



8.9.2016

RAPORTI PROJEKT

soolise võrdõiguslikkuse edendamise kohta vaimse tervise ja kliiniliste uuringute alal
(2016/2096(INI))

Naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjon

Raportöör: Beatriz Becerra Basterrechea

SISUKORD

	lk
EUROOPA PARLAMENDI RESOLUTSIOONI ETTEPANEK	3
SELETUSKIRI.....	8

EUROOPA PARLAMENDI RESOLUTSIOONI ETTEPANEK

soolise võrdõiguslikkuse edendamise kohta vaimse tervise ja kliiniliste uuringute alal (2016/2096(INI))

Euroopa Parlament,

- võttes arvesse Euroopa Liidu toimimise lepingut, eriti selle artikleid 19 ja 168,
 - võttes arvesse Euroopa Liidu põhiõiguste hartat, eriti selle artikleid 21, 23 ja 35,
 - võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 16. aprilli 2014. aasta määrust (EL) nr 536/2014, milles käsitletakse inimtervishoius kasutatavate ravimite kliinilisi uuringuid ja millega tunnistatakse kehtetuks direktiiv 2001/20/EÜ,
 - võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 4. aprilli 2001. aasta direktiivi 2001/20/EÜ liikmesriikide õigus- ja haldusnormide ühtlustamise kohta, mis käsitlevad hea kliinilise tava rakendamist inimtervishoius kasutatavate ravimite kliinilistes uuringutes (kliiniliste uuringute direktiiv),
 - võttes arvesse komisjoni 3. märtsi 2010. aasta teatist „Euroopa 2020. aastal. Aruka, jätkusuutliku ja kaasava majanduskasvu strateegia“ (COM(2010)2020),
 - võttes arvesse kodukorra artiklit 52,
 - võttes arvesse naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjoni raportit ning arengukomisjoni arvamust (A8-0000/2016),
- A. arvestades, et õigus tervisele on põhiline inimõigus;
- B. arvestades, et tervise sooline mõõde tähendab seda, et naised puutuvad elu vältel kokku spetsiifiliste terviseriskidega;
- C. arvestades, et naiste mitmekesisuse arvessevõtmine ja selle kaasamine naistele suunatud tervisepoliitika meetmetesse suurendaks nende meetmete tõhusust;
- D. arvestades, et tervishoiusüsteemi tulemuslikkuse üheks peamiseks näitajaks loetakse emasuremuse määra;
- E. arvestades, et seksuaal- ja reproduktiivõiguste, sealhulgas turvaliste ja seaduslike aborditeenuste kättesaadavuse puudumine seab ohtu naiste ja tütarlaste elu ja tervise, suurendab emade suremust ja haigestumist ning toob kaasa elusid päästvast ravist keeldumise ja ebaseaduslike abortide arvu kasvu;
- F. arvestades, et liikmesriikide valitsuste kehtestatud piirangud ja eelarvekärped rahvatervise valdkonnas raskendavad tervishoiuteenuste kättesaadavust;
- G. arvestades, et naissoost rändajad võivad lisaks kokku puutuda spetsiifiliste reproduktiivtervisega seotud probleemidega, näiteks rasedus- ja sünnitusaegsed tüsistused ning oht sattuda (seksuaal)vägivalla ja väärkohtlemise ohvriks;

- H. arvestades, et naistel esineb vähivorme, näiteks rinna-, emaka- ja emakakaelavähki, mis tekivad valdavalt või üksnes naistel;
- I. arvestades, et üksnes kümme ELi liikmesriiki on seadnud vajaliku eesmärgi teha 100 % naissoost elanikkonnale rinnavähi sõeluuring, ning arvestades, et üksnes kaheksa riiki on sellise eesmärgi seadnud emakakaelavähi sõeluuringu puhul;
- J. arvestades, et haigused, nagu osteoporoos, luu- ja lihaskonna vaevused ning kesknärvisüsteemi haigused, näiteks Alzheimeri tõbi ja dementsus, on seotud hormonaalsete muutustega, mida naised kogevad menopausi ajal või hormoonravi tõttu varem; arvestades, et ehkki on teada, et naised põevad neid haigusi sagedamini kui mehed, on nendega seotud uurimuste puhul soolist mõõdet vähe uuritud;
- K. arvestades, et endometriosis on ravimatu haigus, mida põeb üks naine ja tütarlaps kümnest (st ligikaudu 180 miljonit naist maailmas ja 15 miljonit naist ELis); arvestades, et see haigus põhjustab sageli viljatust ja tugevat valu, mistõttu kaasneb sellega tegutsemisvõimetus mitmes töö-, era ja ühiskondliku elu aspektis;
- L. arvestades, et psüühikahäiretest erinevad vaimse tervise probleemid on sooti varieeruvad; naistel esineb rohkem depressiooni ja ärevushäiret (millele viidatakse kui sissepoole suunatud häiretele) ning meestel rohkem ainete kuritarvitamist ja antisotsiaalseid häireid (millele viidatakse kui väljapoole suunatud häiretele);
- M. arvestades, et mitmesuguste, eelkõige erinevate soorollide ja soolise ebavõrdsusega seotud tegurite tõttu esineb naistel depressiooni ligikaudu kaks korda sagedamini kui meestel;
- N. arvestades, et selliste söömishäirete nagu anoreksia ja buliimia pikaajaline mõju füüsilisele ja vaimsele tervisele ning nende häirete põhjuste sooline mõõde on hästi dokumenteeritud;
- O. arvestades, et meeste vägivald naiste vastu ja selle mõju naiste tervisele on oluline takistus soolise võrdõiguslikkuse saavutamisele ning sellele, et naistele oleksid täiel määral tagatud kõik inimõigused;
- P. arvestades, et naised ja tütarlapsed, kes kogevad suguelundite moonutamist, puutuvad kokku selle lühi- ja pikaajalise mõjuga nende füüsilisele, psühholoogilisele, seksuaal- ja reproduktiivtervisele;
- Q. arvestades, et aegade jooksul on naised mitmel põhjusel toksikoloogia- ja biomeditsiiniuuringutest kõrvale jäetud ning suured vajakajäämised teadusuuringutes soolise aspekti osas seavad omad piirangud sellele, kui palju me teame naiste ja meeste tervise erinevustest; arvestades, et selle tulemusel on biomeditsiiniuuringutes kajastatud peamiselt meeste seisukohta, käsitledes naisi meestega sarnaselt (välja arvatud konkreetsete valdkondade puhul);
- R. arvestades, et Euroopa Raviamet ei ole välja töötanud spetsiaalseid strateegiaid, et ellu viia suuniseid sooliste erinevuste uurimiseks ja hindamiseks ravimite kliinilisel hindamisel, hoolimata asjaolust, et amet on tunnistanud, et „mõned tegurid, mis avaldavad mõju ravimi toimele elanikkonna hulgas, võivad olla olulised, arvestades

meeste ja naiste reaktsioonide erinevusi“ ning et „soospetsiifilisel mõjul võib ravimite toimes samuti oluline roll olla“¹;

1. kutsub komisjoni ja liikmesriike üles:
 - a) hindama naiste spetsiifilisi tervisealaseid vajadusi ning tagama soolise mõõtme lõimimise tervisepoliitika meetmete, programmide ja uuringute kõikidesse tahkudesse alates nende väljatöötamisest ja kavandamisest kuni mõju hindamise ja eelarve koostamiseni;
 - b) tunnistama, et igasugune vägivald, mida mehed naiste kallal tarvitavad, on rahvatervise probleem;
 - c) toetama kodanikuühiskonna ja naisteorganisatsioone, kes edendavad naiste õigusi, sh naiste seksuaal- ja reproduktiivtervist ja -õigusi, ning töötama selle nimel, et naisi võetaks Euroopa ja riiklikes tervishoiupoliitikaküsimustes kuulda;
 - d) soodustama programme, milles käsitletakse naiste spetsiifilisi vajadusi selliste haiguste puhul, nagu osteoporoos, luu- ja lihaskonna vaevused ning kesknärvisüsteemi haigused, näiteks Alzheimeri tõbi ja/või dementsus, sealhulgas programme, milles teavitatakse naisi ennetusmeetoditest ning pakutakse koolitust meditsiinitöötajatele;
 - e) suurendama rahastust endometrioosi põhjuste ja võimalike raviviiside uuringute edendamiseks, samuti ravijuhendite koostamiseks ja tugikeskuste loomiseks; edendada endometrioosist teavitamise ja sellealase teadlikkuse tõstmise kampaaniaid ning eraldama vahendeid spetsialiseerunud tervishoiutöötajate koolituseks ja teadusuuringute algatamiseks;
 - f) koguma korrapäraseid ja eristatud andmeid eelkõige depressiooni esinemise kohta, seejuures peaksid andmed olema eristatud vähemalt soo, vanuserühma ja sotsiaalmajandusliku seisundi alusel;
2. soovib, et rasedate tervise jälgimine algaks võimalikult vara raseduse esimesel trimestril, et oleks võimalik tuvastada konkreetsete seisundid, mis võivad vajada jälgimist, ära tunda sotsiaalsed probleemid, mille puhul naistel võib olla vaja sotsiaal- ja vaimse tervise teenuste abi, ning teavitada naisi rasedusega seotud probleemidest;
3. on seisukohal, et seksuaal- ja reproduktiivõigused hõlmavad üldist avatud juurdepääsu turvalisele ja seaduslikule aborditeenusele, usaldusväärsetele, turvalistele ja taskukohastele rasestumisvastastele vahenditele, seksuaalharidusele ning teabele seksuaal- ja reproduktiivõiguste, vaba valiku ja nõusoleku kohta; kutsub komisjoni ja liikmesriike üles edendada seksuaal- ja reproduktiivtervist ja -õigusi, asjakohase sootundliku teabe pakkumist ning usaldusväärseid, turvalisi ja taskukohaseid rasestumisvastaseid vahendeid, tagades seadusliku ja turvalise abordi kättesaadavuse nii ELis kui ka väljaspool Euroopa Liitu;

¹ EMEA/CHMP/3916/2005 – ICH,
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500059887.pdf

4. peab kahetsusväärseks, et mitmes ELi liikmesriigis on seksuaal- ja reproduktiivõigused oluliselt piiratud ja/või kehtivad teatud tingimustel;
5. on arvamusel, et kasvav hulk meditsiinitöötajaid, kes keelduvad liikmesriikides aborti tegemisest, kujutab endast veel üht ohtu naiste tervisele ja õigustele;
6. kutsub liikmesriike üles ennetama ja keelustama naiste sunniviisilist steriliseerimist ning selle eest vastutusele võtma, see nähtus mõjutab eelkõige puuetega naisi ja roma naisi;
7. rõhutab asjaolu, et sõeluuringuid peetakse üheks tõhusamaks vähiennetusmeetodiks;
8. kutsub liikmesriikide tervishoiuasutusi üles tunnistama endometriooosi tegutsemisvõimetuks muutvaks haiguseks, see võimaldaks ravida haigestunud naisi tasuta isegi kuluka ravi ja/või operatsiooni korral ning võimaldaks spetsiaalset haiguspuhkust töölt kõige ägedamate haigusperioodide ajal, vältides häbimärgistamist töökohas;
9. kutsub liikmesriike üles tagama kvaliteetse abi täieliku kättesaadavuse rändajatest naistele, olenemata nende õiguslikust seisundist, ning pikaajalises perspektiivis riiklikke tervishoiusüsteeme sobivaltp ette valmistama;
10. kutsub liikmesriike üles kaitsma kinnipeetud naissoost varjupaigataotlejaid, kes teatavad väärkohtlemisest, ning rõhutab, et neile naistele tuleb kohe pakkuda kaitset, toetust ja nõustamist;
11. väljendab pettumust, et meeste naistevastase vägivalla ennetamiseks kavandatud programmide aastaelarve on kõikides liikmesriikides väiksem kui sellise vägivalla tegelik kulu, olgu see majanduslik, sotsiaalne või moraalne;
12. kutsub liikmesriike üles ennetama ja keelama naiste suguelundite moonutamist, selle eest vastutusele võtma ning pakkuma spetsiaalseid tervishoiuteenuseid naistele, kes on langenud suguelundite moonutamise ohvriks;
13. kutsub liikmesriike üles võtma meetmeid tervishoiuteenuste, sealhulgas naiste varjupaikade kättesaadavuse tagamiseks kõikidele naistele sõltumata nende õiguslikust seisundist, puudega seotud seisundist, seksuaalsest sättumusest, rassilisest või etnilisest päritolust, vanusest või usulisest kuuluvusest;
14. on seisukohal, et võrreldavate, ulatuslike, usaldusväärsete ja regulaarselt uuendatavate sooliselt eristatud andmete puudumine põhjustab naiste tervise puhul diskrimineerimist; nõuab seega, et ELi institutsioonid ja liikmesriigid edendaksid võrreldavate sooliselt eristatud andmete kogumist ning muudaksid andmete kogumise kohustuslikuks nii ELi kui liikmesriigi tasandil;
15. toetab sootundliku lähenemise kasutamist söömishäirete puhul ning vajadust sellist lähenemist tervisealases arutelus ja avalikkusele suunatud teabes igakülgselt arvesse võtta;
16. toonitab asjaolu, et ravimite kliinilised uuringud on vajalikud nii naiste kui ka meeste

puhul ning need peaksid olema kaasavad, mittediskrimineerivad ning neid tuleb teostada võrdõiguslikkuse, kaasavuse ja mittetõrjumise põhimõtte alusel; soovib kliinilistes uuringutes arvesse võtta ka spetsiifilisi haavatavaid elanikkonnarühmi, näiteks lapsed ja eakad patsiendid ning etnilised vähemused; on arvamusel, et sooliselt eristatud andmeid peaks koguma ka pärast toodete turuleviimist, et koguda teavet erinevate kõrvalmõjude kohta;

17. on seisukohal, et viljakas eas naiste osalemine kliinilistes uuringutes on eetiliselt ja sotsiaalselt oluline, tingimusel et sündimata lastele on tagatud piisav kaitse riskide eest;
18. nõuab, et ravimite etiketidel oleks selgelt märgitud, kas naistel on seoses konkreetse ravimiga tehtud kliinilisi uuringuid või mitte ning kas meestel ja naistel võib tekkida erinevaid kõrvalmõjusid;
19. palub komisjonil soodustada ELi tasandil projekte, milles keskendutakse sellele, kuidas naisi kliinilistes uuringutes koheldakse; märgib, et sellised projektid peaksid hõlmama kõikide tasandite tervishoiuasutusi ja farmaatsiatööstust;
20. nõuab, et Euroopa Ravimiamet koostaks eraldi juhised naistele kui kliiniliste uuringute erirühmale;
21. kutsub liikmesriike üles tagama määruse (EL) nr 536/2014 kohaldamisel inimtervishoius kasutatavate ravimite kliiniliste uuringute käigus, et mehed ja naised on uuringutes võrdselt esindatud, pöörates erilist tähelepanu osalejate soolise koosseisu läbipaistvusele, ning et selle määruse nõuetekohast rakendamist arvestades jälgitakse eraldi naiste ja meeste ühtlast esindatust;
22. teeb presidendile ülesandeks edastada käesolev resolutsioon nõukogule ja komisjonile.

SELETUSKIRI

Tervis on laiem mõiste kui vaid bioloogiline küsimus ning Maailma Terviseorganisatsioon määratleb tervist kui „täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit ning mitte üksnes haiguse või puude puudumist“¹. Tervise kõigil tasanditel on oluline nii soo bioloogiline mõiste kui ka sotsiaalne konstruktsioon, mõjutades erinevalt naiste ja meeste tervist ning juurdepääsu tervisele ja tervishoiule².

Ebavõrdne juurdepääs vahenditele tekitab koos muude sotsiaalsete teguritega naiste ja meeste jaoks ebavõrdseid terviseriske ning ebavõrdset juurdepääsu tervisealasele teabele, hooldusele ja teenustele. Lisaks tingivad bioloogilised erinevused selle, et naistel on spetsiifilised terviseprobleemid ja -vajadused, eelkõige seoses nende seksuaal- ja reproduktiivtervisega. Teaduslikult on tõestatud, et naiste ja meeste vahelised bioloogilised erinevused ei piirdu reproduktiivorganitega. Näiteks on naiste seas peamiseks surmapõhjuseks südamehaigused. Südameatakkide avaldumismärgid ja sümptomid on meeste ja naiste puhul erinevad ning pärast südameatakki aasta jooksul suremise tõenäosus on naiste hulgas suurem.

Alles viimasel ajal on naiste südamehaiguste ja sümptomite valdkonnas tehtud uuringud tõestanud, et naistel esineb kardiovaskulaarseid südamehaigusi palju sagedamini kui meestel³, kuid need haigused ilmnevad hilisemal eluperioodil, nende sümptomid on meestega võrreldes teistsugused ning neid tuleks ravimite määramise seisukohalt teisiti käsitleda. Siiski ei võeta uuringute korraldamisel ja praktikas meeste ja naiste vahelisi tervise, haiguste ja raviga seotud erinevusi endiselt asjakohaselt arvesse. Kuigi naised moodustavad ELi elanikkonnast üle poole, ei ole nad biomeditsiinilistes uuringutes piisavalt esindatud.

Olemasolevad uuringud osutavad sugudevahelisele ebavõrdsusele tervislikus seisundis, terviseiga seotud käitumises, juurdepääsus tervishoiuteenustele ja ravile. Poliitikakujundajad ja meditsiiniuuringute korraldajad peavad kaaluma ja uurima nimetatud ebavõrdsuse põhjusi ja pakkuma tõhusaid vastuseid. Näiteks tuginevad biomeditsiinilised uuringud endiselt avaldamata eeldusele, mille kohaselt on naised ja mehed füsioloogiliselt sarnased kõikides aspektides, välja arvatud nende reproduktiivsüsteemid, ning sealjuures eiratakse muid tervisele arvestatavat mõju avaldavaid bioloogilisi, sotsiaalseid ja sugudevahelisi erinevusi.

Nii on see näiteks valu puhul: naised kogevad valu sagedamini ja intensiivsemalt ning valuvaigistid mõjuvad naistele vähem tõhusalt kui meestele. Paljudel juhtudel kohaldatakse naistele ainult meestel katsetatud ennetavaid ja ravistrateegiaid, millel võib seetõttu olla vähene või lausa kahjustav mõju.

Raport sisaldab konkreetset endometrioosi juhtumit kui diskrimineerimise näidet naistele osaks saavate haiguste alaste uuringute ja ravi valdkonnas.

¹ Maailma Terviseorganisatsiooni põhikirja preambul.

² „Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it“, Maailma Terviseorganisatsiooni tervist mõjutavate sotsiaalsete tegurite komisjon, september 2007.

³ Tavapärastelt meeste haiguseks peetud kardiovaskulaarsed haigused on naiste peamine surmapõhjus kogu maailmas. Samuti on see tõsise haiguse ja puude peamine põhjus, mis on kulukas tervishoiusüsteemile ja rikub naiste elukvaliteeti. ELis on kardiovaskulaarsed haigused naiste peamine surmapõhjus kõigis 27 liikmesriigis. Alles viimaste kümnendite jooksul on tõusnud teadlikkus sellest, kuidas kardiovaskulaarsed haigused mõjutavad naisi teisiti kui mehi, juhtides naiste tähelepanu vastavatele ohtudele. ELis on kardiovaskulaarsed haigused põhjustanud 43 % naiste surmadest ja 36 % meeste surmadest. Vt <http://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2013/02/Women-and-CVDfin.pdf>

Vaimse tervise puhul on Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel mis tahes psüühikahäire elu jooksul esinemise määr varem arvatust kõrgem ning see suureneb pidevalt ja mõjutab peaaegu poolt elanikkonnast. Kuigi psüühikahäirete üldine määr on meeste ja naiste puhul peaaegu sama, esineb vaimsete häirete esinemise muustrites olulisi soolisi erinevusi. Tulenevalt soost on meestel ja naistel erinev võim ja kontroll tegurite üle, mis mõjutavad nende vaimset tervist ja elu, sotsiaalset positsiooni, staatust ja kohtlemist ühiskonnas ning konkreetsete vaimse tervise riskidega kokkupuutumist ja neile vastuvõtlikkust. Soolised erinevused ilmnevad eelkõige tavaliste vaimsete häirete, nagu depressiooni või ärevuse esinemise määras.

Tervishoiusektori avalikes poliitikates arvestatakse mõnikord teoreetiliselt, et sugu on elutsükli käigus oluline tervist mõjutav tegur¹. Naiste tervisealased vajadused ei ole siiski täielikult ja järjepidevalt Euroopa ja siseriiklikesse tervishoiupoliitikatesse integreeritud. Naiste õiguste ja sooküsimuste suhtes järjepideva ja integreeritud lähenemisviisi puudumist tervishoiupoliitikas tuleb kiiresti käsitleda ning see on ülioluline selleks, et tagada kõigi jaoks ELi aluslepingutes sätestatud kõrgetasemeline inimtervise kaitse². Tõhususe tagamiseks tuleb naistele keskenduv lähenemisviis kaasata praegu praktikas peaaegu soopimeda tervishoiupoliitika kõikidesse aspektidesse ning kasutada vahendina täielikult ära soolise võrdõiguslikkuse süvalaiendamist.

ELi tervisepoliitika: soolise võrdõiguslikkuse perspektiivi puudumine

EL peab aluslepingute kohaselt tagama inimtervise kaitse osana kõigist oma poliitikasuundadest ning tegema ELi riikidega koostööd rahvatervise parandamiseks, inimeste haiguste ennetamiseks ning füüsilise ja vaimse tervise ohuallikate kõrvaldamiseks. Strateegia „Euroopa 2020“ eesmärk on muuta ELi majandus arukaks, jätkusuutlikuks ja kaasavaks, edendades majanduskasvu kõigi jaoks, mille üks eeldus on hea rahvatervis.

ELi tervisestrateegia kaudu rakendatav ELi tervisepoliitika keskendub haiguste ennetamisele, võrdsetele võimalustele heaks terviseks ja kvaliteetsele tervishoiule kõigi jaoks (sõltumata sissetulekust, soost, etnilisest päritolust jne), käsitledes rohkem kui ühte ELi riiki hõlmavaid tõsisemaid terviseohte, et inimesed säilitaksid hea tervise kõrge eani, ning toetades dünaamilisi tervishoiusüsteeme ja uusi tehnoloogiaid.

Nõukogu on kinnitanud, et universaalsus, kvaliteetse ravi kättesaadavus, võrdsus ja solidaarsus on ühised väärtused ja põhimõtted, millel rajanevad ELi liikmesriikide tervishoiusüsteemid³. Universaalsuse kontseptsiooni kohaselt peab juurdepääs tervishoiuteenustele olema kõigil inimestel. Nimetatud universaalse juurdepääsu tagamiseks on riiklike tervishoiusüsteemide finantsilise struktuuriga seotud solidaarsus. Võrdsus tähendab võrdset juurdepääsu vastavalt vajadusele, sõltumata etnilisest kuuluvusest, soost, east, sotsiaalsest staatusest või maksevõimest.

Lisaks tagatakse Euroopa Liidu põhiõiguste hartas, et igal inimesel on õigus ennetavale tervishoiule ning ravile siseriiklike õigusaktide ja tavadega ettenähtud tingimustel. Neid põhimõtteid

¹ Euroopa Liidu Nõukogu, järeldused naiste ja tervise kohta, 2005; järeldused tervise ja rände kohta Euroopa Liidus, 2007; järeldused romide kaasamise kohta, 2008; resolutsioon noorte tervise ja heaolu kohta, 2008.

² ELi toimimise lepingu artikkel 168.

³ Nõukogu järeldused ELi tervishoiusüsteemide ühiste väärtuste ja põhimõtete kohta (2006): <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX%3A52006XG0622%2801%29>

täiendab ELi lepingus sätestatud üldine soolise võrdõiguslikkuse süvalaiendamise kohustus, mida kohaldatakse ka kõigi tervishoiupoliitika valdkonna Euroopa ja riiklike otsustajate tööle.

Tervishoiusüsteemide eesmärk peaks olema tervisealase ebavõrdsuse vähendamine, mille raames on sugu tunnistatud otsustava tähtsusega teguriks. Seetõttu on asjaomaste Euroopa ja riigisisese tasandi otsustajate juriidiline ja sotsiaalne ülesanne kaasata tervishoiusektori avalike poliitikasuundade kujundamisse täielikult naiste kogemused ja vajadused. Kahjuks praegune olukord seda ei kinnita.

Esmane vastutus terviseiga seotud poliitikasuundade eest lasub liikmesriikidel. ELil on siiski pädevus tervise edendamisel ja haiguste ennetamisel ning roll koordineerimisel ja liikmesriikidele toe pakkumisel, et saavutada inimtervise kaitse kõrge tase. Naiste tervist on käsitletud ELi tasemel poliitikaküsimusena tervist ja spetsiifilisi vanuserühmi puudutavate sotsiaalsete ja majanduslike tegurite raames. Teoorias tunnistab EL, et sugu on koos vanuse, hariduse, majandusliku ja perekonnaseisuga tervise ja tervishoiu seisukohalt oluline tegur. Euroopa Komisjoni rahvatervise peadirektoraat on avaldanud mitu aruannet, mis sisaldavad naiste tervise olukorda ja juurdepääsu tervishoiule käsitlevaid andmeid. Praktikas ei ole nende dokumentide puhul võetud konkreetseid poliitilisi järeelmeetmeid ega koostatud programme naiste tervisevajaduste käsitlemiseks ning Euroopa rahvatervise poliitikasuunad on laias laastus endiselt soopimedad.

Vaatamata olemasolevale aluslepingust tulenevale kohustusele integreerida soolise võrdõiguslikkuse perspektiiv kõikidesse ELi tegevustesse (soolise võrdõiguslikkuse süvalaiendamine), tehakse seda Euroopa Komisjoni poliitika dokumentides harva ja veelgi vähem arvestatakse seda komisjoni meetmetes ja programmides. Konkreetsemalt eraldatakse ELi toetatud tervisealastes uuringutes soolise võrdõiguslikkuse küsimustele ja naiste vajadustele ebapiisavalt vahendeid ja tähelepanu.