanism för erkännande av kvalifikationer i medlemsstaterna.
50. Europaparlamentet framhåller att ökad innovation ofta leder till att behandlingar blir mer tillgängliga, vilket är särskilt relevant för befolkningsgrupper som är isolerade eller bor på landsbygden.
51. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att i samarbete med medlemsstaterna stödja utvecklingen av telemedicin som ett sätt att minska de geografiska skillnaderna beträffande hälso- och sjukvårdstjänster på både regional och lokal nivå.
52. Europaparlamentet uppmanar rådet och kommissionen att, inom ramen för Europa 2020-strategin, i högre grad erkänna såväl fysisk som psykisk hälsa samt välbefinnande som centrala faktorer för att bekämpa utestängning, att låta jämförande indikatorer skiktade efter socioekonomisk status och folkhälsoläget ingå i förfarandena för att övervaka Europa 2020-strategin, och att beakta åldersdiskriminering, särskilt i samband med kliniska prövningar om bättre behandlingsmetoder för äldre personer.
53. Europaparlamentet anser att EU och dess medlemsstater måste stödja organisationer i det civila samhället och kvinnoorganisationer som främjar kvinnors mänskliga

rättigheter, bland annat deras sexuella och reproduktiva rättigheter, rätten till en sund livsstil och till arbete, för att kvinnor ska kunna göra sina röster hörda i hälsopolitiska frågor på nationell och europeisk nivå.

54. Europaparlamentet uppmuntrar samtliga medlemsstater att främja och bygga upp kapacitet och etablera internationellt utbyte och samarbete mellan samtliga relevanta sektorsövergripande aktörer vid utarbetande och genomförande av strategier som minskar ojämlikhet i hälsa.
55. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att stödja och genomföra en gemensam metod för politiskt beslutsfattande på lokal, regional och nationell nivå, och att på så sätt sträva efter en strategi om hälsa inom alla politikområden.
56. Europaparlamentet uppmanar kommissionen och medlemsstaterna att utveckla en gemensam uppsättning indikatorer för övervakning av ojämlikhet i hälsa utifrån ålder, kön, socioekonomisk status och geografiskt läge samt av de risker som uppstår vid alkoholism och narkotikamissbruk, och att fastställa en metod för bedömning av hälsosituationen i medlemsstaterna i syfte att kartlägga och prioritera områden som behöver förbättras samt bästa praxis.
57. Europaparlamentet betonar att ojämlikhet i hälsa har sin grund i sociala ojämlikheter i form av levnadsförhållanden och sociala beteendemönster kopplade till kön, ras, utbildningsnivå, sysselsättning och ojämna fördelning av inte bara inkomster utan också av hälso- och sjukvård samt sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande tjänster.
58. Europaparlamentet betonar att hälsoriskerna för missgynnade (fattiga) socialgrupper är den bakomliggande orsaken till problemet med ojämlikhet i hälsa och att dessa risker ökar genom en kombination av fattigdom och annan form av utsatthet.
59. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att se till att arbetet med att minska ojämlikheter i hälsa och öka tillgången till fysiska och psykiatriska hälso- och sjukvårdstjänster verkligen utförs och integreras i kommissionens nuvarande initiativ, såsom i partnerskapet för en frisk och aktiv åldrande befolkning och i EU:s plattform mot fattigdom och social utestängning, samt i kommande initiativ om barns tidiga utveckling och i ungdomsstrategier med fokus på utbildning och sysselsättning.
60. Europaparlamentet uppmanar till bättre samordning mellan EU:s byråer som spelar en viktig roll i kampen mot ojämlikhet i hälsa, särskilt mellan Europeiska institutet för förbättring av levnads- och arbetsvillkor, Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar och Europeiska arbetsmiljöbyrån.
61. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att hjälpa medlemsstaterna att bättre utnyttja den öppna samordningsmetoden för att stödja projekt som vill komma åt bakomliggande faktorer till ojämlikhet i hälsa.
62. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att utveckla sätt för att engagera och involvera alla berörda parter på EU-nivå när det gäller att främja införande och spridning av god praxis på folkhälsoområdet.

63. Europaparlamentet understryker betydelsen av varierad kost av bra kvalitet när det gäller de faktorer som är avgörande för folkhälsan och uppmanar här kommissionen att i större utsträckning utnyttja de effektiva program som inrättats inom ramen för den gemensamma jordbrukspolitiken (gratis mjölk och frukt till skolor och livsmedel till de fattigaste).
64. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att inrätta ett nätverk med särskilda sociala tjänster, hälso- och sjukvårdstjänster samt rådgivningstjänster med telefonlinjer för kvinnor, par och familjer för att tillsammans med behöriga institutioner förebygga våld i hemmet och se till att de personer som behöver stöd och hjälp av kompetent och utbildad personal får det.
65. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att hjälpa medlemsstaterna att bättre utnyttja EU:s sammanhållningspolitik och strukturfonder för att stödja projekt som tar itu med de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa och som minskar ojämlikhet i hälsa. Kommissionen uppmanas också att hjälpa medlemsstaterna att bättre utnyttja Progressprogrammet.
66. Europaparlamentet uppmanar med kraft medlemsstaterna att upphöra med de pågående nedskärningarna av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvårdstjänster som är av central betydelse för att kvinnor och män ska kunna få ett högt hälsoskydd.
67. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att låta en strategi baserad på ekonomiska och miljömässiga bestämningsfaktorer för hälsan och på ”rättvisa och hälsa inom alla politikområden” ingå i utvecklingen av all intern och extern EU-politik, särskilt för att uppnå millennieutvecklingsmålen, framför allt om en god mödrahälsovård.
68. Europaparlamentet uppmanar med kraft samtliga medlemsstater att erkänna hälsans betydelse för samhället och att gå utanför en BNP-baserad metod för att mäta social, samhällelig och personlig utveckling.
69. Europaparlamentet uppmanar rådet att betrakta ansträngningar för att hantera ojämlikhet i hälsa som en politisk prioritering i samtliga medlemsstater, med beaktande av sociala bestämningsfaktorer för hälsa och livsstilsrelaterade riskfaktorer som exempelvis alkohol, tobak och kost, genom insatser inom exempelvis konsument-, sysselsättnings-, bostads-, social-, miljö- samt jordbruks- och livsmedelspolitiken liksom levnads- och arbetsvillkoren samt vad gäller forskning, i linje med principen om hälsa inom alla politikområden.
70. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att stödja åtgärder som finansieras via de aktuella och framtida handlingsplanerna för folkhälsa för att ta itu med de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa.
71. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att utarbeta riktlinjer för att förbättra mekanismerna för att övervaka ojämlikhet i hälsa i hela EU (mellan och inom medlemsstaterna) genom att förbättra insamlingen av data med mer systematiska och jämförbara uppgifter som kompletterar de uppgifter som redan finns om ojämlikhet i hälsa, och med hjälp av regelbunden övervakning och analys.

72. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att överväga utarbetandet av ett förslag till rådsrekommendation, eller något annat lämpligt gemenskapsinitiativ, som syftar till att uppmuntra och stödja medlemsstaternas utveckling av integrerade nationella eller regionala strategier för att minska ojämlikhet i hälsa.
73. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att i sina lägesrapporter utvärdera hur effektiva åtgärderna för att minska ojämlikhet i hälsa är och de förbättringar i hälsa som beror på åtgärder inom politikområden som rör de sociala, ekonomiska och miljömässiga bestämningsfaktorerna för hälsa,
74. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att tillämpa strategin om hälsa inom alla politikområden vid politiskt beslutsfattande på EU-nivå och att genomföra effektiva konsekvensbedömningar som beaktar konsekvenserna av arbetet för jämlikhet i hälsa.
75. Europaparlamentet anser att öppna, konkurrenskraftiga och välfungerande marknader kan stimulera till innovation, investeringar och forskning på hälso- och sjukvårdsområdet, och erkänner att detta måste åtföljas av ett starkt ekonomiskt stöd till offentlig forskning så att man kan vidareutveckla hållbara och effektiva modeller för hälso- och sjukvård och främja utvecklingen av ny teknik och dess tillämpningar på detta område (till exempel telemedicin) samt av gemensamma metoder för utvärdering av hälso- och sjukvårdsteknik. Allt detta bör gynna varje enskild person, inbegripet dem med svagare socioekonomisk bakgrund, samtidigt som hänsyn tas till att en allt större andel av befolkningen utgörs av äldre människor.
76. Europaparlamentet uppmanar kommissionen och medlemsstaterna att stödja offentliga informations- och upplysningskampanjer och att intensifiera dialogen med det civila samhället, arbetsmarknadens parter och icke statliga organisationer om hälso- och sjukvårdstjänster.
77. Europaparlamentet anser att fler kvinnor måste delta i utvecklingen av hälso- och sjukvårdspolitik, i planeringen av program och i tillhandahållandet av hälso- och sjukvård.
78. Europaparlamentet uppdrar åt talmannen att översända denna resolution till rådet och kommissionen.

MOTIVERING

I allmänhet hänger hälsa och livslängd fortfarande ihop med sociala förhållanden och fattigdom i barndomen. Trots att förbättringar har gjorts är skillnaden i hälsoreultat mellan dem som står högst upp och längst ned på den sociala skalan fortfarande stor, och i vissa områden fortsätter den att öka.

Det finns fortfarande stora ojämlikheter mellan länder och regioner. Den förväntade livslängden vid födseln för män varierade exempelvis 2007 med 14,2 år mellan EU:s medlemsstater, och motsvarande siffra för kvinnor var 8,3 år (Eurostat 2010).

Den förväntade livslängden för personer över 65 i EU:s 27 medlemsstater visar att år 2006 kunde den genomsnittlige mannen räkna med att leva 16,8 år längre, medan motsvarande siffra för kvinnor var 20,4 år. Den förväntade livslängden för män över 65 varierade år 2007 med 5,6 år mellan medlemsstaterna, från den högsta noteringen på 18,6 år i Frankrike till den lägsta på 12,8 år i Lettland. Mellan kvinnor var variationen en aning större och låg på 6,6 år – från 23 år i Frankrike till 16,4 år i Bulgarien (Eurostat 2010).

Ojämlikheter i hälsa är ett problem som måste åtgärdas. Ojämlikheterna börjar tidigt i livet och följer sedan personerna livet ut, och även efterföljande generationer.

Ojämlikhet i tidig ålder i tillgång till utbildning, sysselsättning och hälso- och sjukvård samt ojämlikhet på grund av kön och kulturell bakgrund kan ha avgörande betydelse för människors hälsa under hela livet. En kombination av fattigdom och andra faktorer som försvagar en människas situation, såsom ålder (ung eller gammal), funktionsnedsättning eller minoritetsbakgrund ökar hälsoriskerna ytterligare och vice versa, dvs. dålig hälsa kan leda till fattigdom och/eller social utestängning.

Orsakerna till dessa skillnader i hälsa kan i många fall undvikas och är orättvisa eftersom de beror på att alla inte har fått samma möjligheter eller samma tillgång till tjänster och materiella resurser, och på individers olika val av livsstil.

Ojämlikhet i hälsa beror på skillnader mellan befolkningsgrupper på många områden som påverkar hälsan, nämligen levnadsförhållanden, hälsorelaterat beteende, utbildning, yrke och inkomst, hälso- och sjukvård, tjänster för förebyggande av sjukdomar och främjande av hälsa samt offentlig politik som påverkar dessa faktorer kvantitet, kvalitet och fördelning. Det samband som finns mellan sociala bestämningsfaktorer och ojämlikheter i hälsa erkänns mer och mer. Detta betyder att man börjar se kopplingen mellan sociala problem och hälsoproblem och inse att dessa problem måste åtgärdas samtidigt.

En innovativ syn på politiken behövs för att hantera ojämlikhet i hälsa, särskilt för människor i den lägsta socioekonomiska gruppen.

Man börjar nu kunna se de sociala följderna av dagens ekonomiska och finansiella kris. I dag är nästan fem miljoner fler arbetslösa än i början av krisen. Många hushåll har fått lägre inkomster, många är mer utsatta för fattigdom och överdrivet skuldsatta och vissa har förlorat sina bostäder. Korttidsanställda fanns med bland dem som först drabbades av nedgången. Såväl invandrare som unga och gamla arbetstagare, som oftare befinner sig i en svår situation,

drabbades särskilt hårt, men även de kategorier arbetstagare som hittills varit relativt skonade blev arbetslösa.

Krisen fick allvarliga konsekvenser för hälso- och sjukvårdssektorn i flera av EU:s medlemsstater, både på utbuds- och efterfrågesidan. På utbudssidan ledde den ekonomiska och finansiella krisen till en minskad finansieringsnivå för såväl hälso- och sjukvården som långtidsvården – en följd av budgetnedskärningar och lägre skatteintäkter. Samtidigt ökade efterfrågan på hälso- och sjukvård respektive långtidsvård till följd av en kombination av faktorer som bidrog till en försämrad hälsostatus för befolkningen i allmänhet. Flera medlemsstater har i sina återhämtningspaket vidtagit åtgärder för att minska effekterna av den ekonomiska krisen på hälso- och sjukvården genom att investera i hälsoinfrastruktur, optimera medel till hälso- och sjukvårdssektorn och omorganisera hälso- och sjukvårdssystemen. Trots det varierar åtgärderna för att minska ojämlikhet i hälsa kraftigt mellan medlemsstaterna.

Tillgång är en viktig fråga för alla offentliga tjänster. Bättre tillgång till rättslig hjälp och information av hög kvalitet hjälper allmänheten att få mer kunskap om sina individuella rättigheter. Genom insamling och utbyte av information om ändamålsenliga strategier och åtgärder kommer det att bli lättare att mobilisera stöd hos regeringar och olika sektorer. Det är mycket viktigt att se minskad ojämlikhet i hälsa som en absolut prioritet på alla nivåer i beslutsprocessen och att följa en strategi om hälsa inom alla politikområden och se till att det görs meningsfulla konsekvensanalyser som beaktar resultaten om rättvis hälsa.

11.1.2011

YTTRANDE FRÅN UTSKOTTET FÖR DEN INRE MARKNADEN OCH KONSUMENTSKYDD

till utskottet för miljö, folkhälsa och livsmedelssäkerhet

över att minska ojämlikhet i hälsa i EU
(2010/2089(INI))

Föredragande: Emma McClarkin

FÖRSLAG

Utskottet för den inre marknaden och konsumentskydd uppmanar utskottet för miljö, folkhälsa och livsmedelssäkerhet att som ansvarigt utskott infoga följande i sitt resolutionsförslag:

1. Europaparlamentet betonar behovet av ett samordnat angreppssätt inom många politikområden för att ta itu med de underliggande socioekonomiska, miljömässiga och geografiska orsakerna till ojämlikhet i hälsa. Även brist på utbildning kan utgöra en viktig orsak till ojämlikhet i hälsa.
2. Europaparlamentet betonar att ojämlikhet i hälsa föreligger såväl mellan som inom medlemsstaterna.
3. Europaparlamentet är medvetet om att de tydligaste följderna av ojämlikhet i hälsa, särskilt de som påverkar den förväntade livslängden, visar sig i de socioekonomiskt svagaste grupperna.
4. Europaparlamentet framhåller att det i fråga om tillgången till vård förekommer diskriminering som drabbar äldre människor. Kommissionen och medlemsstaterna uppmanas att analysera orsakerna och vidta de åtgärder som är möjliga för att bekämpa detta slags diskriminering. Kommissionen och medlemsstaterna uppmanas dessutom att göra solidariteten mellan generationerna och äldre människors tillgång till vård till en prioriterad fråga för Europaåret för aktivt åldrande 2012 och att se till att lokala sociala och medicinska tjänster får tillräcklig finansiering och stöd från medlemsstaterna på hela deras territorium.

5. Europaparlamentet betonar behovet av en konkret plan för att bekämpa ojämlikhet i hälsa på landsbygden, med hänsyn till de utmaningar som de demografiska förändringarna medför.
6. Europaparlamentet betonar att ojämlikhet i hälsa inom EU utgör en avsevärd belastning för medlemsstaterna och deras hälso- och sjukvårdssystem och att en effektivt fungerande inre marknad, liksom en kraftfull och om möjligt samordnad politik för förebyggande åtgärder, kan bidra till förbättringar på detta område.
7. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att utveckla partnerskap i gränsregionerna för att, bland annat i syfte att erbjuda lika tillgång till den senaste utrustningen, dela på infrastruktur- och personalkostnader, samtidigt som geografisk ojämlikhet i hälsa begränsas.
8. För att motverka socioekonomiska faktorer som fetma, tobaksberoende osv. bör hälso- och sjukvårdssystemens tillgänglighet (som äventyras av utebliven ersättning för vård och läkemedel, otillräckliga förebyggande åtgärder och heterogen medicinsk demografi) och effektiva diagnoser ses som nyckelaspekter i åtgärderna mot ojämlikhet i hälsa. Vidare bör också läkemedelsbehandlingarnas tillgänglighet och överkomlighet ses som en nyckelaspekt för de enskilda medborgarnas hälsa. Därför uppmanar Europaparlamentet medlemsstaterna att se till att insynsdirektivet (direktiv 89/105/EEG) genomförs på ett korrekt sätt och att slutsatserna från kommissionens meddelande från 2008 om undersökningen av läkemedelssektorn hanteras på lämpligt sätt.
9. Europaparlamentet understryker att hälso- och sjukvård inte är och inte bör betraktas som vanliga varor eller tjänster.
10. Europaparlamentet anser att medlemsstaterna bör se tidiga diagnoser och förebyggande vårdprogram som centrala när det gäller att minska ojämlikhet i hälsa och att medlemsstaterna bör uppmanas att vidareutveckla dessa program och se till att dessa får lämpligt ekonomiskt stöd.
11. Europaparlamentet uppmanar med kraft kommissionen att, i samband med sitt samarbete med de behöriga myndigheterna i medlemsstaterna, främja bästa praxis för prissättning och ersättning av kostnader för läkemedel, bland annat användbara modeller för differentiering av läkemedelspriser, för att optimera överkomligheten och minska ojämlikheten i fråga om tillgången till läkemedel.
12. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att i ökad utsträckning använda generiska kvalitetsläkemedel, för vilka man bör förhandla om ett så bra pris som möjligt, eventuellt tillsammans med andra medlemsstater, så att man gör det möjligt för de minst gynnade grupperna att få tillgång till kvalitetsbehandlingar.
13. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att anpassa sina hälso- och sjukvårdssystem till behoven hos de minst gynnade genom att fastställa de avgifter som tas ut av hälso- och sjukvårdspersonal på sådant sätt att alla patienter kan få tillgång till vård.

14. Europaparlamentet uppmanar med kraft kommissionen att se till att insamlade uppgifter om ojämlikhet i hälsa delas mellan medlemsstaterna och att uppmuntra nationella intressenter att aktivt utbyta teknik som utgör bästa praxis.
15. Europaparlamentet betonar att kommissionen i samarbete med medlemsstaterna genom ett system med jämförbara indikatorer, som grundas på demografiska, miljömässiga, sociala och ekonomiska faktorer och omfattar faktorer som redan finns tillgängliga (till exempel de europeiska hälsoindikatorerna (ECHI), Världshälsoorganisationen och OECD), bör främja fortsatt utveckling av, insamling av uppgifter om och övervakning av hälso- och sjukvårdsområdet på både EU-nivå och nationell nivå, eftersom det finns avsevärda skillnader på detta område inom medlemsstaterna (till exempel tydliga skillnader mellan städer och regioner).
16. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att undersöka effekterna av beslut som grundas på nationella och regionala utvärderingar av effektiviteten hos läkemedel och medicintekniska produkter på den inre marknaden, bland annat när det gäller patienternas tillgång och innovation i fråga om nya produkter och medicinsk praxis, som är några av de huvudsakliga faktorer som påverkar jämlikhet i hälsa.
17. Europaparlamentet uppmanar med kraft kommissionen att göra sitt yttersta för att uppmuntra medlemsstaterna att erbjuda ersättning till patienterna och göra allt som behövs för att minska ojämlikheterna när det gäller tillgång till läkemedel för behandling av åkommor och sjukdomar som benskörhet efter övergångsåldern och Alzheimers sjukdom, som i vissa medlemsstater inte ger rätt till ersättning. Detta bör ske omedelbart.
18. Europaparlamentet menar att genomförandet av direktivet om patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (2008/0142(COD)) bör följas av konsekvensbedömningar så att man på bästa sätt kan mäta dess konsekvenser i kampen mot ojämlikhet i hälsa och se till att det upprätthåller skyddet för allmänheten och garanterar patienternas säkerhet, inte minst när det gäller den geografiska fördelningen av de medicinska resurserna, såväl mänskliga som materiella.
19. Europaparlamentet konstaterar att högkvalitativ och effektiv gränsöverskridande hälso- och sjukvård kräver ökad öppenhet i informationen till allmänheten, patienter, tillsynsmyndigheter och vårdgivare om en bred uppsättning frågor, bland annat patienträttigheter, tillgång till rättslig prövning och reglering av vårddyrkena.
20. Europaparlamentet menar att en sund och integrerad konsumentpolitik – som bland annat omfattar folkhälsoaspekter som förebyggande åtgärder och främjande av en sund livsstil och har som mål att minska inflytandet av hälsofaktorer som hänger samman med konsumenternas beteende och vanor – också skulle kunna bidra till att minska ojämlikhet i hälsa.
21. Europaparlamentet understryker att en av orsakerna till ojämlikhet i hälsa är att det finns geografiska områden där det råder brist på vårdpersonal. Parlamentet förordar därför en rörlighet bland vårdpersonalen inom Europeiska unionen som svarar mot befolkningens faktiska behov.
22. Europaparlamentet beklagar att direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård inte

åtföljts av ett lagstiftningsförslag om vårdpersonalens rörlighet som tar hänsyn till risken att de bäst utbildade överger vissa områden inom EU, vilket dramatiskt skulle öka de geografiska ojämlikheterna i vissa medlemsstater. Parlamentet uppmanar kommissionen att vidta åtgärder mot denna kompetensflykt, kanske i samband med den kommande översynen av direktivet om yrkeskvalifikationer (direktiv 2005/36/EG).

23. Europaparlamentet uppmanar med kraft medlemsstaterna att fullt ut genomföra direktivet om yrkeskvalifikationer (direktiv 2005/36/EG). Mot bakgrund av de medicinska kvalifikationernas komplexitet uppmanar parlamentet kommissionen att i samband med utvärderingen och översynen av direktivet ta upp några av de brister i regleringen som skulle kunna skada patienterna och äventyra deras rätt till en säker behandling. Parlamentet uppmanar kommissionen att vidare överväga om man ska göra registrering i informationssystemet för den inre marknaden (IMI) obligatorisk för de behöriga myndigheterna och om man skulle kunna förbättra behöriga myndigheters möjligheter att proaktivt dela med sig av disciplinär information om vårdpersonal genom att skapa en lämplig varningsmekanism.
24. Europaparlamentet understryker att ojämlikhet i hälsa inom unionen inte kommer att övervinnas utan en gemensam och övergripande strategi för den europeiska arbetskraften inom vården, däribland en samordnad politik för förvaltning av resurser, utbildning och yrkesutbildning, miniminormer för kvalitet och säkerhet samt registrering av personal.
25. Europaparlamentet betonar att ojämlikhet i hälsa inom vissa sektorer skulle kunna tillskrivas bristen på personal och medicinsk utrustning. Parlamentet uppmanar medlemsstaterna att vidta de åtgärder som behövs för att ta itu med dessa frågor och se till att hälso- och sjukvårdsområdet får lämpliga personal- och utrustningsresurser.
26. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att i sitt kommande lagstiftningsförslag om yrkeskvalifikationer gå i riktning mot en förstärkt mekanism för erkännande av kvalifikationer i medlemsstaterna.
27. I det kommande lagstiftningsförslaget om utstationering av arbetstagare skulle Europaparlamentet vilja se att de administrativa förfarandena blivit mindre krångliga och att man löst problemen med dubbelbeskattning.
28. Europaparlamentet anser att öppna, konkurrenskraftiga och välfungerande marknader kan stimulera till innovation, investeringar och forskning på hälso- och sjukvårdsområdet, och erkänner att detta måste åtföljas av ett starkt ekonomiskt stöd till offentlig forskning så att man kan vidareutveckla hållbara och effektiva modeller för hälso- och sjukvård och främja utvecklingen av ny teknik och dess tillämpningar på detta område (till exempel telemedicin) samt gemensamma metoder för utvärdering av hälso- och sjukvårdsteknik. Allt detta bör gynna alla medborgare, inbegripet dem med svagare socioekonomisk bakgrund, samtidigt som man tar hänsyn till att en allt större andel av befolkningen utgörs av äldre människor.
29. Europaparlamentet framhåller att ökad innovation ofta leder till att behandlingar blir mer tillgängliga, vilket är särskilt relevant för befolkningsgrupper som är isolerade eller lever på landsbygden.

30. Europaparlamentet påminner om att antagandet av ett europeiskt patent med lämpliga språkarrangemang och ett enhetligt tvistlösningssystem är avgörande för att den europeiska ekonomin ska börja blomstra på nytt.
31. Europaparlamentet betonar hur viktigt det är att inte bara de nationella regeringarna utan även regionala och lokala myndigheter samt aktörer inom den sociala ekonomin aktivt involveras i åtgärder som vidtas i dessa frågor.
32. Europaparlamentet noterar att det arbete som redan gjorts i utskottet för den inre marknaden och konsumentskydd, bland annat på områdena produktsäkerhet och reklam, har bidragit till att man tagit itu med vissa aspekter när det gäller ojämlikhet i hälsa inom EU. Parlamentet betonar i detta avseende vikten av att ha stränga kontroller av den information som läkemedelsföretagen ger till patienterna, särskilt de mest sårbara och minst insatta grupperna, och behovet av ett effektivt och oberoende system för säkerhetsövervakning av läkemedel.
33. Europaparlamentet uppmanar med kraft kommissionen, tillsammans med medlemsstaterna, att inleda kampanjer i skolorna för att främja hälsa och utbildning i hälsofrågor, och inte minst sunda levnadsvanor, liksom förebyggande åtgärder och undersökningar riktade mot särskilda grupper.
34. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att se till att frågan om minskad ojämlikhet i hälsa fullständigt integreras i millennieutvecklingsmålen.

RESULTAT AV SLUTOMRÖSTNINGEN I UTSKOTTET

Antagande	10.1.2011
Slutomröstning: resultat	+: 28 -: 2 0: 0
Slutomröstning: närvarande ledamöter	Cristian Silviu Buşoi, Lara Comi, António Fernando Correia De Campos, Jürgen Creutzmann, Christian Engström, Philippe Juvin, Sandra Kalniete, Edvard Kožušnik, Kurt Lechner, Hans-Peter Mayer, Mitro Repo, Robert Rochefort, Heide Rühle, Andreas Schwab, Laurence J.A.J. Stassen, Bernadette Vergnaud
Slutomröstning: närvarande suppleanter	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

YTTRANDE FRÅN UTSKOTTET FÖR KVINNORS RÄTTIGHETER OCH JÄMSTÄLLDHET MELLAN KVINNOR OCH MÄN

till utskottet för miljö, folkhälsa och livsmedelssäkerhet

över att minska ojämlikhet i hälsa i EU
(2010/2089(INI))

Föredragande: Sylvie Guillaume

FÖRSLAG

Utskottet för kvinnors rättigheter och jämställdhet mellan kvinnor och män uppmanar utskottet för miljö, folkhälsa och livsmedelssäkerhet att som ansvarigt utskott infoga följande i sitt resolutionsförslag:

- med beaktande av sin resolution av den 9 oktober 2008 om vitboken ”Tillsammans för hälsa: Strategi för EU: 2008–2013”¹,
- med beaktande av artikel 35 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna,
- med beaktande av Europaparlamentets och rådets beslut nr 1350/2007/EG av den 23 oktober 2007 om inrättande av ett andra gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet (2008–2013)²,
- med beaktande av artikel 168 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, om politiken på hälsoområdet,
- med beaktande av kommissionens meddelande ”Solidaritet i hälsa: Att minska ojämlikhet i hälsa i EU”³,
- med beaktande av artikel 23 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna, som handlar om jämställdhet mellan kvinnor och män på alla områden,

¹ EUT C 9 E, 15.1.2010, s. 56.

² EUT L 301, 20.11.2007, s. 3.

³ KOM(2009)0567.

- med beaktande av artikel 2 i fördraget om Europeiska unionen, och av följande skäl:
- A. Det finns biologiska, socioekonomiska och kulturella skillnader mellan kvinnor och män, vilket innebär att kvinnor och män också har olika hälsomässiga bekymmer, behov och problem.
 - B. Ojämlighet i hälsa är vanligare bland sårbara personer som är särskilt beroende av hälsovård av god kvalitet till överkomliga priser.
 - C. Kvinnor befinner sig ofta i otrygga situationer på grund av sitt kön, sin livsstil, sin religion, sin ålder, sin sociala ställning och sin kreditvärdighet.
 - D. Kön- och åldersmässig ojämlikhet inom biomedicinsk forskning och kvinnors underrepresentation i kliniska tester försämrar patientvården.
 - E. Kvinnor i allmänhet, äldre kvinnor och unga flickor är överrepresenterade i de mest sårbara grupperna i samhället, och hinder för deras tillgång till hälsovårdssystemet kan ytterligare förvärra deras sårbara situation och äventyra deras hälsa.
 - F. Omfattningen av tobaksanvändning ökar snabbt bland kvinnor, särskilt unga kvinnor, vilket får förödande konsekvenser för deras framtida hälsa. När det gäller kvinnors rökning förvärras den av många andra faktorer.
 - G. Våld mot kvinnor är ett utbrett problem i alla länder och i alla socialgrupper och medför allvarliga konsekvenser för kvinnors och barns fysiska och psykiska hälsa.
 - H. Kvinnor lever i allmänhet längre än män, men drabbas oftare av kroniska sjukdomar, funktionshinder och förlorad livskvalitet under sina sista levnadsår.
 - I. Lika tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster minskar ojämlikheten i hälsa, och med lika tillgång menas i regel lika tillgång till behandling för alla oavsett inkomst.
 - J. I flera EU-medlemsstater¹ garanteras inte alla lika tillgång till hälso- och sjukvård, varken i praktiken eller enligt lagen, särskilt inte personer utan uppehållstillstånd.
 - K. Infertilitet är ett medicinskt tillstånd som har erkänts av Världshälsoorganisationen (WHO) och som har särskild inverkan på kvinnors hälsa. En brittisk undersökning om medvetenheten om hälsofrågor har visat att över 94 procent av de kvinnor som lider av infertilitet även lider av någon form av depression.
 - L. Det råder stora skillnader mellan medlemsstaterna när det gäller tillgången till fertilitetsbehandlingar.
1. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att som faktorer i ett jämställdhetsperspektiv integrera kvinnors hälsa och frågan om åldrande (äldre kvinnor)

¹ Läkare utan gränser: Europeisk övervakning av tillgången till hälso- och sjukvård, Tillgång till hälso- och sjukvård för personer utan uppehållstillstånd, två enkät rapporter från 2007 och 2009. Nätverket HUMA: Tillgång till hälso- och sjukvård för personer utan uppehållstillstånd och för flyktingar i tio EU-länder – Lagstiftning och praxis, 2009.

samt tillämpa jämställdhetsbudgetering i sin hälsopolitik, i sina program och i sin forskning, från utvecklings- och utformningsstadiet till konsekvensbedömningarna. Parlamentet kräver att det införs könsspecifika konsekvensbedömningar i politiken för de EU-finansierade ramforskningsprogrammen och de offentliga finansieringsorganen och att insamling och analys av köns- och åldersspecifika uppgifter möjliggörs för att identifiera viktiga skillnader mellan kvinnors och mäns hälsa, med målsättningen att främja en förändring av politiken och samla in epidemiologiska metoder som gör det möjligt att analysera orsakerna bakom skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män.

2. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att ägna särskild uppmärksamhet åt kvinnor med funktionshinder och äldre kvinnor för att garantera deras rätt till tillgång till hälso- och sjukvårdtjänster såväl som kvalitativ vård, oavsett personens ekonomiska situation.
3. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att anta strategier som är avsedda att minska de ekonomiska och sociala klyftorna, erbjuda fler tillgängliga tjänster av hög kvalitet, förbättra levnadsförhållandena och att bekämpa geografisk segregation för att bidra till minskade ojämlikheter i hälsa.
4. Europaparlamentet uppmanar kommissionen och medlemsstaterna att prioritera adekvat tillgång till hälsovård för äldre kvinnor under det europeiska året för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationerna 2012.
5. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att införa ett system för kostnadsfri vård för barn under sex år som en del i strategin att garantera alla tillgång till hälso- och sjukvård.
6. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att utarbeta förebyggande och upplysande kampanjer som riktar sig till de mest utsatta grupperna i samhället och betonar att förebyggande åtgärder och rehabiliteringsbehandlingar måste vara icke-diskriminerande och fullt tillgängliga för att stimulera och förbättra möjligheterna, oavsett patienternas ålder, till tidig upptäckt och diagnos av sjukdomar, som t.ex. kardiovaskulära sjukdomar, bröstcancer, livmoderhalscancer och äggstockscancer, endometriosis, sjukdomar som påverkar minnet osv.
7. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att integrera ett jämställdhetsperspektiv när det gäller tobakskontroll enligt rekommendationerna i WHO:s ramkonvention om tobakskontroll, och att utforma antirökkampanjer riktade till unga flickor och kvinnor.
8. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att främja och förstärka instrumenten för att förebygga kvinnosjukdomar genom särskilda, övergripande och regelbundet återkommande informationskampanjer om dessa sjukdomars natur och orsaker och de associerade riskerna för att på så sätt framhäva behovet av systematiska hälsokontroller och fördelarna med tidiga insatser.
9. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att uppmuntra och stödja medicinsk och farmaceutisk forskning om de sjukdomar som oftast drabbar kvinnor, med hänvisning till hela deras livstid, inte enbart deras fertila period.

10. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att lösa problemen med ojämlikhet i tillgången till hälso- och sjukvård av betydelse för vardagslivet, exempelvis tandvård och ögonvård.
11. Europaparlamentet anser att EU och dess medlemsstater bör se till att kvinnors tillgång till preventivmedel och rätt till säkra aborter underlättas.
12. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att se till att insamling och analys av jämförbara könsuppdelade uppgifter blir obligatoriskt och att genomföra epidemiologiska studier samt samla in och ta fram detaljerade uppgifter som bygger på gemensamma och strikt definierade indikatorer för att utvärdera konsekvenserna av de nuvarande politiska insatserna och programmen för kvinnors hälsa.
13. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att främja hälsoforskning med inriktning på kvinnors hälsa och hälsobehov samt på sjukdomars uppkomst och hur dessa kan förebyggas, och att stödja tvärvetenskaplig forskning om socioekonomiska faktorer som inverkar på kvinnors hälsa. Parlamentet betonar att resurser ska avsättas för och större fokus ska riktas mot jämställdhetsfrågor och kvinnors behov, inklusive kön som kriterium för finansiering av all EU-forskning.
14. Europaparlamentet uppmanar kommissionen att förse medlemsstaterna med exempel på god och bästa praxis för att främja en mer konsekvent tillgång till fertilitetsbehandlingar.
15. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att införa en konsekvent politik och solidaritetsinsatser för kvinnor som inte arbetar eller som arbetar inom sektorer där de inte omfattas av en individuell sjukförsäkring och att försöka hitta möjligheter för dem att bli försäkrade.
16. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att inta en syn på hälsosamt åldrande som omfattar hela livet för att minska effekterna av kroniska sjukdomar och funktionshinder som inverkar negativt på äldre kvinnors livskvalitet.
17. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att snabbt finna lösningar för att bekämpa diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, särskilt i de medlemsstater där rådets direktiv 2000/43/EG ännu inte har genomförts och där kvinnor från etniska minoriteter har begränsat eller inget socialt skydd eller begränsad eller ingen tillgång till hälso- och sjukvård.
18. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att se till att de särskilda hälsoskyddsbehoven bland invandrarkvinnor beaktas, med särskild hänvisning till hälsosystemens skyldighet att tillhandahålla adekvata tolktjänster. Hälsosystemen bör ta fram utbildningar som hjälper läkare och övrig personal att anta ett interkulturellt förhållningssätt som grundas på erkännande av och respekt för mångfald samt lyhördhet för patienterna med hänsyn till deras geografiska ursprung. Man bör även prioritera insatser mot och informationskampanjer om kvinnlig könsstympning, inklusive stränga straff för dem som utför dessa ingrepp.
19. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att anpassa sina hälso- och sjukvårdssystem till behoven hos de minst gynnade grupperna genom att utforma sådana

avgiftsstrukturer och ersättningar inom hälso- och sjukvården som gör att alla patienter kan få tillgång till vård.

20. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att genomföra en social politik som syftar till att garantera alla, oberoende av kön och etnisk tillhörighet, tillgång till ett minimum av hälso- och sjukvårdstjänster.
21. Europaparlamentet anser att EU och dess medlemsstater måste vidta åtgärder för att se till att alla kvinnor har tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster (även exempelvis invandrarkvinnor, flyktingar och kvinnor på landsbygden) oavsett ålder eller ekonomisk, social, språklig, geografisk, kulturell eller rättslig status. Därför uppmanas medlemsstaterna att reglera yrket som kulturmedlare inom alla offentliga hälso- och sjukvårdssystem.
22. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att inrätta ett nätverk med särskilda sociala tjänster, hälso- och sjukvårdstjänster och rådgivning, och att komplettera detta nätverk med telefonlinjer för kvinnor, par och familjer för att tillsammans med behöriga institutioner förebygga våld i hemmet och se till att de personer som behöver får stöd och hjälp av kompetent och utbildad personal.
23. Europaparlamentet anser att fler kvinnor måste delta i framtagandet av hälso- och sjukvårdspolitiken, i planeringen av program och i tillhandahållandet av hälso- och sjukvård.
24. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att erkänna mäns våld mot kvinnor som en folkhälsofråga, vilken form våldet än tar.
25. Europaparlamentet anser att EU och dess medlemsstater måste garantera kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa, ta hänsyn till mödradödlighet i sin politik och ge kvinnor möjlighet till säkra aborter, såväl inom som utanför unionen.
26. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att intensifiera insatserna för kvinnors mänskliga rättigheter, särskilt genom att förebygga, förbjuda och beivra tvångssterilisering av kvinnor samt kvinnlig könsstympning.
27. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att vidta åtgärder för att se till att utsatta personer, särskilt gravida kvinnor, barn och äldre, har lagstadgad rätt och lika tillgång till hälso- och sjukvård.
28. Europaparlamentet uppmanar EU och dess medlemsstater att vidta nödvändiga åtgärder när det gäller tillgång till teknik för assisterad befruktning för att undanröja diskriminering av kvinnor som grundas på äktenskaplig status, ålder, sexuell inriktning, etnisk eller kulturell bakgrund.
29. Europaparlamentet anser att EU och dess medlemsstater måste stödja organisationer i civilsamhället och kvinnoorganisationer som främjar kvinnors mänskliga rättigheter, bland annat deras sexuella och reproduktiva rättigheter, rätten till en hälsosam livsstil och till arbete, för att kvinnorna ska kunna göra sina röster hörda i hälsopolitiska frågor på nationell och europeisk nivå.

30. Europaparlamentet uppmanar medlemsstaterna att upphöra med de pågående nedskärningarna av de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvårdstjänster som är av central betydelse för att kunna erbjuda kvinnor och män en hög hälsoskyddsnivå.

RESULTAT AV SLUTOMRÖSTNINGEN I UTSKOTTET

Antagande	30.11.2010
Slutomröstning: resultat	+: 14 -: 6 0: 2
Slutomröstning: närvarande ledamöter	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
Slutomröstning: närvarande suppleanter	Izaskun Bilbao Barandica, Vilija Blinkevičiūtė, Sylvie Guillaume, Norica Nicolai, Antigoni Papadopoulou, Sirpa Pietikäinen

RESULTAT AV SLUTOMRÖSTNINGEN I UTSKOTTET

Antagande	25.1.2011
Slutomröstning: resultat	+: 52 -: 1 0: 7
Slutomröstning: närvarande ledamöter	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, Antonia 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
Slutomröstning: närvarande suppleanter	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