

Wtorek, 8 marca 2011 r.

67. przypomina, że państwa rozwijające się tracą rocznie blisko 800 mld EUR, co stanowi dziesięciokrotność oficjalnej pomocy rozwojowej, w wyniku stosowania niedozwolonych praktyk, takich jak nielegalny przepływ kapitału i uchylanie się od opodatkowania, oraz że przeciwdziałanie temu zjawisku i jego ograniczenie może mieć decydujące znaczenie w osiągnięciu milenijnych celów rozwoju; wzywa UE i jej państwa członkowskie do nadania walce z rajami podatkowymi, korupcją i szkodliwymi strukturami podatkowymi priorytetowego charakteru na wszystkich międzynarodowych forach, tak aby umożliwić krajom rozwijającym się zwiększenie dochodów wewnętrznych;

68. przypomina o wspólnej odpowiedzialności G20 za złagodzenie wpływu kryzysu na kraje rozwijające się, które znacznie ucierpiały z powodu jego skutków ubocznych;

69. domaga się, aby w celu osiągnięcia przejrzystości w oficjalnej pomocy rozwojowej wspierano kwestię odpowiedzialności przez wzmocnienie krajowych mechanizmów kontroli i parlamentarny nadzór nad pomocą; wzywa UE i G20 do realizacji ich agendy i ostatecznego rozwiązania kwestii rajów podatkowych i tajemnicy podatkowej poprzez promowanie standardów sprawozdawczości z rozbiem na poszczególne kraje;

70. wzywa Radę i Komisję do prac na rzecz wprowadzenia innowacyjnych instrumentów finansowania rozwoju, takich jak międzynarodowy podatek od transakcji finansowych, opłaty transportowe, walka z nielegalnymi przepływami kapitału, ograniczenie lub złagodzenie kosztów przekazów pieniężnych, oraz do ich promowania;

71. zauważa, że kryzys gospodarczy i finansowy pogrąży wiele krajów rozwijających się w nowym kryzysie zadłużenia, i wzywa Komisję oraz państwa członkowskie, aby ponowiły starania na rzecz zmniejszenia ciężaru zadłużenia krajów rozwijających się;

72. przypomina, że kraje rozwijające się są najsłabiej przygotowane do podejmowania środków w odpowiedzi na zmianę klimatu i będą prawdopodobnie, ogólnie rzecz biorąc, głównymi ofiarami tego zjawiska; wzywa do spełnienia obietnicy finansowej UE danej w ramach porozumienia kopenhaskiego i światowego sojuszu na rzecz przeciwdziałania zmianie klimatu; wzywa UE do odegrania wiodącej roli we wspólnych inicjatywach krajów uprzemysłowionych na rzecz większego i konkretniejszego wkładu celem wspierania rozwoju w Trzecim Świecie, wobec którego ciąży na nich historyczna odpowiedzialność;

*

* *

73. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Komisji Parlamentu Europejskiego ds. Wyzwań Politycznych, Komisji Europejskiej, Radzie Europejskiej, EBI, EBC, MFW oraz Wspólnemu Zgromadzeniu Parlamentarnemu AKP-UE.

Zmniejszanie nierówności zdrowotnych

P7_TA(2011)0081

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 8 marca 2011 r. w sprawie zmniejszania nierówności zdrowotnych w UE (2010/2089 (INI))

(2012/C 199 E/04)

Parlament Europejski,

— uwzględniając art. 168 i 184 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

— uwzględniając art. 2 Traktatu o Unii Europejskiej,

— uwzględniając art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej,

Wtorek, 8 marca 2011 r.

- uwzględniając art. 23 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej dotyczący równości płci we wszystkich dziedzinach,
- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE” (COM(2009)0567),
- uwzględniając decyzję Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1350/2007/WE z dnia 23 października 2007 r. ustanawiającą drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013 ⁽¹⁾,
- uwzględniając decyzję Rady 2010/48/WE z dnia 26 listopada 2009 r. w sprawie zawarcia przez Wspólnotę Europejską Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych ⁽²⁾,
- uwzględniając opinię Komitetu Ochrony Socjalnej zatytułowaną „Solidarność w zdrowiu. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”,
- uwzględniając konkluzje Rady z dnia 8 czerwca 2010 r. w sprawie „Równości i zdrowia we wszystkich obszarach polityki: solidarność w zdrowiu”,
- uwzględniając sprawozdanie na temat drugiej wspólnej oceny Komitetu Ochrony Socjalnej i Komisji dotyczącej społecznych skutków kryzysu gospodarczego oraz rozwiązań w zakresie polityki,
- uwzględniając konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad w systemach zdrowotnych Unii Europejskiej ⁽³⁾,
- uwzględniając rezolucję Rady z dnia 20 listopada 2008 r. w sprawie zdrowia i dobrej kondycji młodzieży,
- uwzględniając sprawozdanie końcowe Komisji ds. społecznych determinantów zdrowia (WHO, 2008 r.),
- uwzględniając opinię Komitetu Regionów zatytułowaną „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE” ⁽⁴⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 1 lutego 2007 r. w sprawie promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym ⁽⁵⁾ oraz swoją rezolucję z dnia 25 września 2008 r. w sprawie białej księgi na temat zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością ⁽⁶⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 9 października 2008 r. w sprawie białej księgi Komisji pt. „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013” ⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3.

⁽²⁾ Dz.U. L 23 z 27.1.2010, s. 35.

⁽³⁾ Dz.U. C 146 z 22.6.2006, s. 1.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 232 z 27.8.2010, s. 1.

⁽⁵⁾ Dz.U. C 250 E z 25.10.2007, s. 93.

⁽⁶⁾ Dz.U. C 8 E z 14.1.2010, s. 97.

⁽⁷⁾ Dz.U. C 9 E z 15.1.2010, s. 56.

Wtorek, 8 marca 2011 r.

- uwzględniając art. 48 Regulaminu,
- uwzględniając sprawozdanie Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności, a także opinie Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów oraz Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (A7-0032/2011),
- A. mając na uwadze, że powszechność, dostęp do opieki o wysokiej jakości, równość i solidarność są wspólnymi wartościami i zasadami, na których opierają się systemy opieki zdrowotnej w państwach członkowskich UE,
- B. mając na uwadze, że podczas gdy ludzie średnio żyją coraz dłużej i w coraz lepszym zdrowiu w porównaniu do poprzednich pokoleń, to jednak w sytuacji starzenia się populacji UE stoi w obliczu ogromnego wyzwania, a mianowicie dużych różnic w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego występujących między państwami członkowskimi UE i w obrębie tych państw,
- C. mając na uwadze, że różnica w średniej długości życia w momencie narodzin dla grup w najkorzystniejszej i najmniej korzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej wynosi 10 lat u mężczyzn i 6 lat u kobiet,
- D. mając na uwadze, że aspekt płci przy średniej długości życia to również ważne wyzwanie, które należy podjąć w kontekście nierówności zdrowotnych,
- E. mając na uwadze, że poza czynnikami genetycznymi na zdrowie wpływa przede wszystkim styl życia ludzi, ich dostęp do usług opieki zdrowotnej, w tym informacji i edukacji zdrowotnej, do profilaktyki chorób oraz do leczenia krótko- i długotrwałych zachorowań; mając na uwadze, że grupy o niższym statusie społeczno-ekonomicznym są częściej dotknięte problemem ubogiej diety oraz uzależnienia od tytoniu i alkoholu, które to problemy są głównymi czynnikami wywołującymi wiele chorób i schorzeń, w tym chorób układu krążenia i chorób nowotworowych,
- F. mając na uwadze, że różnice w stanie zdrowia między osobami o różnym poziomie wykształcenia, statusie zawodowym i dochodach występują we wszystkich państwach członkowskich,
- G. mając na uwadze, że istnieją dowody na różnice związane z płcią w odsetku osób niedożywionych, które wskazują na to, że kobiety częściej cierpią na niedożywienie oraz że ta nierówność jest większa na niższych poziomach skali społeczno-ekonomicznej,
- H. mając na uwadze, że nierówności związane z płcią i wiekiem w odniesieniu do badań biomedycznych oraz niedostateczna reprezentacja kobiet w próbach klinicznych naraża na szwank opiekę nad pacjentami,
- I. mając na uwadze, że porównawczy pomiar nierówności w dziedzinie zdrowia jest pierwszym podstawowym krokiem w kierunku skutecznego działania,
- J. mając na uwadze, że wskaźnik zachorowalności jest zwykle wyższy w grupie osób o niskim poziomie wykształcenia, niskim statusie zawodowym i niskich dochodach oraz że znaczne nierówności można zauważyć w występowaniu określonych typów niepełnosprawności oraz w występowaniu określonych przewlekłych chorób niezakaźnych, chorób jamy ustnej i chorób umysłowych,
- K. mając na uwadze, że częstość palenia tytoniu wśród kobiet, a szczególnie wśród młodych kobiet, szybko wzrasta, co pociąga za sobą niszczycielskie skutki dla ich przyszłego stanu zdrowia; mając również na uwadze, że palenie tytoniu w przypadku kobiet ulega nasileniu w wyniku szeregu niekorzystnych czynników,

Wtorek, 8 marca 2011 r.

- L. mając na uwadze, że Komisja Europejska stwierdza występowanie gradientu społecznego w stanie zdrowia we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej (komunikat Komisji z dnia 20 października 2010 r. pt. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”); mając na uwadze, że Światowa Organizacja Zdrowia definiuje ten gradient społeczny jako powiązanie nierówności społeczno-gospodarczych z nierównościami w zakresie zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej,
- M. mając na uwadze, że liczne projekty i badania potwierdziły, że początkowy etap nadwagi i w szczególności otyłości charakteryzuje się wczesnymi różnicami związanymi ze środowiskiem społeczno-ekonomicznym oraz że najwyższe współczynniki nadwagi i otyłości odnotowuje się w grupach o niższym statusie społecznym; mając na uwadze, że sytuacja ta może doprowadzić do jeszcze większych nierówności zdrowotnych i społeczno-gospodarczych z uwagi na większe ryzyko chorób spowodowanych otyłością,
- N. mając na uwadze, że pomimo postępów społeczno-gospodarczych i środowiskowych, które w długiej perspektywie doprowadziły do ogólnej poprawy stanu zdrowia mieszkańców, różne czynniki, np. warunki higieniczne i mieszkaniowe oraz warunki pracy, niedożywienie, edukacja, poziom dochodów, spożywanie alkoholu czy palenie tytoniu, nadal bezpośrednio wpływają na powstawanie nierówności zdrowotnych,
- O. mając na uwadze, że przewiduje się, iż zmiany klimatu będą miały wiele potencjalnych skutków dla zdrowia ze względu na większą częstotliwość skrajnych zjawisk pogodowych, takich jak fale upałów i powodzie, zmiany w zapadalności na choroby zakaźne oraz zwiększone narażenie na promieniowanie ultrafioletowe; mając na uwadze, że nie wszystkie państwa UE są jednakowo przygotowane na stawienie czoła tym wyzwaniom,
- P. mając na uwadze, że nierówności zdrowotne to nie tylko wynik szeregu czynników gospodarczych i środowiskowych oraz stylów życia, ale również trudności w dostępie do opieki zdrowotnej,
- Q. mając na uwadze, że nierówności zdrowotne wiążą się również z trudnościami w dostępie do opieki zdrowotnej, zarówno z przyczyn ekonomicznych – niekoniecznie w przypadku poważnych zabiegów, których koszty są odpowiednio pokrywane w państwach członkowskich, ale w przypadku zabiegów bieżących (np. zabiegi dentystyczne lub okulistyczne) czy też w przypadku profilaktyki – jak i z powodu złej dystrybucji zasobów medycznych na niektórych obszarach UE,
- R. mając na uwadze, że kwestia niedoborów personelu medycznego w niektórych częściach UE oraz fakt, że może on z łatwością przemieszczać się do innych części UE, stanowią prawdziwy problem, a także mając na uwadze, że sytuacja ta pociąga za sobą głębokie nierówności pod względem dostępu pacjentów do opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa,
- S. mając na uwadze, że ludzie żyjący na obszarach oddalonych i wyspiarskich nadal mają ograniczony dostęp do natychmiastowej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości,
- T. mając na uwadze, że pacjenci żyjący z chorobami lub stanami przewlekłymi stanowią szczególną grupę, którą dotyczą nierówności w zakresie dostępu do diagnostyki, opieki zdrowotnej, usług socjalnych i innych rodzajów wsparcia oraz utrudnienia takie jak obciążenia finansowe, słaby dostęp do zatrudnienia, dyskryminacja społeczna i stygmatyzacja,
- U. mając na uwadze, że przemoc wobec kobiet jest powszechnym zjawiskiem we wszystkich krajach i wśród wszystkich klas społecznych oraz że ma dramatyczne skutki dla fizycznego i emocjonalnego zdrowia kobiet i dzieci,
- V. mając na uwadze, że niepłodność jest stanem uznanym przez Światową Organizację Zdrowia jako mający szczególny wpływ na zdrowie kobiet i mając na uwadze, że krajowe badanie poziomu uświadamienia w Wielkiej Brytanii wykazało, że ponad 94 % kobiet cierpiących na niepłodność cierpi również na różne formy depresji,
- W. mając na uwadze, że pomiędzy państwami członkowskimi istnieją znaczne różnice w odniesieniu do dostępu do leczenia bezpłodności,

Wtorek, 8 marca 2011 r.

- X. mając na uwadze, że według urzędu statystycznego Unii Europejskiej (Eurostat) stopa bezrobocia w UE-27 sięgnęła we wrześniu 2010 r. 9,6 %, oraz mając na uwadze, że Komitet Ochrony Socjalnej Rady Unii Europejskiej w opinii z dnia 20 maja 2010 r. wyraża zaniepokojenie faktem, że aktualny kryzys gospodarczy i finansowy może negatywnie wpłynąć na dostęp obywateli do opieki zdrowotnej oraz na środki budżetowe przeznaczane przez państwa członkowskie na służbę zdrowia,
- Y. mając na uwadze, że obecny kryzys gospodarczy i finansowy może mieć poważne skutki dla sektora opieki zdrowotnej w kilku państwach członkowskich UE, zarówno po stronie popytu, jak i podaży,
- Z. mając na uwadze, że ograniczenia spowodowane aktualnym kryzysem gospodarczym i finansowym w połączeniu ze skutkami wyzwania demograficznego, z którym Unia będzie się musiała niedługo zmierzyć, mogą poważnie zagrozić stabilności finansowej i organizacyjnej systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich, a tym samym utrudnić równy dostęp do opieki zdrowotnej na ich terytoriach,
- AA. mając na uwadze, że połączenie ubóstwa i innych przyczyn trudnej sytuacji społecznej, takich jak wiek dziecięcy lub podeszły, niepełnosprawność lub przynależność do mniejszości, powoduje dalsze zwiększenie ryzyka wystąpienia różnic zdrowotnych, a także mając na uwadze, że również odwrotnie słabe zdrowie może prowadzić do ubóstwa lub wykluczenia społecznego,
- AB. mając na uwadze, że lata młodości rzutują na wiele aspektów zdrowia i dobrobytu człowieka przez całe jego życie – od otyłości, chorób serca i zdrowia psychicznego po wykształcenie, osiągnięcia zawodowe, status ekonomiczny i jakość życia,
- AC. mając na uwadze, że nierówności zdrowotne mają istotne implikacje gospodarcze dla UE i państw członkowskich; mając na uwadze, że szacuje się, iż straty związane z nierównościami zdrowotnymi wynoszą około 1,4 % PKB,
- AD. mając na uwadze, że w wielu krajach UE nielegalnym migrantom nie zagwarantowano równego dostępu do opieki zdrowotnej ani w praktyce, ani w prawie,
- AE. mając na uwadze, że w państwach członkowskich wciąż zdarza się, że członkowie różnych grup społecznych (np. osoby niepełnosprawne) napotykają przeszkody w równym dostępie do ośrodków ochrony zdrowia, co ogranicza ich dostęp do usług zdrowotnych,
- AF. mając na uwadze, że w sytuacji starzenia się społeczeństw państwa członkowskie stoją przed problemami zależności i wzrostu zapotrzebowania na opiekę i zabiegi geriatryczne; mając na uwadze, że niezbędna jest w związku z tym zmiana podejścia do organizacji opieki zdrowotnej; mając także na uwadze, że obserwujemy wzrost nierówności w dostępie osób starszych do opieki zdrowotnej,
1. z zadowoleniem przyjmuje najważniejsze sugestie Komisji zawarte w jej komunikacie zatytułowanym „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”: 1) dążenie do zmniejszania różnic zdrowotnych jako część ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego; 2) ulepszanie danych i poprawa podstaw wiedzy (w tym mechanizmów służących pomiarowi, monitorowaniu, ocenie i sprawozdawczości); 3) budowanie zaangażowania społecznego na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych; 4) wychodzenie naprzeciw potrzebom najsłabszych obywateli oraz 5) rozwój wkładu polityki UE w działania na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych;
2. podkreśla, że istotne jest, by świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z założeniami praw podstawowych; wskazuje konieczność utrzymania i zwiększenia powszechnego dostępu do systemów opieki zdrowotnej oraz do opieki zdrowotnej za przystępną cenę dla wszystkich;
3. podkreśla znaczenie poprawy dostępu do profilaktyki, promowania zdrowia, podstawowych i wyspecjalizowanych usług opieki zdrowotnej i zmniejszenia nierówności między różnymi grupami społecznymi i wiekowymi oraz podkreśla, że cele te mogą zostać osiągnięte poprzez optymalizację wydatków publicznych na zapobiegawczą i leczniczą opiekę zdrowotną oraz programy dla grup znajdujących się w trudnej sytuacji;

Wtorek, 8 marca 2011 r.

4. zachęca Komisję Europejską i państwa członkowskie do dalszych wysiłków na rzecz rozwiązania problemu nierówności społeczno-gospodarczych, co pozwoliłoby docelowo na zmniejszenie części nierówności zdrowotnych; ponadto, w oparciu o uniwersalne wartości takie jak godność ludzka, wolność, równość i solidarność, wzywa Komisję i państwa członkowskie do skupienia się na potrzebach grup podatnych na zagrożenia, zwłaszcza migrantów w niekorzystnej sytuacji i członków mniejszości etnicznych, dzieci i nastolatków, osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób umysłowych, pacjentów, u których zdiagnozowano choroby lub stany przewlekłe, osób starszych, osób żyjących w ubóstwie i osób, których dotyczy problem alkoholizmu i uzależnienia od narkotyków;

5. wzywa państwa członkowskie do dopilnowania, by grupy znajdujące się w najbardziej niekorzystnej sytuacji, w tym nielegalni migranci, miały prawo do równego dostępu do opieki zdrowotnej oraz by korzystały z tego dostępu; wzywa państwa członkowskie do oceny możliwości wspierania opieki świadczonej nielegalnym migrantom przez stworzenie opartej na wspólnych zasadach definicji podstawowych świadczeń zdrowotnych przewidzianych w ich prawie krajowym;

6. zachęca państwa członkowskie do rozważenia specyficznych wymogów ochrony zdrowia imigrantek, ze szczególnym uwzględnieniem gwarancji oferowania przez struktury zdrowotne stosownych usług pośrednictwa językowego; w strukturach takich muszą być rozwijane ukierunkowane inicjatywy szkoleniowe, dzięki którym lekarze i inne podmioty przyjmą podejście międzykulturowe, oparte na uznaniu i poszanowaniu różnorodności i wrażliwości osób przy jednoczesnym uwzględnianiu strefy geograficznej pochodzenia; należy poza tym uznać za priorytetowe działania i kampanie informacyjne skierowane przeciw praktykom okaleczania kobiecych narządów rodnych, przewidujące nadzwyczaj represyjne środki wobec tych, którzy się do nich uciekają;

7. wzywa Unię Europejską i państwa członkowskie do szybkiego znalezienia rozwiązań kwestii dyskryminacji na tle pochodzenia etnicznego, w szczególności w niektórych państwach członkowskich, w których nie wdrożono dyrektywy 2000/43/WE Rady zabraniającej tego rodzaju dyskryminacji, i w których kobiety z mniejszości etnicznych nie mają zapewnionej ochrony socjalnej lub mają do niej prawo w minimalnym zakresie, ani też nie posiadają dostępu do opieki zdrowotnej lub dostęp ten jest minimalny;

8. wzywa państwa członkowskie do promowania dostępu do wysokiej jakości doradztwa prawnego i informacji w koordynacji z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego w celu pomagania zwykłym obywatelom, w tym osobom nieposiadającym zezwolenia na pobyt, w zdobywaniu szerszych informacji na temat przysługujących im praw;

9. podkreśla, że kryzys gospodarczy i finansowy oraz środki oszczędnościowe wprowadzone przez państwa członkowskie, zwłaszcza pod względem podaży, mogą prowadzić do redukcji poziomu środków finansowych przeznaczonych na zdrowie publiczne, promocję zdrowia, profilaktykę zdrowotną oraz na usługi opieki długoterminowej w wyniku cięć budżetowych i niższych wpływów podatkowych, podczas gdy popyt na usługi zdrowotne i usługi w zakresie opieki długoterminowej może wzrosnąć z uwagi na spłot czynników, które przyczyniają się do pogorszenia się stanu zdrowia całej populacji;

10. podkreśla, że nierówności zdrowotne w UE stanowią znaczne obciążenie dla państw członkowskich i dla obowiązujących w tych państwach systemów opieki zdrowotnej oraz że skuteczne funkcjonowanie rynku wewnętrznego i aktywna polityka publiczna w dziedzinie zapobiegania – w miarę możliwości skoordynowane – mogą przyczynić się do poprawy sytuacji w tym obszarze;

11. podkreśla, że przeciwdziałanie czynnikom społeczno-ekonomicznym takim jak otyłość, uzależnienie od palenia tytoniu itp., dostępność do systemów opieki zdrowotnej (utrudniana przez brak zwrotu kosztów opieki i leków, niewystarczające zapobieganie oraz fragmentację demografii medycznej) oraz skuteczna diagnostyka powinny być uważane za kluczowe aspekty środków przeciwdziałania nierównościom zdrowotnym, a ponadto dostępność i przystępność cenowa terapii farmakologicznych również powinna być uważana za aspekt kluczowy dla zdrowia poszczególnych osób; w związku z tym wzywa państwa członkowskie, aby zapewniły prawidłowe wdrażanie dyrektywy w sprawie przejrzystości (89/105/EWG) oraz odpowiednio zareagowały na konkluzje komunikatu Komisji z 2008 r. w sprawie analizy sytuacji w sektorze farmaceutycznym;

12. podkreśla, że opieka zdrowotna nie jest i nie powinna być uznawana za zwykły towar lub usługę;

Wtorek, 8 marca 2011 r.

13. wzywa Radę i państwa członkowskie do oceny i przedsięwzięcia nowych działań pozwalających na poprawę skuteczności wydatków na opiekę zdrowotną, w szczególności poprzez inwestowanie w profilaktykę zdrowotną, by ograniczyć przyszłe długoterminowe koszty i obciążenia społeczne, oraz do restrukturyzacji systemów opieki zdrowotnej celem zapewnienia równego dostępu do niedyskryminacyjnej opieki zdrowotnej wysokiej jakości (szczególnie w zakresie standardowej opieki zdrowotnej) w całej UE, a także zachęca Komisję do zbadania kwestii wykorzystywania istniejących funduszy europejskich do dalszego wspierania inwestycji w zakresie infrastruktury zdrowotnej, badań i szkoleń w dziedzinie zdrowia oraz do promowania i wzmocnienia profilaktyki zdrowotnej;

14. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby zapewniły uwzględnienie w swoich strategiach i programach zdrowotnych równego dostępu do opieki zdrowotnej i możliwości leczenia dla osób starszych oraz aby odpowiedni dostęp starszych osób do opieki zdrowotnej i leczenia stał się jednym z priorytetów Europejskiego Roku Aktywnego Starzenia się i Solidarności Międzypokoleniowej zaplanowanym na rok 2012; apeluje do państw członkowskich o promowanie inicjatyw na rzecz rozwiązania kwestii izolacji społecznej starszych pacjentów, ponieważ ma ona poważny wpływ na zdrowie pacjentów w perspektywie długofalowej; podkreśla stojącą przed Unią Europejską i państwami członkowskimi konieczność wyprzedzania za pomocą odpowiedniej strategii długoterminowej społecznych i gospodarczych skutków starzejącego się społeczeństwa europejskiego w celu zagwarantowania trwałości finansowej i organizacyjnej systemów opieki zdrowotnej, a także jednakowej i stałej opieki zapewnianej pacjentom;

15. wzywa państwa członkowskie do zwiększenia zdolności ścisłego monitorowania – na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym – skutków zdrowotnych i społecznych kryzysu;

16. wzywa Komisję, by wspierała wymianę doświadczeń w dziedzinie wychowania w zdrowiu, propagowania zdrowego stylu życia, profilaktyki, wczesnego diagnozowania i właściwego leczenia, zwłaszcza w kwestii alkoholu, tytoniu, otyłości i narkotyków; apeluje do państw członkowskich o promowanie aktywności fizycznej, dobrego stylu odżywiania i programów „zdrowa szkoła” skierowanych do dzieci, w szczególności na mniej uprzywilejowanych obszarach, oraz o poprawę poziomu edukacji indywidualnej, społecznej i zdrowotnej w celu propagowania zdrowszych zachowań i zachęcania do zachowań związanych z pozytywnym stylem życia;

17. zachęca wszystkie państwa członkowskie do inwestowania w infrastrukturę socjalną, edukacyjną, środowiskową i zdrowotną, zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich obszarach polityki”, a także do jednoczesnego koordynowania działań dotyczących kwalifikacji, szkolenia i mobilności pracowników służby zdrowia, gwarantując w ten sposób kompetencje i trwałość infrastruktury i siły roboczej w sektorze zdrowia zarówno na szczeblu UE, jak i krajowym;

18. podkreśla, że nierówności zdrowotne w Unii nie zostaną przezwyciężone bez wspólnej i całościowej strategii na rzecz europejskiej siły roboczej w sektorze opieki zdrowotnej, która to strategia obejmowałaby skoordynowane linie działania dotyczące kwestii takich jak zarządzanie zasobami, edukacja i szkolenia, minimalne standardy jakości i bezpieczeństwa oraz rejestracja specjalistów;

19. wzywa państwa członkowskie, by zapewniły dostępność informacji na temat zdrowia, zdrowego stylu życia, troski o zdrowie, możliwości profilaktyki, wczesnego rozpoznawania chorób i ich właściwego leczenia – w formie i języku zrozumiałym dla wszystkich obywateli, z wykorzystaniem nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych, zwłaszcza w dziedzinie e-zdrowia;

20. wzywa państwa członkowskie, by wspierały wprowadzanie technologii telemedycyny, które mogą zdecydowanie zmniejszyć różnice geograficzne w dostępności niektórych, zwłaszcza specjalistycznych rodzajów opieki zdrowotnej, szczególnie w regionach przygranicznych;

21. wzywa państwa członkowskie do promowania publicznych strategii politycznych mających na celu zagwarantowanie zdrowych warunków życia wszystkim niemowlętom, dzieciom i młodzieży, łącznie z opieką przed poczęciem, opieką nad matkami, środkami wsparcia rodziców, w szczególności ciężarnych i karmiących kobiet, w celu zagwarantowania zdrowego początku życia wszystkich noworodków i uniknięcia dalszych nierówności zdrowotnych, uznając tym samym znaczenie inwestowania we wczesny rozwój dziecka, jak również podejście obejmujące cały bieg życia;

Wtorek, 8 marca 2011 r.

22. wzywa państwa członkowskie do zagwarantowania, że wszystkie kobiety w ciąży i dzieci, niezależnie od ich statusu, są uprawnione do ochrony społecznej przewidzianej w ich prawie krajowym i rzeczywiście ją uzyskują;
23. przypomina o zobowiązaniu UE w ramach Konwencji ONZ w sprawie praw osób niepełnosprawnych do zapewnienia prawa osób niepełnosprawnych do najwyższych możliwych standardów zdrowotnych, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność; kładzie nacisk na fakt, że uwzględnienie niepełnosprawności we wszystkich odnośnych wskaźnikach pomiaru stanu zdrowia jest kluczowym krokiem ku wypełnieniu tego zobowiązania;
24. nawołuje Unię Europejską i państwa członkowskie do włączenia stanu zdrowia kobiet i kwestii starzenia się (starsze kobiety) jako czynników problematyki płci (gender mainstreaming) oraz do wykorzystywania budżetowania uwzględniającego problematykę płci w polityce w dziedzinie zdrowia, programach i badaniach, od etapu ich rozwoju i planowania do oceny wpływu; zwraca się o to, by finansowane przez UE ramowe programy badawcze oraz finansowane ze środków publicznych agencje włączyły ocenę wpływu pod kątem płci do swych strategii politycznych, i o zapewnienie gromadzenia i analizowania danych z podziałem na płeć i wiek w celu określenia kluczowych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w odniesieniu do zdrowia, w celu wspierania zmiany strategii politycznej oraz stworzenia i gromadzenia narzędzi epidemiologicznych pozwalających analizować przyczyny różnicy w długości życia mężczyzn i kobiet;
25. uważa, że Unia Europejska i państwa członkowskie muszą zagwarantować kobietom łatwy dostęp do środków antykoncepcyjnych, a także prawo do bezpiecznego usuwania ciąży;
26. wzywa Komisję do udostępnienia państwom członkowskim przykładów dobrych i najlepszych praktyk w celu zapewnienia bardziej jednolitego dostępu do leczenia bezpłodności;
27. wzywa Unię Europejską i państwa członkowskie do położenia nacisku na prawa człowieka kobiet, w szczególności za pomocą zapobiegania i zakazywania przymusowej sterylizacji kobiet i okaleczania kobiecych narządów rodnych oraz karania osób dopuszczających się tych działań;
28. wzywa UE i państwa członkowskie do uznania przemocy mężczyzn wobec kobiet za kwestię zdrowia publicznego, niezależnie od form tej przemocy;
29. wzywa Unię Europejską i państwa członkowskie do podjęcia niezbędnych środków w odniesieniu do dostępu do metod sztucznego zapłodnienia, aby wyeliminować dyskryminację kobiet ze względu na stan cywilny i orientację seksualną oraz pochodzenie etniczne i kulturowe;
30. wzywa państwa członkowskie do pójścia w ślad za Światową Organizacją Zdrowia i uznania otyłości za przewlekłą chorobę i tym samym do zapewnienia dostępu do programów zapobiegania otyłości i zagwarantowania dostępu do leczenia o dowiedzionych pozytywnych skutkach medycznych dla osób cierpiących na otyłość, które wymagają leczenia, również w celu zapobiegania rozwojowi dalszych chorób;
31. wzywa Unię Europejską i państwa członkowskie do włączenia problematyki płci w kontrolę palenia tytoniu zgodnie z zaleceniem Ramowej Konwencji Antytytoniowej Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO-FCTC) i zainicjowanie kampanii antynikotynowych skierowanych do młodych dziewcząt i kobiet;
32. zachęca państwa członkowskie do stymulowania i popierania badań medycznych i farmaceutycznych w sektorze chorób, które dotyczą w większości kobiety we wszystkich fazach ich życia, a nie tylko w wieku rozrodczym;
33. zwraca się do państw członkowskich o rozwiązanie problemów nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, które wywierają wpływ na życie codzienne, np. w dziedzinie usług dentystycznych czy okulistycznych;

Wtorek, 8 marca 2011 r.

34. sugeruje Unii Europejskiej i państwom członkowskim wdrożenie spójnej polityki i akcji solidarnościowych na rzecz kobiet niepracujących lub zatrudnionych w sektorach, w których nie są objęte indywidualnym ubezpieczeniem zdrowotnym, oraz szukanie sposobów na objęcie ich ubezpieczeniem;
35. wzywa Komisję, w kontekście jej współpracy z właściwymi organami państw członkowskich, aby promowała wzorcowe rozwiązania w zakresie wyceniania i zwrotu kosztów leków, w tym nadające się do zastosowania modele różnicowania cen produktów farmaceutycznych, tak aby zoptymalizować przystępność i zmniejszyć nierówności w dostępie do leków;
36. przypomina, że przyjęcie patentu europejskiego wraz z odpowiednimi uzgodnieniami językowymi i ujednoliconym systemem rozstrzygania sporów ma zasadnicze znaczenie dla naprawy gospodarki europejskiej;
37. zauważa, że praca, którą wykonano w Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów, m.in. w zakresie bezpieczeństwa produktów oraz reklamy, pomogła w rozwiązaniu pewnych aspektów dotyczących nierówności zdrowotnej w UE, podkreśla w związku z tym znaczenie zapewnienia ścisłej kontroli informacji przekazywanych przez firmy farmaceutyczne pacjentom, zwłaszcza najsłabszym i najmniej doinformowanym grupom, a także potrzebę skutecznego i niezależnego systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii;
38. wzywa państwa członkowskie do dostosowania systemów opieki zdrowotnej do potrzeb osób w najtrudniejszej sytuacji za pomocą wprowadzenia takich metod ustalania honorariów pobieranych przez pracowników ochrony zdrowia, które zagwarantują dostęp do opieki zdrowotnej wszystkim pacjentom;
39. wzywa Komisję, aby dołożyła wszelkich starań w celu zachęcenia państw członkowskich do zaofiarowania pacjentom zwrotu kosztów oraz podjęła wszelkie działania niezbędne do zmniejszenia nierówności w dostępie do leków stosowanych w leczeniu chorób takich jak osteoporoza pomenopauzalna i choroba Alzheimera, które nie są objęte refundacją w niektórych państwach członkowskich, a także aby dokonała tego w trybie pilnym;
40. podkreśla, że poza administracją publiczną władze regionalne odgrywają w wielu państwach ważną rolę w zakresie zdrowia publicznego, promowania zdrowia, profilaktyki i świadczeń zdrowotnych, a więc muszą być aktywnie zaangażowane; podkreśla, że władze regionalne i lokalne i inne zainteresowane strony także mogą odegrać istotną rolę, np. w miejscach pracy czy szkołach, w szczególności w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowego stylu życia, skutecznej profilaktyki oraz wczesnego monitorowania i diagnozowania chorób;
41. wzywa państwa członkowskie do wspierania podejścia polegającego na świadczeniu lokalnie usług opieki i do świadczenia zintegrowanej opieki zdrowotnej dostępnej na szczeblach lokalnym i regionalnym oraz umożliwiającej pacjentom uzyskiwanie większego wsparcia w ich własnym otoczeniu lokalnym i społecznym;
42. zachęca wszystkie państwa członkowskie do ponownej oceny ich polityki mającej znaczący wpływ na nierówności zdrowotne, takie jak w dziedzinie tytoniu, alkoholu, żywności, leków, a także zdrowia publicznego i świadczenia opieki zdrowotnej;
43. zachęca państwa członkowskie do nawiązywania stosunków partnerskich w regionach przygranicznych w celu dzielenia się kosztami infrastruktury i personelu oraz zmniejszenia nierówności zdrowotnych, m.in. w równym dostępie do najnowocześniejszego sprzętu;
44. zwraca się do Komisji, aby zbadała skutki decyzji opierających się na krajowych i regionalnych ocenach skuteczności leków i urządzeń medycznych na rynku wewnętrznym, w tym pod względem dostępu pacjentów, innowacyjności nowych produktów i praktyk medycznych, które należą do głównych elementów mających wpływ na równy dostęp do opieki zdrowotnej;

Wtorek, 8 marca 2011 r.

45. uznaje, że wdrażanie dyrektywy w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej 2011/24/UE powinno pociągnąć za sobą oceny wpływu mające na celu jak najdokładniejsze zmierzenie jej skuteczności w zakresie walki z nierównościami zdrowotnymi oraz zadbanie, aby utrzymywała ona ochronę publiczną i chroniła bezpieczeństwo pacjentów, szczególnie jeżeli chodzi o rozmieszczenie geograficzne zasobów medycznych, zarówno ludzkich, jak i materialnych;

46. zauważa, że wysokiej jakości i skuteczna transgraniczna opieka zdrowotna wymaga większej jawności informacji oferowanych społeczeństwu, pacjentom, organom regulacyjnym i podmiotom świadczącym usługi zdrowotne na temat szerokiego zestawu kwestii obejmujących prawa pacjentów, dostęp do odszkodowań i uregulowania prawne dotyczące pracowników służby zdrowia;

47. ubolewa, że dyrektywie w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej nie towarzyszył wniosek ustawodawczy w sprawie mobilności pracowników służby zdrowia, uwzględniający ryzyko drenażu mózgow w UE, który niebezpiecznie zwiększa nierówności geograficzne w niektórych państwach członkowskich, a także zwraca się do Komisji o zarządzenie temu błędowi, ewentualnie w ramach przyszłego przeglądu dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (2005/36/WE);

48. wzywa państwa członkowskie do pełnego wdrożenia obowiązującej dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (2005/36/WE); ze względu na złożony charakter kwalifikacji medycznych zachęca Komisję, aby w ramach oceny i przeglądu dyrektywy zajęła się pewnymi lukami regulacyjnymi, które mogą narażać pacjentów na szkody i zagrażać ich prawu do bezpiecznego leczenia; zwraca się do Komisji, aby ponownie rozważyła możliwość wprowadzenia wobec właściwych organów obowiązku rejestracji w systemie IMI oraz możliwość zwiększenia zakresu, w jakim właściwe organy mogą proaktywnie dzielić się informacjami o środkach dyscyplinarnych stosowanych wobec pracowników służby zdrowia dzięki utworzeniu odpowiedniego mechanizmu ostrzegania;

49. wzywa Komisję, aby w następnym wniosku ustawodawczym dotyczącym kwalifikacji zawodowych poczyniła kroki w kierunku wzmocnionego mechanizmu uznawania kwalifikacji w państwach członkowskich;

50. podkreśla, że większa innowacyjność często prowadzi do lepszego dostępu do leczenia, co ma szczególne znaczenie w odizolowanych lub wiejskich społecznościach;

51. wzywa Komisję, by we współpracy z państwami członkowskimi wspierała rozwój usług telemedycyny jako narzędzia służącego zmniejszaniu różnic geograficznych w dostępie do usług zdrowotnych, w tym na szczeblu regionalnym i lokalnym;

52. wzywa Radę i Komisję do poważniejszego potraktowania w ramach strategii „Europa 2020” faktu, że zdrowie fizyczne i psychiczne oraz dobra kondycja odgrywają kluczową rolę w zwalczaniu wykluczenia oraz do włączenia wskaźników porównawczych uwzględniających status społeczno-ekonomiczny i stan zdrowia publicznego do procedur monitorowania strategii „Europa 2020” oraz do wzięcia pod uwagę dyskryminacji związanej z wiekiem, zwłaszcza w badaniach klinicznych w zakresie leczenia lepiej dostosowanego do potrzeb osób starszych;

53. uważa, że Unia Europejska i państwa członkowskie muszą wspierać społeczeństwo obywatelskie i organizacje kobiet, które propagują prawa kobiet, w tym prawa kobiet w zakresie praw seksualnych i reprodukcyjnych, prawo do zdrowego stylu życia i prawo do pracy, aby zapewnić możliwość zabierania głosu przez kobiety w kwestiach związanych z europejską i krajową polityką zdrowia;

54. zachęca wszystkie państwa członkowskie do promowania i rozwijania kompetencji oraz wymiany międzynarodowej i współpracy między wszystkimi odnośnymi zainteresowanymi stronami reprezentującymi wiele sektorów przy opracowywaniu i realizowaniu polityki, która zmniejsza nierówności zdrowotne;

Wtorek, 8 marca 2011 r.

55. wzywa państwa członkowskie do wspierania i realizowania wspólnego podejścia do prowadzenia polityki na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym, dążąc tym samym do stosowania podejścia zakładającego uwzględnianie zdrowia we wszystkich obszarach polityki;
56. wzywa Komisję i państwa członkowskie do opracowania wspólnej grupy wskaźników do monitorowania nierówności zdrowotnych w rozbiciu na grupy wiekowe, płeć, status społeczno-ekonomiczny, położenie geograficzne, a także ryzyko wynikające z alkoholizmu i uzależnienia od narkotyków oraz do określenia metodologii analizy sytuacji zdrowotnej w państwach członkowskich w celu zidentyfikowania i priorytetowego potraktowania obszarów wymagających poprawy i opracowania wzorcowych praktyk;
57. podkreśla, że nierówności w zdrowiu opierają się na nierównościach społecznych w zakresie warunków życia i modeli zachowań społecznych związanych z płcią, rasą, standardami wykształcenia, zatrudnieniem oraz nierównym podziałem nie tylko dochodów, ale również pomocy medycznej, profilaktyki i usług promujących zdrowie;
58. podkreśla, że za kwestią nierówności w zakresie zdrowia stoją zagrożenia dla zdrowia członków najmniej uprzywilejowanych (biedniejszych) warstw społecznych i ma na uwadze, że te zagrożenia są spotęgowane przez połączenie ubóstwa z innymi czynnikami ryzyka;
59. wzywa Komisję do dopilnowania, aby w pełni zrealizowano zadania polegające na zmniejszeniu różnic zdrowotnych i poprawie dostępu do świadczeń w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz by je włączono do bieżących inicjatyw takich jak Partnerstwo na rzecz aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu oraz Platforma UE przeciw ubóstwu i wykluczeniu społecznemu, a także do przyszłych inicjatyw dotyczących wczesnego rozwoju dziecka i polityki poświęconej młodzieży, skupiającej się na edukacji, szkoleniu i zatrudnieniu;
60. wzywa do lepszej koordynacji pomiędzy agencjami UE, które odgrywają ważną rolę w zakresie walki z nierównościami zdrowotnymi, zwłaszcza między Europejską Fundacją na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy, Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz Europejską Agencją Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy;
61. wzywa Komisję do pomocy państwom członkowskim w celu lepszego wykorzystania przez nie otwartej metody koordynacji, aby wspierać projekty w zakresie oddziaływania na podstawowe czynniki wpływające na nierówności zdrowotne;
62. wzywa Komisję do opracowania metod zaangażowania i udziału wszystkich interesariuszy na szczeblu europejskim w celu propagowania stosowania i rozpowszechniania dobrej praktyki w dziedzinie zdrowia publicznego;
63. podkreśla, że wśród czynników wpływających na zdrowie duże znaczenie ma spożywanie urozmaiconego i dobrej jakości pożywienia i zachęca w związku z tym Komisję do szerszego wykorzystywania skutecznych programów uruchomionych w ramach WPR (darmowa dystrybucja mleka i owoców w szkołach oraz żywności dla najuboższych);
64. zachęca państwa członkowskie do zorganizowania specjalnych sieci usług społeczno-zdrowotnych i doradczych, wspomaganych także specjalnymi liniami telefonicznymi, dla kobiet, małżeństw i rodzin w celu zapobiegania przemocy w rodzinie i udzielenia osobom zainteresowanym wsparcia i pomocy w sposób wykwalifikowany i profesjonalny we współpracy z innymi właściwymi instytucjami;
65. wzywa Komisję do pomocy państwom członkowskim w celu lepszego wykorzystania przez nie polityki spójności UE i funduszy strukturalnych, aby wspierać projekty przyczyniające się do uwzględniania społecznych czynników warunkujących zdrowie i zmniejszania nierówności zdrowotnych; wzywa ponadto Komisję, by pomogła państwom członkowskim lepiej korzystać z programu PROGRESS;

Wtorek, 8 marca 2011 r.

66. wzywa państwa członkowskie do położenia kresu obecnym cięciom w wydatkach publicznych na opiekę zdrowotną, które odgrywają kluczową rolę w zapewnianiu kobietom i mężczyznom wysokiego poziomu opieki zdrowotnej.
67. wzywa Komisję do rozpropagowania podejścia opartego na ekonomicznych i środowiskowych determinantach zdrowia i na zasadzie „równość i zdrowie we wszystkich obszarach polityki” podczas opracowywania całej wewnętrznej i zewnętrznej polityki UE, zwłaszcza z myślą o osiągnięciu milenijnych celów rozwoju, i ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia matki;
68. usilnie nawołuje wszystkie państwa członkowskie do uznania znaczenia zdrowia dla społeczeństwa i wykroczenie poza podejście oparte na PKB w celu mierzenia rozwoju społecznego oraz rozwoju społeczności i jednostki;
69. wzywa Radę do promowania rozwiązywania problemu nierówności zdrowotnych jako priorytetu politycznego we wszystkich państwach członkowskich, biorąc pod uwagę społeczne determinanty zdrowia oraz czynniki ryzyka związane ze stylem życia, takie jak alkohol, tytoń czy sposób odżywiania się, za pomocą działań w takich obszarach polityki jak polityka ochrony konsumenta, zatrudnienie, mieszkalnictwo, polityka społeczna, środowisko, rolnictwo i żywność, edukacja, warunki życia i pracy oraz badania zgodne z zasadą „zdrowie we wszystkich obszarach polityki”;
70. wzywa Komisję do wspierania działań finansowanych w ramach planu działania w zakresie zdrowia publicznego obecnie i w przyszłości w celu uwzględnienia społecznych determinantów zdrowia;
71. wzywa Komisję do przygotowania wytycznych w celu poprawy mechanizmów monitorowania nierówności zdrowotnych w całej UE (pomiędzy państwami członkowskimi i w ich obrębie) poprzez usprawnienie gromadzenia danych za pomocą bardziej systematycznych i porównywalnych informacji, które uzupełnią istniejące dane na temat nierówności zdrowotnych, oraz za pomocą regularnych kontroli i analiz;
72. zwraca się do Komisji, aby rozważyła sporządzenie wniosku w sprawie zalecenia Rady lub jakiegokolwiek innej odpowiedniej inicjatywy wspólnotowej zmierzającej do zachęcania do opracowywania przez państwa członkowskie zintegrowanych strategii krajowych – na szczeblu krajowym lub regionalnym – mających na celu zmniejszanie nierówności zdrowotnych, a także do wspierania ich w tych działaniach;
73. wzywa Komisję do oceny w sprawozdaniach z postępu prac skuteczności działań na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych oraz poprawy zdrowia w wyniku realizacji strategii związanych ze społecznymi, ekonomicznymi i środowiskowymi determinantami zdrowia;
74. wzywa Komisję do stosowania podejścia polegającego na uwzględnianiu zdrowia we wszystkich obszarach polityki przy prowadzeniu polityki na szczeblu UE i do zapewnienia skutecznych ocen wpływu, które biorą pod uwagę skutki w zakresie równości zdrowotnej;
75. wyraża przekonanie, że otwarte, konkurencyjne i właściwie funkcjonujące rynki mogą pobudzać innowacje, inwestycje i badania w sektorze opieki zdrowotnej, oraz uznaje, że musi temu towarzyszyć silne wsparcie finansowe w dziedzinie badań publicznych w celu dalszego opracowywania trwałych i skutecznych modeli opieki zdrowotnej oraz w celu wspierania rozwoju nowych technologii i ich stosowania w tej dziedzinie (np. telemedycyna), a także poprzez wspólną metodologię oceny technologii medycznych, przy czym wszystko to powinno przynosić korzyści wszystkim osobom, również należącym do grup o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, przy jednoczesnym uwzględnieniu starzenia się ludności;
76. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wspierania informacji publicznej i programów podnoszenia świadomości oraz do intensywniejszego dialogu ze społeczeństwem obywatelskim, partnerami społecznymi i organizacjami pozarządowymi w zakresie zdrowia i usług medycznych;
77. uważa, że niezbędne jest zwiększenie liczby kobiet biorących udział w opracowywaniu strategii politycznych dotyczących zdrowia, w planowaniu programów i świadczeniu usług w dziedzinie zdrowia;
78. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie oraz Komisji.
-