



TEKSTY PRZYJĘTE

P10_TA(2026)0305

Różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia, a szczególnie schorzenia uwarunkowane płcią

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 16 września 2026 r. w sprawie różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia, a szczególnie schorzeń uwarunkowanych płcią (2025/2074(INI))

Parlament Europejski,

- uwzględniając art. 2 i art. 3 ust. 3 Traktatu o Unii Europejskiej,
- uwzględniając art. 8, 9, 151, 153 157 i 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,
- uwzględniając Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej, w szczególności jej art. 21 i 35,
- uwzględniając Konwencję Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej (konwencja stambulska),
- uwzględniając Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, ratyfikowaną przez UE w 2010 r.,
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE¹,
- uwzględniając dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1385 z dnia 14 maja 2024 r. w sprawie zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej²,
- uwzględniając wniosek Komisji z 16 lipca 2025 r. dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia Europejskiego Funduszu Konkurencyjności („EFK”), w tym programu szczegółowego działań na rzecz badań naukowych i innowacji w dziedzinie obronności, uchylenia rozporządzeń (UE) 2021/522, (UE) 2021/694, (UE) 2021/697, (UE) 2021/783 oraz zmiany rozporządzeń (UE) 2021/696, (UE) 2023/588 i (UE) [EDIP] (COM(2025)0555),

¹ Dz.U. L 158 z 27.5.2014, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2014/536/oj>.

² Dz.U. L, 2024/1385, 24.5.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2024/1385/oj>.

- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 17 grudnia 2025 r. w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej pt. „Mój głos, mój wybór: za bezpieczną i dostępną aborcją”³,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet⁴,
- uwzględniając rezolucję z 12 lutego 2020 r. w sprawie strategii UE mającej położyć kres okaleczaniu żeńskich narządów płciowych na świecie⁵,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 29 kwietnia 2026 r. w sprawie sytuacji w zakresie praw podstawowych w Unii Europejskiej w latach 2024–2025⁶,
- uwzględniając pytanie wymagające odpowiedzi na piśmie E-004697/2025 skierowane do Komisji w sprawie zalecenia dotyczącego szkodliwych praktyk,
- uwzględniając zalecenie Rady z dnia 21 czerwca 2024 r. w sprawie nowotworów zwalczanych drogą szczepień⁷,
- uwzględniając zalecenie Rady z dnia 9 grudnia 2022 r. w sprawie wzmocnienia profilaktyki poprzez wczesne wykrywanie: nowe podejście UE do badań przesiewowych w kierunku raka, zastępujące zalecenie Rady 2003/878/WE⁸,
- uwzględniając konkluzje Rady z dnia 3 grudnia 2024 r. w sprawie wzmacniania zdrowia psychicznego kobiet i dziewcząt przez wspieranie równości płci,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 5 marca 2026 r. zatytułowany „Unia równości: strategia na rzecz równouprawnienia płci na lata 2026–2030” (COM(2026)0113),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 13 listopada 2025 r. w sprawie strategii na rzecz równouprawnienia płci 2025⁹,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 26 lutego 2026 r. w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej pt. „Mój głos, mój wybór: za bezpieczną i dostępną aborcją” (C(2026)3225),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 16 grudnia 2025 r. w sprawie Unijnego planu dotyczącego zdrowia układu krążenia: plan „Bezpieczne serce” (COM(2025)1024),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 7 marca 2025 r. pt. „Plan działania na rzecz praw kobiet” (COM(2025)0097),

³ Dz.U. C, C/2026/2155, 6.5.2026, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2026/2155/oj>.

⁴ Dz.U. C 81 z 18.2.2022, s. 43.

⁵ Dz.U. C 294 z 23.7.2021, s. 8.

⁶ Teksty przyjęte, P10_TA(2026)0146.

⁷ Dz.U. C, C/2024/4259, 28.6.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2024/4259/oj>.

⁸ Dz.U. C 473 z 13.12.2022, s. 1.

⁹ Teksty przyjęte, P10_TA(2025)0278.

- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 3 lutego 2021 r. pt. „Europejski plan walki z rakiem” (COM(2021)0044),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 5 marca 2020 r. pt. „Unia równości: strategia na rzecz równouprawnienia płci na lata 2020–2025” (COM(2020)0152),
- uwzględniając publikację Komisji z maja 2024 r. zatytułowaną „Case studies on obstetric violence - Experience, analysis and responses” [Studia przypadków przemocy położniczej – doświadczenie, analiza i reakcje]¹⁰,
- uwzględniając wyraźne upoważnienie powierzone kolegium komisarzy przez Parlament Europejski do „kierowania pracami w zakresie problematyki zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego”¹¹,
- uwzględniając opinię Europejskiego Komitetu Regionów z dnia 15 października 2025 r. pt. „Wzmocnienie praw kobiet i równości płci w UE: perspektywa lokalna i regionalna”¹²,
- uwzględniając proponowane wytyczne Europejskiej Agencji Leków (EMA) wydane do konsultacji 4 czerwca 2025 r. pt. „ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline” [Wytyczne ICH E21 dotyczące włączania kobiet w ciąży i karmiących piersią do badań klinicznych – wytyczne naukowe],
- uwzględniając sprawozdanie z nadzoru i monitorowania Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) pt. „Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024” [Monitorowanie reakcji na epidemie infekcji przenoszonych drogą płciową w krajach UE/EOG, 2024 r.], opublikowane w grudniu 2025 r.¹³,
- uwzględniając wskaźnik równouprawnienia płci na 2025 r. Europejskiego Instytutu ds. Równości Kobiet i Mężczyzn (EIGE)¹⁴,
- uwzględniając sprawozdanie Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) ze stycznia 2024 r. pt. „Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer

¹⁰ Komisja Europejska: Dyrekcja Generalna ds. Sprawiedliwości i Konsumentów, Fondazione Giacomo Brodolini (FGB) oraz sieć ds. analizy naukowej i doradztwa w zakresie równouprawnienia płci w UE (SAAGE), „[Case studies on obstetric violence - Experience, analysis and responses](#)” [Studia przypadków przemocy położniczej – doświadczenie, analiza i reakcje], Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2024 r.

¹¹ Komisja Europejska, [pismo określające zadania przewodniczącej von der Leyen do Hadji Lahbib](#), 2024 r.

¹² Dz.U. C, C/2025/6319, 3.12.2025, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2025/6319/oj>.

¹³ Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), „[Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024](#)” [Monitorowanie reakcji na epidemie infekcji przenoszonych drogą płciową w krajach UE/EOG, 2024 r.], Sztokholm, 2025 r.

¹⁴ EIGE, [Wskaźnik równouprawnienia płci na 2025 r.](#), Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2025 r.

Prevention and Early Detection” [Walka z nierównościami w przeciwdziałaniu nowotworom w UE: nacisk na profilaktykę i wczesne wykrywanie nowotworów],

- uwzględniając badanie opublikowane w listopadzie 2025 r. przez Dyрекję Generalną ds. Praw Obywatelskich, Sprawiedliwości i Spraw Instytucjonalnych pt. „Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care” [Nierówności płci w badaniach medycznych, opracowywaniu leków i dostępie do opieki zdrowotnej]¹⁵,
 - uwzględniając badanie opublikowane przez Dyрекję Generalną ds. Polityki Wewnętrznej w kwietniu 2024 r. pt. „Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination” [Przemoc położnicza i ginekologiczna w UE – częstość występowania, ramy prawne i wytyczne edukacyjne dotyczące zapobiegania i eliminacji]¹⁶,
 - uwzględniając art. 55 Regulaminu,
 - uwzględniając opinię przedstawioną przez Komisję Zdrowia Publicznego,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (A10-0200/2026),
- A. mając na uwadze, że zdrowie jest prawem podstawowym, w związku z czym każdy musi mieć dostęp do wysokiej jakości przystępnych cenowo, terminowych i dostępnych usług opieki zdrowotnej, niezależnie od swojego statusu społeczno-ekonomicznego, jak zapisano w Europejskim filarze praw socjalnych; mając na uwadze, że zmniejszenie nierówności stanowi okazję do rozwiązania problemu fragmentacji i poprawy wyników zdrowotnych w państwach członkowskich, wzmacniając zasady równości i spójności społecznej zapisane w traktatach poprzez silniejszą i bardziej skoordynowaną reakcję na szczeblu UE;
- B. mając na uwadze, że uchodźczynie, kobiety należące do mniejszości etnicznych, kobiety żyjące w ubóstwie, doświadczające bezdomności, kobiety pracujące w oparciu o niepewne formy zatrudnienia lub wykonujące nieodpłatne obowiązki opiekuńcze, kobiety starsze, z niepełnosprawnościami, mieszkające na obszarach wiejskich i obszarach znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, a w szczególności osoby ze społeczności LGBTIQ+ napotykają liczne i wzajemnie powiązane bariery w dostępie do usług opieki zdrowotnej, a także złożone potrzeby

¹⁵ Badanie zlecone przez Komisję Praw Kobiet i Równouprawnienia Parlamentu Europejskiego, „[Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care](#)” [Nierówności płci w badaniach medycznych, opracowywaniu leków i dostępie do opieki zdrowotnej], Departament Tematyczny ds. Obywateli, Równości i Kultury, Dyrekcja Generalna ds. Praw Obywatelskich, Sprawiedliwości i Spraw Instytucjonalnych, Parlament Europejski, 2025 r.

¹⁶ Badanie zlecone przez Komisję Praw Kobiet i Równouprawnienia Parlamentu Europejskiego, „[Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination](#)” [Przemoc położnicza i ginekologiczna w UE – częstość występowania, ramy prawne i wytyczne edukacyjne dotyczące zapobiegania i eliminacji], Departament Tematyczny ds. Praw Obywatelskich i Spraw Konstytucyjnych, Parlament Europejski, 2024 r.

zdrowotne; mając na uwadze, że niezbędne jest zatem podejście intersekcjonalne do zdrowia kobiet;

- C. mając na uwadze, że ubóstwo i wykluczenie społeczne mają znaczący wpływ na efekty zdrowotne i dostęp do opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że kobiety napotykały większe bariery finansowe niż mężczyźni w dostępie do świadczeń zdrowotnych; mając na uwadze, że bariery te są jeszcze większe w przypadku słabszych grup społecznych, które często borykają się z dodatkowymi warstwami dyskryminacji i napotykały wiele barier w dostępie do wysokiej jakości opieki zdrowotnej;
- D. mając na uwadze, że nierówny dostęp do usług opieki zdrowotnej w całej UE, zwłaszcza na obszarach wiejskich, oddalonych i górskich, wyspach i w regionach najbardziej oddalonych, stanowi istotną barierę dla terminowej diagnostyki i leczenia, w tym dla kobiet w ciąży;
- E. mając na uwadze, że dostęp do bezpiecznej, czystej i przystępnej cenowo wody oraz urządzeń sanitarnych jest fundamentalnym czynnikiem determinującym zdrowie fizyczne i psychiczne oraz dobrem publicznym, a także odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu chorobom, zarządzaniu przewlekłymi schorzeniami oraz ogólnym dobrostanem na przestrzeni całego życia; mając na uwadze, że nierówności w dostępie do wody i urządzeń sanitarnych dotyczą głównie osoby żyjące w ubóstwie, w nieodpowiednich warunkach mieszkaniowych, na obszarach wiejskich lub oddalonych, co szczególnie wpływa na kobiety, dzieci, osoby starsze oraz osoby z niepełnosprawnościami;
- F. mając na uwadze, że uproszczenie i lepsza koordynacja transgranicznej opieki zdrowotnej przyczyniłyby się do zapewnienia kobietom dostępu do leczenia transgranicznego w razie potrzeby, przy jednoczesnym ograniczeniu biurokracji dla pacjentów i świadczeniodawców;
- G. mając na uwadze, że w przeszłości badania medyczne koncentrowały się na mężczyznach, co doprowadziło do niedostatecznego zrozumienia zdrowia kobiet, ich fizjologii i różnic wynikających z płci; mając na uwadze, że ta systemowa nierówność w medycynie ma wpływ na diagnostykę, leczenie, zachorowalność i śmiertelność niedostatecznie reprezentowanych grup ludności, w tym kobiet i osób płciowo nienormatywnych;
- H. mając na uwadze, że w 2020 r. jedynie 5 % światowych środków na badania i rozwój przeznaczono na badania nad zdrowiem kobiet¹⁷; mając na uwadze, że finansowanie badań często nie jest proporcjonalne do obciążenia chorobami, a schorzenia, które dotyczą głównie kobiety, takie jak migreny lub endometrioza¹⁸, otrzymują znacznie mniejsze wsparcie finansowe i inwestycje w porównaniu z chorobami dotyczącymi głównie mężczyzn; mając na uwadze, że rozwiązanie problemu utrzymującego się niedoinwestowania w zdrowie kobiet wymaga bardziej zdecydowanych działań publicznych i ukierunkowanego finansowania, które powinno napędzać zmiany leżące w interesie obywateli; mając na uwadze, że w związku z tym konieczne są odpowiednie

¹⁷ Nature Reviews Bioengineering, „[Funding research on women's health](#)” [Finansowanie badań nad zdrowiem kobiet], tom 2, 2024 r., s. 797–798.

¹⁸ Nature, „[Women's health: end the disparity in funding](#)” [Zdrowie kobiet: położenie kresu nierównościom w finansowaniu], 2023 r.

i trwałe inwestycje w bezpieczeństwo zdrowotne, w tym środki gotowości, zapobiegania i reagowania uwzględniające aspekt płci, aby zapewnić zarówno odporność społeczną, jak i sprawiedliwe efekty zdrowotne;

- I. mając na uwadze, że chociaż zmiany regulacyjne poprawiły inkluzywność w badaniach klinicznych, kobiety nadal uczestniczą w nich rzadziej niż mężczyźni – dotyczy to w szczególności kobiet w ciąży i karmiących piersią¹⁹; mając na uwadze, że ma to zastosowanie nie tylko do badań klinicznych, ale również do badań przedklinicznych, epidemiologicznych, behawioralnych i badań systemu opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że taka sytuacja zagraża bezpieczeństwu i skuteczności leków i terapii dla kobiet; mając na uwadze, że w wyniku braku wystarczającej równowagi płci na etapie rozwoju leków kobiety doświadczają reakcji niepożądanych 50 % do 75 % częściej niż mężczyźni²⁰; mając na uwadze, że potrzebne są bardziej inkluzywne badania, w tym dotyczące kobiet w ciąży i karmiących piersią, aby zmniejszyć możliwe do uniknięcia ryzyka dla zdrowia matek; mając na uwadze, że badania wykazały, iż kobiety – w tym w okresie ciąży – podlegają specyficznym wzorcom narażenia, które wpływają na ich zdrowie oraz na rozwijające się dziecko;
- J. mając na uwadze, że osoby transpłciowe, niebinarne i interseksualne oraz społeczności marginalizowane, takie jak mniejszości etniczne i kobiety z niepełnosprawnościami, są często nieobecne lub w nieproporcjonalny sposób wykluczane z badań klinicznych²¹ i badań medycznych, co prowadzi do znacznych luk w dowodach dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności leczenia; mając na uwadze, że brak tych danych przyczynia się do nierównego dostępu do odpowiedniej, terminowej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej;
- K. mając na uwadze, że generyczne produkty lecznicze dopuszcza się do obrotu na podstawie badań biorównoważności, które nadal prowadzone są głównie na uczestnikach płci męskiej i nie są systematycznie analizowane pod kątem różnic płciowych; mając na uwadze, że referencyjne produkty lecznicze były w przeszłości testowane głównie na populacji męskiej; mając na uwadze, że różnice w składzie generycznych i referencyjnych produktów leczniczych mogą wpływać na biodostępność, zwiększając niepewność co do tego, czy biorównoważność wykazaną u mężczyzn można w równym stopniu założyć w przypadku kobiet;
- L. mając na uwadze, że w 72 % badań klinicznych leków nie przedstawia się i nie publikuje danych segregowanych według kryterium płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej²², co znacznie ogranicza zrozumienie chorób związanych z płcią społeczno-

¹⁹ Według danych z systemu informacji o badaniach klinicznych przytoczonych 4 czerwca 2025 r. przez Europejską Agencję Leków mniej niż 0,4 % badań w UE dotyczy kobiet w ciąży lub karmiących piersią. Europejska Agencja Leków, „[New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials](#)” [Nowe wytyczne dotyczące włączania kobiet w ciąży i karmiących piersią do badań klinicznych], 2025 r.,

²⁰ Zucker, I. i Prendergast, B. J. „[Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women.](#)” [Różnice płciowe w farmakokinetyce przewidują niepożądane reakcje na leki u kobiet.], Biology of Sex Differences [Biologia różnic wynikających z płci], czerwiec 2020 r.

²¹ Brotto, L.A. i Galea L.A.M., „[Gender inclusivity in women’s health research](#)” [Aspekt płci w badaniach nad zdrowiem kobiet], BJOG, tom 129, nr 12, 2022 r.

²² Badanie Care4Everybody, „[Mind the Gap: Costs, consequences and correction of sex and gender inequality in medicine](#)” [Zniwelowanie luki – koszty, konsekwencje i

kulturową, czynników przyczyniających się do ich występowania oraz reakcji na leczenie i jego bezpieczeństwa;

- M. mając na uwadze, że kobiety i dziewczęta są w nieproporcjonalnym stopniu dotknięte szeregiem przewlekłych i uwarunkowanych płcią schorzeń, które są nadal niedostatecznie zbadane i niezdiagnozowane; mając na uwadze, że w przypadku powszechnych chorób objawy u kobiet mogą różnić się od objawów „książkowych”, co prowadzi do poważnych błędów lub opóźnień w diagnozowaniu w porównaniu z mężczyznami²³; mając na uwadze, że opóźniona diagnoza chorób specyficznych dla płci prowadzi do długotrwałego bólu, konsekwencji dla zdrowia psychicznego, utraty dochodów oraz ograniczonego uczestnictwa kobiet w edukacji i w rynku pracy, co pogłębia różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn oraz nierówności społeczne; mając na uwadze, że przykładowo całkowita roczna utrata produkcji spowodowana migreną, która nieproporcjonalnie dotyka kobiety, szacowana jest w UE na 111 mld EUR kosztów pośrednich²⁴; mając na uwadze, że świadomość, kompetencje zdrowotne i profilaktyka są kluczowymi elementami zdrowia kobiet, ponieważ umożliwiają wczesną diagnozę oraz dają kobietom możliwość podejmowania świadomych decyzji dotyczących ich ciała i zdrowia przez całe życie;
- N. mając na uwadze, że kobiety częściej niż mężczyźni szukają pomocy medycznej, jednak często spotykają się z opóźnionymi lub błędnymi diagnozami, nieodpowiednim leczeniem lub ich objawy są ignorowane jako psychosomatyczne, co odzwierciedla utrzymujące się uprzedzenia związane z płcią w badaniach medycznych, diagnostyce i praktyce klinicznej²⁵; mając na uwadze, że badania pokazują, iż kobiety czekają 30 minut dłużej w poczekalniach i otrzymują środki przeciwbólowe rzadziej niż mężczyźni z podobnymi objawami²⁶; mając na uwadze, że kobiety należące do mniejszości etnicznych i pacjenci doświadczający dyskryminacji rasowej są bardziej narażeni na lekceważenie objawów²⁷, co może prowadzić do poważnych konsekwencji, w tym niedostatecznego leczenia, błędnych diagnoz i utraty zaufania do instytucji medycznych; mając na uwadze, że wytyczne dotyczące praktyki klinicznej często nie odzwierciedlają najlepszych praktyk opieki klinicznej dla kobiet;

korekta nierówności płci i różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w medycynie], 2023 r.

²³ Jovani V, Blasco-Blasco M, Pascual E i in., „[Challenges to conquer from the gender perspective in medicine: The case of spondyloarthritis](#)” [Wyzwania do przezwyciężenia z perspektywy płci w medycynie: przypadek zapalenia stawów z zajęciem stawów kręgosłupa], 2018 r.

²⁴ Europejski Sojusz na rzecz Migreny i Bólu Głowy (EMHA) „[Towards a European Roadmap on Migraine: Strategic Conclusions and Policy Recommendations](#)” [W kierunku europejskiego planu działania dotyczącego migreny: strategiczne wnioski i zalecenia polityczne], 2025 r.

²⁵ Prenuvo, „[The most common health misdiagnoses in women – and why they keep happening](#)” [Najczęstsze błędne diagnozy zdrowotne u kobiet – i dlaczego nadal się zdarzają], 2025 r.

²⁶ Mika Guzikevitsa, Tom Gordon-Hecker, David Rekhtman, Shaden Salameh, Salomon Israel, Moses Shayo, David Gozal, Anat Perry, Alex Gileles-Hillel i Shoham Choshen-Hillel, „[Sex bias in pain management decisions](#)” [Płeć a decyzje w zakresie zarządzania bólem], sierpień 2024 r.

²⁷ MBRRACE-UK, „[Saving Lives, Improving Mothers' Care](#)” [Ratowanie życia, poprawa opieki nad matkami], październik 2024 r.

- O. mając na uwadze, że przemoc położnicza i ginekologiczna, w tym zniewagi słowne, dyskryminacja oraz zabiegi przeprowadzane bez zgody pacjentki w trakcie ciąży, porodu i opieki aborcyjnej, stanowi naruszenie praw i godności kobiet oraz pozostaje powszechnym, ale wciąż niedostatecznie uwzględnianym problemem w całej Unii; mając na uwadze, że przemoc położnicza i ginekologiczna w nieproporcjonalnym stopniu dotyka kobiety z niepełnosprawnościami i kobiety należące do mniejszości etnicznych, w tym kobiety romskie, a także osoby interseksualne i transpłciowe²⁸; mając na uwadze, że w swojej strategii na rzecz równouprawnienia płci na lata 2020–2025 Komisja zobowiązała się do wydania zalecenia w sprawie zapobiegania szkodliwym praktykom wobec kobiet i dziewcząt, które powinno kompleksowo obejmować wszystkie formy szkodliwych praktyk, w tym wyżej wymienione formy przemocy;
- P. mając na uwadze, że kobiety z niepełnosprawnościami nadal są poddawane leczeniu i interwencjom medycznym, które są niepotrzebne, szkodliwe, nieodwracalne lub przeprowadzane bez ich zgody, w tym przymusowej sterylizacji, wciąż występującej w niektórych częściach UE²⁹;
- Q. mając na uwadze, że przemoc ze względu na płeć, we wszystkich jej formach, stanowi poważne naruszenie praw podstawowych i istotny problem zdrowia publicznego, z głębokimi i długotrwałymi skutkami dla zdrowia fizycznego, psychicznego, seksualnego i reprodukcyjnego kobiet; mając na uwadze, że niektóre czynniki i nierówności społeczno-ekonomiczne zwiększają narażenie kobiet na przemoc ze względu na płeć; mając na uwadze, że sprawiedliwe i godziwe wynagrodzenie ma zasadnicze znaczenie dla niezależności ekonomicznej kobiet i pozwala im uwolnić się od przemocy domowej;
- R. mając na uwadze, że kobiety są bardziej narażone na trudną sytuację ekonomiczną, a zawody zdominowane przez kobiety w nieproporcjonalnym stopniu narażają kobiety na powtarzające się obciążenie fizyczne i psychospołeczne, co prowadzi do przedwczesnego pogorszenia stanu zdrowia i zwiększonego ryzyka dla zdrowia psychicznego; mając na uwadze, że kobiety stanowią większość (78 %) pracowników służby zdrowia w UE³⁰; mając na uwadze, że nadreprezentacja kobiet w niepewnych, fragmentarycznych lub niepełnoetatowych formach zatrudnienia ogranicza ich znaczący dostęp do usług w zakresie ochrony zdrowia w miejscu pracy; mając na uwadze, że normy bezpieczeństwa i higieny pracy były historycznie opracowywane w oparciu o zawody i wzorce kariery zdominowane przez mężczyzn;

²⁸ Badanie zlecone przez Komisję Praw Kobiet i Równouprawnienia Parlamentu Europejskiego, „[Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination](#)” [Przemoc położnicza i ginekologiczna w UE – częstość występowania, ramy prawne i wytyczne edukacyjne dotyczące zapobiegania i eliminacji], Departament Tematyczny ds. Praw Obywatelskich i Spraw Konstytucyjnych, Parlament Europejski, 2024 r.

²⁹ Sprawozdanie Europejskiego Forum Osób z Niepełnosprawnościami, „[Forced sterilisation of persons with disabilities in the European Union](#)” [Przymusowa sterylizacja osób z niepełnosprawnościami w Unii Europejskiej], wrzesień 2022 r.

³⁰ Eurostat, „[Majority of health jobs held by women](#)” [Większość miejsc pracy w sektorze zdrowotnym zajmują kobiety], 2021 r.

- S. mając na uwadze, że szkodliwe substancje chemiczne, w tym substancje zaburzające funkcjonowanie układu hormonalnego, zwiększają ryzyko zaburzeń rozrodczych poprzez zakłócanie męskich i żeńskich układów hormonalnych³¹ oraz przyczyniają się do poważnych konsekwencji dla zdrowia;
- T. mając na uwadze, że różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn, w tym nierówny podział nieformalnych i nieodpłatnych obowiązków opiekuńczych oraz nieproporcjonalne narażenie na przemoc ze względu na płeć, obciążenie przewlekłym bólem i schorzeniami uwarunkowanymi płcią, a także status społeczno-ekonomiczny, przyczyniają się do wyższych wskaźników lęku, depresji i schorzeń związanych ze stresem wśród kobiet; mając na uwadze, że dziewczęta i kobiety są od wczesnych lat narażone na trwałą presję społeczną, kulturową i komercyjną związaną ze standardami piękna, które promują nierealistyczne ideały ciała i w nieproporcjonalny sposób wpływają na ich poczucie własnej wartości, zdrowie psychiczne i dobrostan; mając na uwadze, że zaburzenia odżywiania należą do najbardziej wyniszczających schorzeń psychicznych dotyczących młode kobiety, przy czym co 62 minuty co najmniej jedna osoba umiera w bezpośrednim wyniku zaburzeń odżywiania³²; mając na uwadze, że przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne dotyczą co najmniej 1,6 % kobiet³³;
- U. mając na uwadze, że cyfryzacja opieki zdrowotnej i rosnące wykorzystanie sztucznej inteligencji (AI) grożą utrwalaniem istniejących uprzedzeń związanych z płcią i rasą; mając na uwadze, że tendencyjność ta, wynikająca z niereprezentatywnych zbiorów danych, może doprowadzić do tego, że narzędzia AI będą bagatelizować objawy medyczne u kobiet; podkreśla, że do szkolenia AI w opiece zdrowotnej należy wykorzystywać dane segregowane według kryterium płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej, aby umożliwić jej rozpoznanie krytycznych różnic w przebiegu chorób, objawach i metabolizmie leków między mężczyznami a kobietami;
- V. mając na uwadze, że europejski sektor zdrowia wymaga regulacji sprzyjających innowacjom, silnej ochrony własności intelektualnej oraz otwartego, ale strategicznego handlu, aby był on odporny i konkurencyjny oraz przynosił korzyści kobietom, będących zarówno pacjentkami, jak i pracownicami;
- W. uznaje, że według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) globalne wyzwania zdrowotne, w tym choroby zakaźne, oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zagrożenia zdrowotne związane z klimatem, mają zróżnicowany wpływ na kobiety i

³¹ „[Endocrine-disrupting chemicals and reproductive health: With focus on the developmental window of susceptibility](#)” [Zaburzacze hormonalne i zdrowie reprodukcyjne: w kontekście krytycznego okresu podatności rozwojowej], Terje Svingen, Państwowy Instytut ds. Żywności Duńskiego Uniwersytetu Technicznego, 2800 Kongens Lyngby.

³² Europejski Instytut Zdrowia Kobiet (EIWH), „[Response to the EU Commissions Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union](#)” [Odpowiedź na zieloną księgę Komisji Europejskiej: Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej].

³³ Thomas J. Reilly, Siya Patel, Ijeoma C. Unachukwu, Clare-Louise Knox, Claire A. Wilson, Michael C. Craig, Katja M. Schmalenberger, Tory A. Eisenlohr-Moul, Alexis E. Cullen, [The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis](#) [Częstość występowania przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego: przegląd systematyczny i metaanaliza].

dziewczęta; mając na uwadze, że ludzie w krajach o niskim i średnim dochodzie borykają się z nieproporcjonalnymi różnicami w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia w porównaniu z krajami o wysokim dochodzie, pod względem śmiertelności i poważnych stanów chorobowych, zwłaszcza związanych ze zdrowiem i prawami seksualnymi i reprodukcyjnymi;

- X. mając na uwadze, że choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w UE, a wskaźnik umieralności wśród kobiet – wbrew powszechnym przekonaniom – jest wyższy niż wśród mężczyzn³⁴; mając na uwadze, że takie postrzeganie przyczynia się do niższego poziomu świadomości ryzyka wśród kobiet i pracowników służby zdrowia oraz do niższych wskaźników uczestnictwa w badaniach przesiewowych w kierunku układu krążenia; mając na uwadze, że w modelach oceny ryzyka chorób układu krążenia często pomija się większość czynników biologicznych, społecznych i psychospołecznych związanych z płcią, takich jak nadciśnienie, cukrzyca, historia ginekologiczna, wczesna menopauza, przemoc ze strony partnera, status społeczno-ekonomiczny i przewlekły stres, co przyczynia się do podatności kobiet na niedokrwinną chorobę serca oraz opóźnioną diagnozę i leczenie; mając na uwadze, że podnoszenie świadomości, szkolenia i poprawa diagnostyki w zakresie specyficznych dla płci objawów układu krążenia ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia terminowego leczenia, zmniejszenia możliwych do uniknięcia zagrożeń zdrowotnych dla kobiet oraz wzmocnienia efektywności systemów profilaktyki i opieki zdrowotnej;
- Y. mając na uwadze, że nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów w UE i charakteryzują się wyższym wskaźnikiem umieralności wśród mężczyzn niż wśród kobiet³⁵; mając na uwadze, że na raka choruje około 12 mln Europejek, a co roku w UE diagnozuje się raka u ponad 1,2 mln kobiet, z których prawie 600 tys. umiera; mając na uwadze, że cel UE na 2022 r., aby do 2025 r. co najmniej 90 % kwalifikujących się osób miało dostęp do badań przesiewowych w kierunku raka, nie został powszechnie zrealizowany w UE;
- Z. mając na uwadze, że pełny, skuteczny i powszechny dostęp do praw i zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, w tym do kompleksowej, dostosowanej do wieku i opartej na podstawach naukowych edukacji seksualnej i edukacji o związkach, przystępnej cenowo i wysokiej jakości antykoncepcji, opieki w zakresie płodności oraz bezpiecznych i legalnych usług aborcyjnych, jest podstawowym filarem równości płci, sprawiedliwości społecznej, integralności cielesnej, prywatności i autonomii osobistej oraz ma zasadnicze znaczenie dla przeciwdziałania dezinformacji i stygmatyzacji oraz dla zapewnienia godności, zdrowia i równego udziału kobiet i dziewcząt we wszystkich dziedzinach życia; mając na uwadze, że pomimo pewnych postępów w praktyce usługi w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz dostęp do powiązanych informacji pozostają częściowo niedostępne w niektórych państwach członkowskich; mając na uwadze, że brak systematycznego gromadzenia danych i niewystarczające zdezagregowane dane dotyczące praw i zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego utrudniają opracowanie skutecznej polityki i rozwiązanie problemu nierówności, zwłaszcza w przypadku kobiet znajdujących się w trudnej sytuacji;

³⁴ Eurostat, Statistics Explained [Wyjaśnienie statystyk], „[Cardiovascular diseases statistics](#)” [Dane statystyczne dotyczące chorób układu krążenia], dane z lipca 2025 r.

³⁵ Eurostat, Statistics Explained [Wyjaśnienie statystyk], „[Cancer statistics](#)” [Dane statystyczne dotyczące nowotworów], dane z marca 2024 r.

- AA. mając na uwadze, że ponad 20 mln kobiet³⁶ w UE nadal nie ma dostępu do bezpiecznych i legalnych usług aborcyjnych, ponieważ kilka państw członkowskich utrzymuje szkodliwe i dyskryminujące bariery regulacyjne i proceduralne; mając na uwadze, że europejska inicjatywa obywatelska pt. „Mój głos, mój wybór” stanowiła bezpośredni apel obywateli UE do Unii o zapewnienie dostępu do bezpiecznych i legalnych usług aborcyjnych dla wszystkich, przy jednoczesnym poszanowaniu podziału kompetencji wynikającego z traktatów; mając na uwadze, że niezaspokojone potrzeby w zakresie antykoncepcji podważają autonomię cielesną i globalny zrównoważony rozwój, a ciąża niezamierzone stanowią około połowy wszystkich ciąż na całym świecie każdego roku³⁷;
- AB. mając na uwadze, że Parlament kilkakrotnie głosował za wzmocnieniem i ochroną prawa do aborcji, w tym w tekstach dotyczących europejskiej inicjatywy obywatelskiej „Mój głos, mój wybór”, strategii na rzecz równouprawnienia płci na lata 2026–2030 oraz zalecenia dla Rady w sprawie priorytetów UE na 69. sesję Komisji ONZ ds. Statusu Kobiet;
- AC. mając na uwadze, że 14 % osób LGBTIQ+ zgłosiło doświadczanie dyskryminacji w placówkach opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że wiele państw członkowskich zapewnia jedynie ograniczony i nieprzystępny cenowo dostęp do opieki zdrowotnej związanej z transformacją;
- AD. mając na uwadze, że zakażenia przenoszone drogą płciową w nieproporcjonalnym stopniu dotyczą kobiety³⁸, a ich liczba rośnie w całej UE, przy czym brak danych i istotne bariery w profilaktyce i testach utrudniają wysiłki na rzecz ograniczenia epidemii chłamydii, rzeżączki i kiły³⁹;
- AE. mając na uwadze, że ubóstwo menstruacyjne – rozumiane jako niewystarczający dostęp do produktów i udogodnień higieny menstruacyjnej – dotyka około 10 % kobiet miesiączkujących, w szczególności kobiety o niskich dochodach, uchodźczynie, dziewczęta i kobiety z niepełnosprawnościami⁴⁰;
- AF. mając na uwadze, że niewystarczająco finansowana i niespełniająca norm opieka macierzyńska może mieć znaczący wpływ na decyzję o posiadaniu dzieci; mając na

³⁶ Dane te opierają się na liczbie kobiet mieszkających w Polsce i na Malcie, które nie mają dostępu do aborcji ze względu na restrykcyjne przepisy w ich krajach zamieszkania oraz restrykcje i ograniczenia w innych państwach członkowskich UE.

³⁷ Fundusz Ludnościowy ONZ (UNFPA), „[Nearly half of all pregnancies are unintended – a global crisis, says new UNFPA report](#)” [Prawie połowa wszystkich ciąż jest niezamierzona – panuje globalny kryzys, jak wynika z nowego sprawozdania UNFPA], 2022 r.

³⁸ Van Gerwen, O. T., Muzny, C. A. i Marrazzo, J. M., „[Sexually transmitted infections and female reproductive health](#)” [Zakażenia przenoszone drogą płciową a zdrowie reprodukcyjne kobiet], *Nature microbiology*, 7(8), s. 1116–1126, 2022 r.

³⁹ Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), „[Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024](#)” [Monitorowanie reakcji na epidemie infekcji przenoszonych drogą płciową w krajach UE/EOG, 2024 r.], Sztokholm, 2025 r.

⁴⁰ Briefing Parlamentu Europejskiego, „[Addressing menstrual poverty in the EU](#)” [Rozwiązywanie problemu ubóstwa menstruacyjnego w UE], Dyrekcja ds. Analiz dla Posłów, Biuro Analiz Parlamentu Europejskiego, 2025 r.

uwadze, że depresja poporodowa jest chorobą psychiczną dotykającą 12 % matek w UE po porodzie;

- AG. mając na uwadze, że w skali globalnej jedna na sześć osób zмага się z niepłodnością⁴¹, co przekłada się na około 25 mln obywateli UE, a kobiety są nieproporcjonalnie dotknięte zarówno piętnem społecznym⁴², jak i fizycznym obciążeniem związanym z leczeniem; mając na uwadze, że wielogruzołowy zespół metaboliczno-jajnikowy jest powszechnym zaburzeniem układu hormonalnego dotykającym około 11–13 % kobiet na całym świecie⁴³, z czego 70 % pozostaje niezdiagnozowanych; mając na uwadze, że zaburzenie to może powodować silny ból, obfite krwawienie i zmęczenie oraz ma znaczący wpływ na płodność i długoterminowe zdrowie metaboliczne; mając na uwadze, że obecnie nie istnieje zatwierdzone leczenie, które uwzględniłoby źródłowe przyczyny tej choroby z powodu ograniczonego zrozumienia jej mechanizmów;
- AH. mając na uwadze, że 85 % kobiet doświadcza objawów menopauzy; mając na uwadze, że według szacunków do 2030 r. menopauzę będzie przechodzić około 1,2 mld kobiet na świecie⁴⁴; mając na uwadze, że zmiany reprodukcyjne i hormonalne, takie jak menstruacja, ciąża i menopauza, mają głęboki wpływ na fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan kobiet przez całe ich życie; mając na uwadze, że menopauza i perimenopauza nadal nie są dostatecznie uznawane za poważne problemy zdrowotne i społeczne, co skutkuje powszechnym ignorowaniem towarzyszących objawów, prowadzi do nierównego dostępu do opieki specjalistycznej i opartej na dowodach, nierównej dostępności terapii hormonalnych i niewystarczających dostosowań w miejscu pracy; mając na uwadze, że brak odpowiedniej opieki związanej z menopauzą przyczynia się do stygmatyzacji, dyskryminacji w pracy oraz pogorszenia jakości życia, co bezpośrednio wpływa na niezależność ekonomiczną i uczestnictwo społeczne;
- AI. mając na uwadze, że endometrioza jest chorobą przewlekłą, która dotyka 10–15 % kobiet w wieku rozrodczym⁴⁵ i może powodować takie objawy, jak silny ból, zmęczenie

⁴¹ Światowa Organizacja Zdrowia, [arkusz informacyjny dotyczący niepłodności](#), 2025 r.

⁴² Xie Y, Ren Y, Niu C, Zheng Y, Yu P, Li L., „[The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review](#)” [Wpływ stygmatyzacji na zdrowie psychiczne i jakość życia kobiet niepłodnych: przegląd systematyczny], Front Psychol, 2023 r.

⁴³ Gao, X., Zhao, S., Du, Y. i in., „[Data-driven subtypes of polycystic ovary syndrome and their association with clinical outcomes](#)” [Podtypy zespołu jajników policystycznych oparte na danych oraz ich związek z wynikami klinicznymi], Nat Med, tom 31, s. 4214–4224, 2025 r.

⁴⁴ Davaki, K., badanie zlecone przez Komisję Praw Kobiet i Równouprawnienia Parlamentu Europejskiego, „[Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care](#)” [Nierówności płci w badaniach medycznych, opracowywaniu leków i dostępie do opieki zdrowotnej], Departament Tematyczny ds. Obywateli, Równości i Kultury, Dyrekcja Generalna ds. Praw Obywatelskich, Sprawiedliwości i Spraw Instytucjonalnych, Parlament Europejski, 2025 r., s. 86.

⁴⁵ Becker K., Heinemann K., Imthurn B., Marions L., Moehner, S. i in., „[Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis](#)” [Dane pochodzące z rzeczywistej praktyki klinicznej dotyczące objawów i metod diagnostycznych u 27 840 kobiet cierpiących na endometriozę], Scientific Reports, tom 11, nr 20404, 2021 r.; Eder C. i Roomaney R., „[Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis](#)” [Postrzeganie opieki zdrowotnej przez osoby transpłciowe i niebinarne w kontekście

oraz obfite krwawienia; mając na uwadze, że w roczny koszt związanych z tym zwolnień chorobowych w UE szacuje się na 30 mld EUR;

- AJ. mając na uwadze, że mimo częstości występowania endometriozy postawienie diagnozy trwa średnio od 6 do 10 lat, co skutkuje długotrwałym cierpieniem, niższą jakością życia i wyższymi kosztami społeczno-gospodarczymi, w tym utratą wydajności i zwiększoną presją na systemy opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że wczesna diagnostyka i odpowiednie leczenie mogą znacząco poprawić efekty zdrowotne; mając na uwadze, że opóźnienie w diagnozowaniu endometriozy ma charakter strukturalny i odzwierciedla różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn oraz uprzedzenia w opiece zdrowotnej;
- AK. mając na uwadze, że choroby metaboliczne, takie jak cukrzyca, są diagnozowane około 4,5 lat później u kobiet niż u mężczyzn, a kobiety doświadczają znacznie gorszych długoterminowych skutków zdrowotnych niż mężczyźni, w tym są o 30 % bardziej narażone na umieralność z powodu chorób układu krążenia; mając na uwadze, że kobiety z cukrzycą typu 1 są czterokrotnie bardziej narażone na wystąpienie stanu przedrzucawkowego, a kobiety z cukrzycą ciążową są narażone na wysokie prawdopodobieństwo zachorowania na cukrzycę typu 2 w ciągu pięciu lat od porodu; mając na uwadze, że dzieci urodzone przez matki z cukrzycą ciążową są nawet sześciokrotnie bardziej narażone na cukrzycę typu 2 i otyłość dziecięcą niż dzieci urodzone przez matki bez cukrzycy ciążowej;
- AL. mając na uwadze, że osteoporoza i choroby autoimmunologiczne, a także zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, takie jak reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń, choroba zwyrodnieniowa stawów, dna moczanowa i ból pleców, są nadal często minimalizowane w praktyce klinicznej, niedofinansowane i niedostatecznie badane⁴⁶;
- AM. mając na uwadze, że kobiety w UE żyją dłużej niż mężczyźni, ale spędzają większą część tych dodatkowych lat w złym stanie zdrowia, co określane jest mianem „luki w latach zdrowego życia”; mając na uwadze, że starsze kobiety stanowią większość rezydentów zakładów opieki długoterminowej, wiele z nich żyje z zaburzeniami pamięci oraz często nie mają wystarczającego dostępu do leczenia objawów i chorób przewlekłych, co w nieproporcjonalny sposób wpływa na ich ogólny stan zdrowia i dobrostan;

Kwestie ogólne

1. podkreśla, że polityka zdrowotna, badania medyczne i praktyka kliniczna muszą opierać się na solidnych dowodach naukowych, obiektywnych faktach biologicznych dotyczących kobiet i mężczyzn oraz najwyższych standardach specjalistycznej wiedzy medycznej;
2. podkreśla, że różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia wynikają z wielu czynników i są naruszeniem praw podstawowych, w tym z systemowych

endometriozy], International Journal of Transgender Health, tom 25, nr 4, 2024 r., s. 911–925.

⁴⁶ Woolf, A.D. i Pfleger, B., „[Burden of major musculoskeletal conditions](#)” [Obciążenie związane z głównymi schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego], Biuletyn Światowej Organizacji Zdrowia, tom 81.9, 2003 r.

nierówności powstałych w wyniku dziesięcioleci badań medycznych opartych na anatomii mężczyzn i zaprojektowanych wokół niej, co z kolei ukształtowało cały cykl opieki – od diagnostyki po leczenie; podkreśla, że uznanie tej nierówności stwarza możliwość przeprojektowania ram badawczych, wytycznych klinicznych oraz świadczenia opieki; podkreśla, że nierówności te wpływają zarówno na choroby przewlekłe zagrażające życiu, jak i te niezagrożające życiu, oraz mają istotny wpływ na dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny kobiet, a w szczególności osób płciowo nienormatywnych; podkreśla, że równość płci w polityce zdrowotnej jest warunkiem wstępnym równych szans, uczestnictwa ekonomicznego i spójności społecznej, i powinna być realizowana w sposób, który wzmacnia pozycję kobiet przy jednoczesnym zachowaniu indywidualnej odpowiedzialności i swobody wyboru;

3. podkreśla, że zdrowie jest przedmiotem wspólnego zainteresowania w całej UE oraz że pełne poszanowanie zasady pomocniczości i odpowiedzialność państw członkowskich za organizację ich systemów opieki zdrowotnej nie powinny uniemożliwiać skoordynowanych działań; podkreśla, że skoordynowane działania UE wzmacniają odporność, zapewniają ciągłość opieki w czasie kryzysów, zmniejszają nierówności między państwami członkowskimi i gwarantują skuteczną ochronę praw zdrowotnych obywateli; podkreśla, że kobiety stanowią nieco ponad połowę ludności UE i większość osób zatrudnionych w sektorze zdrowia i opieki oraz że współpraca na szczeblu UE jest niezbędna do zapewnienia sprawiedliwego dostępu do świadczeń zdrowotnych ukierunkowanych na aspekt płci, w tym usług zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, opieki nad matkami oraz profilaktyki i leczenia chorób często występujących u kobiet; wzywa do skuteczniejszego wykorzystania współpracy transgranicznej w celu zapewnienia wyraźnej wartości dodanej, takiej jak dostęp do specjalistycznej opieki i wiedzy fachowej w zakresie chorób rzadkich;
4. podkreśla, że nierówności w opiece zdrowotnej są potęgowane przez nierówności krzyżowe i dyskryminację intersekcyjną, w tym z powodu płci, wieku, statusu społeczno-ekonomicznego, niepełnosprawności, rasy lub położenia geograficznego oraz przez nierówności, których doświadczają osoby należące do mniejszości etnicznych, uchodźcy, migranci i społeczności LGBTIQ+, osoby, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, a także kobiety pozbawione wolności; podkreśla, że niepewność związana z zatrudnieniem, mieszkaniem i dochodami, a także nieodpłatne obowiązki opiekuńcze pogłębiają różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn w dziedzinie zdrowia i ograniczają dostęp do terminowej, wysokiej jakości i przystępnej cenowo opieki; zwraca uwagę, że różnice te są również widoczne w schorzeniach specyficznych dla danej płci, ponieważ badania nad tymi schorzeniami były wielokrotnie niedoceniane i niedofinansowane; zauważa, że stygmatyzacja, widoczność objawów oraz kulturowe postrzeganie chorób mogą dodatkowo pogłębiać bariery w uzyskaniu terminowej diagnozy i opieki dla kobiet;
5. ubolewa nad faktem, że nie osiągnięto jeszcze powszechnego dostępu do usług opieki zdrowotnej w całej UE; podkreśla w szczególności potrzebę podejścia intersekcyjnego w celu usunięcia barier w dostępie, z którymi borykają się kobiety i dziewczęta znajdujące się w trudnej sytuacji, w tym kobiety z niepełnosprawnościami, kobiety ze środowisk defaworyzowanych i kobiety mieszkające w placówkach instytucjonalnych; wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania większej harmonizacji dostępu do opieki zdrowotnej we wszystkich państwach członkowskich, przy pełnym poszanowaniu ich kompetencji, oraz do zapewnienia wszystkim przystępnej cenowo opieki zdrowotnej wysokiej jakości; podkreśla, że dostęp do opieki

zdrowotnej nigdy nie powinien być utrudniony ze względu na ignorancję, uprzedzenia lub stygmatyzację; wzywa do podjęcia ukierunkowanych środków w celu zapewnienia dostępnej, inkluzywnej i uwzględniającej aspekt kulturowy i aspekt płci opieki zdrowotnej oraz podkreśla potrzebę usunięcia tych barier utrudniających terminową diagnostykę i leczenie;

6. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zajęcia się dysproporcjami geograficznymi w dostępie do opieki zdrowotnej, które dotyczą w szczególności kobiety na obszarach wiejskich i oddalonych, na wyspach i w regionach najbardziej oddalonych, za pomocą mechanizmów koordynacji, finansowania i wymiany wiedzy na szczeblu UE; wzywa państwa członkowskie do usunięcia barier w dostępie do opieki zdrowotnej związanych z transportem poprzez włączenie perspektywy płci do planowania infrastruktury zdrowotnej, w tym poprzez rozwój mobilnych jednostek opieki zdrowotnej, rozwiązań w zakresie telemedycyny i dostępnych połączeń transportu publicznego z placówkami opieki zdrowotnej;
7. wzywa decydentów i pracowników służby zdrowia do przeciwdziałania nierównościom, zgodnie z zasadą pomocniczości, oraz do skorygowania rozbieżności za pomocą wymiernych celów i rozliczalności w miarę opracowywania innowacyjnych nowych metod leczenia i procedur; wzywa do włączenia perspektywy uwzględniającej płeć biologiczną i płeć społeczno-kulturową do wszystkich przepisów i inicjatyw UE w dziedzinie zdrowia; podkreśla znaczenie polityki zdrowotnej opartej na nauce i sprzyjającej innowacjom, która uwzględnia biologiczne i społeczne różnice między kobietami a mężczyznami oraz niweluje różnice między nimi; przypomina, że modele badań i innowacji w sektorze zdrowia powinny napędzać rozwój, który leży w interesie obywateli;
8. zachęca Komisję, aby w ramach kompleksowej strategii UE na rzecz zdrowia kobiet uwzględniła jasne, publiczne, wymierne cele uwzględniające odpowiedzialność za rozwiązanie problemu nierówności zdrowotnych w polityce UE i instrumentach finansowania, przy jednoczesnym zapewnieniu, aby państwa członkowskie zachowały wystarczającą swobodę w dostosowywaniu wdrażania do kontekstów krajowych, oraz aby wdrożyła przejrzysty system monitorowania tych celów, zwłaszcza w odniesieniu do schorzeń uwarunkowanych płcią, z porównywalnymi wskaźnikami i działaniami następczymi w przypadku nieosiągnięcia celów, w tym ponowną oceną priorytetów finansowania w celu zapewnienia jak najskuteczniejszego rozwiązania problemu nierówności zdrowotnych;
9. podkreśla znaczenie zapewnienia kobietom w ciąży wysokiej jakości opieki okołoporodowej;
10. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zwiększenia kompetencji zdrowotnych poprzez finansowanie ukierunkowanych, opartych na dowodach kampanii uświadamiających i komunikacyjnych, aby zapewnić kobietom i innym słabszym grupom społecznym możliwość podejmowania świadomych decyzji dotyczących ich zdrowia; podkreśla znaczenie wiarygodnych, opartych na dowodach i dostosowanych do wieku informacji zdrowotnych dla kobiet i dziewcząt, a także mężczyzn i chłopców przez całe życie, oraz edukacji w zakresie praw i zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, w tym płodności, ciąży, antykoncepcji, zdrowia matek i opieki poporodowej, zgody, integralności cielesnej, prywatności, autonomii osobistej, szacunku i zapobiegania przemocy ze względu na płeć; wzywa Komisję do wydania

zaleceń dla państw członkowskich dotyczących zapewnienia kompleksowej edukacji seksualnej, zgodnie ze standardami UNESCO;

11. wzywa do zacieśnienia współpracy ze świadczeniodawcami, organizacjami społeczeństwa obywatelskiego i platformami cyfrowymi w celu wykrywania, badania i zapobiegania rozprzestrzenianiu się oszustw, fałszywych „cudownych leków”, informacji wprowadzających w błąd i stygmatyzacji w odniesieniu do zdrowia oraz rosnącego wpływu ruchów antygenderowych w UE, które definiuje się jako ruchy mające na celu podważenie równości płci jako podstawowej wartości demokracji, a także praw osób LGBTIQ+ oraz ograniczenie dostępu do usług w zakresie praw i zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz przestrzeni dla społeczeństwa obywatelskiego; podkreśla, że narzędzia algorytmiczne używane do ograniczania „nieodpowiednich” treści muszą być projektowane w sposób, który nie będzie oznaczał tematów związanych ze zdrowiem kobiet, takich jak menstruacja, menopauza, płodność i zdrowie reprodukcyjne, jako treści seksualnych lub dla dorosłych, ograniczając w ten sposób ich widoczność;

Badania, w tym badania kliniczne

12. wyraża zaniepokojenie, że pomimo poprawy inkluzywności w badaniach klinicznych, reprezentacja kobiet i osób płciowo nienormatywnych w nich jest nadal niższa niż reprezentacja mężczyzn i należy ją wzmocnić poprzez wprowadzenie sprawozdawczości z podziałem na płeć; podkreśla, że na etapie poprzedzającym badania kliniczne nie ma wymagań dotyczących inkluzywności oraz że większość badań na zwierzętach nadal przeprowadza się wyłącznie na samcach danego gatunku⁴⁷; podkreśla potrzebę uwzględniania w badaniach klinicznych różnic w wynikach dotyczących wahań hormonalnych i etapów życia; uznaje, że kobiety w ciąży są często wykluczone z badań klinicznych; wzywa Komisję do wprowadzenia wymogów dotyczących uwzględniania aspektów płci biologicznej w projektowaniu badań naukowych w całym cyklu badawczym, w tym w fazie poprzedzającej badania kliniczne i badaniach na zwierzętach, aby wyeliminować utrzymującą się nierównowagę w badaniach klinicznych;
13. wyjaśnia, że w szczególnym kontekście badań na zwierzętach projektowanie badań powinno w większym stopniu uwzględniać płeć biologiczną i badanie różnic biologicznych ze względu na płeć;
14. z zadowoleniem przyjmuje planowane przyjęcie przez EMA nowych wytycznych dotyczących włączania kobiet w ciąży i karmiących piersią do badań klinicznych, bez narażania bezpieczeństwa przyszłej matki i dziecka; wzywa EMA do przyjęcia podobnych wytycznych w celu poprawy integracji innych słabszych i niedostatecznie reprezentowanych społeczności, na przykład starszych kobiet oraz osób płciowo nienormatywnych i interseksualnych, a także mniejszości etnicznych i społeczności marginalizowanych;
15. wzywa EMA do dopilnowania, aby przy ocenie i dopuszczaniu do obrotu generycznych produktów leczniczych, a także innowacji biofarmaceutycznych odpowiednio uwzględniano różnice wynikające z płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej w

⁴⁷ Galea, L.A. i Parekh R.S., „[Ending the neglect of women’s health in research](#)” [Koniec z zaniedbywaniem zdrowia kobiet w badaniach naukowych], BMJ, tom 381.

całym cyklu życia produktu, od badań na wczesnym etapie po walidację kliniczną, tak aby zapewnić wszystkim pacjentom taki sam poziom bezpieczeństwa i skuteczności;

16. podkreśla, że brak zrozumienia różnic w zdrowiu wynikających z płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej potęguje fakt, że wyniki badań rzadko są segregowane według płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej; wzywa Komisję do promowania gromadzenia i zgłaszania danych segregowanych według kryterium płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej we wszystkich projektach finansowanych przez UE, aby zapewnić rozliczalność i skuteczne wykorzystanie zasobów publicznych; zauważa, że AI mogłaby być wykorzystywana do identyfikowania uprzedzeń ze względu na płeć biologiczną lub płeć społeczno-kulturową w trwających lub zakończonych badaniach, aby zapobiec potrzebie powtarzania badań; ostrzega jednak, że wykorzystanie AI musi być ściśle monitorowane, aby nie narzucać uprzedzeń;
17. podkreśla, że brak systematycznego gromadzenia zdezagregowanych danych utrudnia opracowywanie skutecznych, opartych na dowodach strategii politycznych, w tym w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, oraz że konieczne jest podejście do badań naukowych oparte na ekspozycji; wzywa do ulepszenia gromadzenia, harmonizacji i wykorzystywania danych segregowanych według kryterium płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej, a także danych interseksjonalnych we wszystkich obszarach polityki zdrowotnej, badań naukowych i innowacji oraz projektów pilotażowych w całej UE; wzywa Komisję i państwa członkowskie, by zadbały o uwzględnienie silnej perspektywy płci przy wdrażaniu europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia;
18. pochwala prace EIGE w obszarze wzmacniania bazy dowodowej dotyczącej zdrowia kobiet, w tym poprzez włączenie wskaźników związanych ze zdrowiem do wskaźnika równouprawnienia płci; podkreśla, że badania EIGE wnoszą wyraźną europejską wartość dodaną poprzez poprawę porównywalności danych, wspieranie podejmowania decyzji politycznych w oparciu o dowody oraz umożliwienie bardziej ukierunkowanych, skutecznych i proporcjonalnych polityk na szczeblu UE i krajowym;

Diagnostyka i leczenie

19. podkreśla, że w wyniku systemowego niedofinansowania i braku badań naukowych metody diagnostyczne i terapie pozostają ukierunkowane na mężczyzn, co może prowadzić do leczenia o niższym standardzie i wyższym ryzyku dla kobiet, osób transpłciowych i osób płciowo nienormatywnych, w tym ze względu na brak niezbędnej, opartej na dowodach naukowych i kompleksowej opieki zdrowotnej oraz bagatelizowanie bólu i objawów, co prowadzi do opóźnionych diagnoz w przypadku kobiet oraz osób transpłciowych i interseksualnych;
20. wzywa pracowników służby zdrowia, aby w leczeniu stosowali podejście oparte na medycynie precyzyjnej, które stanowiłoby uzupełnienie działań mających zmniejszyć nierówności i zwiększyć inwestycje w badania medyczne; wzywa państwa członkowskie do ustanowienia programów pilotażowych dotyczących opieki zdrowotnej uwzględniającej aspekt płci, zwłaszcza w obszarach, w których programy te nie istnieją lub są niedostatecznie obecne, takich jak zdrowie menstruacyjne, okołoporodowe, sercowo-naczyniowe i psychiczne; zauważa, że obawy przed błędnymi przekonaniami, błędną interpretacją objawów, osądem i stygmatyzacją mogą zniechęcać kobiety do zwracania się na czas o poradę medyczną, co prowadzi do możliwych do

uniknięcia powikłań i gorszych wyników w perspektywie długoterminowej; wzywa do podjęcia środków mających na celu zmianę błędnych wyobrażeń wśród pracowników służby zdrowia oraz zajęcie się problemem błędnych przekonań społeczeństwa; apeluje o multidyscyplinarną współpracę w opiece zdrowotnej nad kobietami w celu lepszego zrozumienia schorzeń uwarunkowanych płcią i związanych z nimi luk w leczeniu;

21. podkreśla, że pracownicy służby zdrowia muszą działać w sposób niedyskryminacyjny; wzywa państwa członkowskie, aby w ścisłej współpracy z pracownikami służby zdrowia i instytucjami edukacyjnymi włączyły uwzględniające aspekt płci, intersekcyjne i skoncentrowane na pacjencie szkolenia w zakresie opieki zdrowotnej do swoich programów nauczania w dziedzinie medycyny, pielęgniarstwa i położnictwa w celu zapewnienia, aby pracownicy służby zdrowia byli przygotowani do rozpoznawania szczególnych potrzeb kobiet i dziewcząt i reagowania na nie, w tym poprzez szkolenia w zakresie uprzedzeń ze względu na płeć, leczenia bólem, zdrowia i praw reprodukcyjnych i seksualnych, zapobiegania dyskryminacji, schorzeń o dużej częstotliwości występowania u kobiet, sposobu, w jaki objawy i potrzeby w zakresie leczenia mogą się zmieniać na różnych etapach życia hormonalnego, oraz szerszego uznawania objawów związanych z płcią; podkreśla, że takie szkolenia powinny również obejmować nauczanie w zakresie wrażliwości na aspekt płciowej i wrażliwości kulturowej; podkreśla, że przy opracowywaniu środków mających na celu uczynienie procesów diagnostycznych i leczniczych bardziej wrażliwymi na kwestie płci i dostosowanymi do potrzeb należy w pełni uwzględniać rzeczywiste doświadczenia pacjentów;
22. wzywa Komisję, aby wspierała wymianę najlepszych praktyk i wiedzy na temat tego, w jaki sposób można lepiej szkolić pracowników służby zdrowia oraz bardziej uwrażliwić ich na kwestię opieki zdrowotnej uwzględniającej aspekt płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej; wzywa do utworzenia europejskiej sieci referencyjnej (ESR) ds. zdrowia kobiet na wzór istniejących ESR dotyczących chorób rzadkich w celu zacieśnienia współpracy badawczej, poprawy praktyk klinicznych i zadbania, by specyficzne potrzeby zdrowotne kobiet były systematycznie uwzględniane w całej UE;
23. wzywa Komisję i państwa członkowskie do dopilnowania, by systemy opieki zdrowotnej były przygotowane do zapobiegania przemocy ze względu na płeć, jej identyfikowania i reagowania na nią oraz do zaspokajania szczególnych potrzeb kobiet i dziewcząt znajdujących się w trudnej sytuacji, w tym poprzez zorientowaną na pacjenta opiekę uwzględniającą aspekt płci i doświadczenie traumy oraz dostęp do antykoncepcji awaryjnej; wzywa państwa członkowskie do ustanowienia jasnych ścieżek między usługami zdrowotnymi, usługami społecznymi i specjalistycznymi służbami wsparcia dla ofiar i osób, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć, zgodnie z dyrektywą 2024/1385 w sprawie zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej⁴⁸ oraz przeglądem dyrektywy 2012/29 ustanawiającej normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar przestępstw⁴⁹;

⁴⁸ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1385 z dnia 14 maja 2024 r. w sprawie zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, Dz.U. L, 2024/1385, 24.5.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2024/1385/oj>).

⁴⁹ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2012/29/UE z dnia 25 października 2012 r. ustanawiająca normy minimalne w zakresie praw, wsparcia i ochrony ofiar

24. podkreśla, że szkodliwe praktyki, takie jak okaleczanie żeńskich narządów płciowych, przymusowa aborcja, przymusowa sterylizacja, odmowa opieki aborcyjnej, okaleczanie narządów płciowych osób interseksualnych, przemoc położnicza i ginekologiczna oraz niewłaściwe praktyki w środowiskach medycznych stanowią formy przemocy ze względu na płeć; wyraża zaniepokojenie medycznie niepotrzebnymi zabiegami, często wykonywanymi bez świadomej zgody, które szczególnie dotyczą kobiety interseksualne, a także przymusowymi interwencjami medycznymi, takimi jak przymusowa sterylizacja, które nadal są rzeczywistością dla kobiet z niepełnosprawnościami w UE⁵⁰; ubolewa nad faktem, że pomimo zobowiązania wynikającego ze strategii na rzecz równouprawnienia płci na lata 2020–2025 Komisja nie opublikowała zalecenia w sprawie zapobiegania szkodliwym praktykom wobec kobiet i dziewcząt; wzywa Komisję, aby szybko to uczyniła; podkreśla, że zalecenia to musi uzupełniać dyrektywę (UE) 2024/1385; wzywa do ustanowienia niezależnych mechanizmów rozpatrywania skarg, sprawozdawczości i rozliczalności oraz systemów gromadzenia danych w tym zakresie;
25. wzywa Komisję i państwa członkowskie do uznania istnienia zjawisk przemocy ginekologicznej i położniczej, w tym zabiegów medycznych bez zgody pacjentki, stanowiących nadużycie lub wymuszonych, zniewagi słownej, dyskryminacji, lekceważącego traktowania, takiego jak opóźnianie leczenia lub odmowa uznania problemów związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym kobiet, oraz naruszania autonomii cielesnej w ramach opieki ginekologicznej i położniczej, jako formy przemocy ze względu na płeć oraz odmowy praw kobiet, a także do zapobiegania tym zjawiskom i przeciwdziałania im; zauważa, że przypadki przemocy ginekologicznej obejmują wykonywanie nacięć krocza lub nacięć podczas porodu bez wyraźnej lub świadomej zgody oraz rutynowe lekceważenie zgłaszanego przez kobiety bólu lub objawów w zakresie zdrowia reprodukcyjnego; zwraca uwagę na poważne konsekwencje, jakie przemoc taka może mieć dla zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego kobiet i osób interseksualnych; ubolewa nad faktem, że pomimo najnowszej literatury UE na temat rzeczywistego występowania przemocy w środowisku ginekologicznym i położniczym Komisja nie uznała wyraźnie przemocy położniczej i ginekologicznej za formę przemocy ze względu na płeć; wzywa Komisję do ustanowienia w tym zakresie jasnych definicji prawnych i strategii zapobiegawczych; wzywa państwa członkowskie do wyraźnego uznania i zwalczania wszystkich form przemocy położniczej i ginekologicznej;
26. wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania opieki położniczej opartej na szacunku, ustanowienia mechanizmów składania skarg, gromadzenia danych i szkolenia pracowników służby zdrowia w zakresie przemocy położniczej;
27. wzywa do wprowadzenia obowiązkowych szkoleń dla pracowników służby zdrowia, ratowników i funkcjonariuszy organów ścigania w zakresie identyfikacji przypadków przemocy ze względu na płeć, w tym okaleczania żeńskich narządów płciowych,

przestępstw oraz zastępująca decyzję ramową Rady 2001/220/WSiSW (Dz.U. L 315 z 14.11.2012, s. 57, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2012/29/oj>).

⁵⁰ Sprawozdanie Europejskiego Forum Osób z Niepełnosprawnościami z września 2022 r. pt. „Forced sterilisation of persons with disabilities in the European Union” [Przymusowa sterylizacja osób z niepełnosprawnościami w Unii Europejskiej].

dokumentowania takich przypadków oraz reagowania na nie w sposób uwzględniający płeć biologiczną i płeć społeczno-kulturową oraz potrzeby ofiary;

28. podkreśla, że polityki zdrowotne ukierunkowane na profilaktykę przynoszą szczególne korzyści kobietom, zmniejszając długoterminowe koszty opieki zdrowotnej i umożliwiając wyższe uczestnictwo w rynku pracy; wzywa Komisję i państwa członkowskie do wyznaczenia ambitnych celów w zakresie badań przesiewowych w kierunku nowotworów i innych istotnych chorób, takich jak osteoporoza i choroby układu krążenia; wzywa państwa członkowskie do uznania i pełnego wykorzystania korzyści płynących z profilaktycznych produktów leczniczych, ale podkreśla, że konieczne są dalsze badania nad środkami profilaktycznymi bez laktozy; zwraca szczególną uwagę na potrzebę istnienia programów wczesnego wykrywania i przesiewowych programów zapobiegawczych dla kobiet z niepełnosprawnościami, aby zapobiegać dodatkowym komplikacjom zdrowotnym;
29. podkreśla utrzymującą się lukę opiekuńczą ze względu na płeć, a mianowicie fakt, że kobiety w nieproporcjonalnym stopniu świadczą zarówno opiekę nieformalną, jak i formalną, co zwiększa ich narażenie na szereg wyzwań zdrowotnych, w tym wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym; podkreśla znaczenie promowania sprawiedliwego i równego podziału obowiązków opiekuńczych; podkreśla, że opiekunom nieformalnym należy zapewnić większe wsparcie, w tym wsparcie finansowe, psychiczne i wzajemne, a także elastyczną organizację pracy i urlop opiekuńczy;
30. ostrzega, że leki przeznaczone dla kobiet nie są odpowiednio priorytetowo traktowane w działaniach UE mających na celu ochronę przed niedoborami i przerwami w dostawach, mimo że między innymi leki stosowane w aborcji i środki antykoncepcyjne są rutynowo niedostępne w państwach członkowskich; wzywa Radę do poparcia wniosku Parlamentu, aby uznać produkty lecznicze o działaniu poronnym i antykoncepcyjnym za produkty lecznicze będące przedmiotem wspólnego zainteresowania w akcie dotyczącym leków o krytycznym znaczeniu; apeluje do Rady o rozważenie włączenia tych produktów do kolejnego przeglądu unijnego wykazu produktów leczniczych o krytycznym znaczeniu; wzywa do przyjęcia w przyszłym akcie dotyczącym leków o krytycznym znaczeniu podejścia uwzględniającego aspekt płci, tak aby identyfikacja i priorytetowe traktowanie leków o krytycznym znaczeniu odzwierciedlały specyficzne potrzeby zdrowotne kobiet w całej ich różnorodności;
31. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wzmocnienia środków ochrony kobiet i dziewcząt przed szkodliwym narażeniem na chemikalia i uznaje, że kobiety są dotknięte w nieproporcjonalnie dużym stopniu tym problemem ze względu na czynniki biologiczne, społeczne i zawodowe; zauważa, że chemikalia występujące w produktach codziennego użytku, w tym kosmetykach, produktach menstruacyjnych i artykułach gospodarstwa domowego, mogą zaburzać funkcjonowanie układu hormonalnego, zwiększać ryzyko wystąpienia chorób takich jak rak piersi i endometrioza oraz ryzyko wystąpienia problemów z płodnością, a także wpływać na rozwój płodu podczas ciąży;

Zdrowie psychiczne

32. wzywa Komisję, by uwzględniała zdrowie psychiczne i wyzwania związane z płcią we wszystkich odpowiednich działaniach związanych z opieką zdrowotną; podkreśla, że ze względu na czynniki biologiczne i społeczne, w tym lukę płacową, emerytalną i

opiekuńczą między kobietami a mężczyznami, kobiety częściej niż mężczyźni cierpią na niektóre zaburzenia zdrowia psychicznego, takie jak depresja, stany lękowe, zespół stresu pourazowego i zaburzenia odżywiania, oraz częściej niż mężczyźni zgłaszają depresję i stres psychiczny; podkreśla silne powiązanie między schorzeniami fizycznymi a skutkami dla zdrowia psychicznego u kobiet; zauważa, że niektóre przewlekłe, powtarzające się lub widoczne schorzenia są napiętnowane i często wiążą się z lękiem, depresją i wycofaniem społecznym;

33. podkreśla potrzebę stosowania zintegrowanych podejść do opieki, które uwzględniają zarówno objawy fizyczne, jak i dobrostan psychiczny, oraz potrzebę włączenia opieki w zakresie zdrowia psychicznego do diagnostyki i leczenia schorzeń uwarunkowanych płcią, w tym do opieki zdrowotnej matek i opieki poporodowej; podkreśla potrzebę badania wpływu różnych modeli urlopów rodzicielskich na zdrowie psychiczne; wzywa do podjęcia proporcjonalnych, opartych na dowodach działań na szczeblu UE, aby uzupełnić strategie krajowe, w tym poprzez zapewnienie dostępu do odpowiedniej opieki psychologicznej, psychiatrycznej i żywieniowej, a także zwiększenie dostępu dziewcząt i młodych kobiet do usług w zakresie zdrowia psychicznego; wzywa Komisję do uwzględnienia aspektu płci przy wdrażaniu inicjatyw przedstawionych w komunikacie z 7 czerwca 2023 r. w sprawie kompleksowego podejścia do zdrowia psychicznego⁵¹;
34. podkreśla konieczność zajęcia się społecznymi i komercyjnymi presjami związanymi z płcią, które negatywnie wpływają na postrzeganie ciała dziewcząt i kobiet oraz ich zdrowie; wyraża zaniepokojenie rosnącym wpływem mediów społecznościowych na postrzeganie zdrowia kobiet; wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania strategii zapobiegawczych, w tym kampanii uświadamiających, również w szkołach, mających na celu zapobieganie zaburzeniom odżywiania i wspieranie zdrowego wizerunku ciała, poczucia własnej wartości i świadomego podejmowania decyzji dotyczących zdrowia;

E-zdrowie, wyroby medyczne, dane i sztuczna inteligencja

35. podkreśla, że wyroby medyczne odgrywają coraz większą rolę w zarządzaniu chorobą i jej monitorowaniu; wskazuje, że niedostateczne uwzględnienie różnic fizjologicznych między płciami przy projektowaniu, testowaniu i zatwierdzaniu wyrobów medycznych, w tym stosowanych w sporcie, może skutkować różnicami w wydajności, dokładności i doświadczeniach użytkownika; podkreśla, że rozwój wyrobów medycznych w sporcie nadal opiera się na męskich parametrach antropometrycznych i biomechanicznych, co osłabia skuteczność i bezpieczeństwo takich wyrobów dla kobiet;
36. apeluje o systematyczne uwzględnianie analizy opartej na płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej w testowaniu, zatwierdzaniu i monitorowaniu cyfrowych technologii opieki zdrowotnej, w tym narzędzi diagnostycznych opartych na sztucznej inteligencji i systemów uczenia maszynowego, poprzez wykorzystanie danych segregowanych według kryterium płci oraz znaczące zaangażowanie kobiet w cały proces; podkreśla, że cyfrowe technologie opieki zdrowotnej należy opracowywać i wdrażać w sposób odzwierciedlający potrzeby zdrowotne związane z płcią, tak aby

⁵¹ COM(2023)0298.

zapobiec powielaniu lub wzmacnianiu istniejących uprzedzeń ze względu na płeć biologiczną i płeć społeczno-kulturową;

Ochrona zdrowia na świecie

37. uznaje zobowiązanie UE do promowania równości płci na całym świecie, w tym za pośrednictwem strategii UE w dziedzinie zdrowia na świecie; ubolewa, że unijny plan gotowości na kryzysy zdrowotne, zapobiegania im i reagowania na nie nie uwzględnia w wystarczającym stopniu aspektu płci w kontekście gotowości i reagowania; wzywa Komisję i państwa członkowskie do włączenia intersekcyjnego podejścia uwzględniającego aspekt płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej do wszystkich strategii politycznych związanych ze zdrowiem publicznym oraz gotowością na sytuacje kryzysowe i reagowaniem na nie;
38. wzywa Komisję i państwa członkowskie do priorytetowego traktowania dostępu do uwzględniających aspekt płci i inkluzywnych usług dotyczących wody, urządzeń sanitarnych i higieny (WASH) jako istotnego elementu zdrowia kobiet w ramach strategii UE w dziedzinie zdrowia na świecie; podkreśla, że poprawa sytuacji w zakresie WASH w placówkach opieki zdrowotnej ma kluczowe znaczenie dla zmniejszenia możliwej do uniknięcia umieralności matek i noworodków oraz zapewnienia bezpiecznego porodu i zarządzania higieną menstruacyjną;

Schorzenia uwarunkowane płcią

39. wyraża zaniepokojenie, że mimo iż choroby układu krążenia i serca są głównymi przyczynami zgonów kobiet, kobiety są dwukrotnie bardziej narażone na błędną diagnozę, częściowo z powodu faktu, że objawy u kobiet mają inną postać niż u mężczyzn⁵²; podkreśla, że specyficzne dla płci biologiczne, społeczne i psychospołeczne czynniki ryzyka odgrywają rolę w rozwoju chorób układu krążenia i chorób serca u kobiet; zaznacza, że późna diagnoza opóźnia dostęp do terminowej i odpowiedniej opieki, co dodatkowo zwiększa ryzyko powikłań układu krążenia; podkreśla, że kobiety cierpiące na cukrzycę i inne choroby metaboliczne są średnio diagnozowane aż o 4,5 roku później niż mężczyźni oraz że są narażone na około 30 % wyższe ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia; opowiada się za solidnymi unijnymi ramami zwalczania głównych chorób, w tym chorób układu krążenia, przy zapewnieniu kobietom równego dostępu do opieki profilaktycznej, wczesnej diagnozy, leczenia oraz wsparcia po przebytej chorobie;
40. z zadowoleniem przyjmuje zobowiązanie Komisji, podjęte w komunikacie z grudnia 2025 r. w sprawie planu „Bezpieczne Serce”, do inwestowania w badania w celu lepszego zrozumienia mechanizmów chorób układu krążenia uwzględniających płeć biologiczną lub płeć społeczno-kulturową; apeluje, aby do planu „Bezpieczne serce” włączyć całościowe, uwzględniające aspekt płci podejście do opieki kardiologicznej, w tym w odniesieniu do badań przesiewowych, kampanii profilaktycznych, gromadzenia danych, kryteriów diagnostycznych i wytycznych klinicznych, aby poprawić wczesne wykrywanie, zapewnić sprawiedliwą opiekę i zmniejszyć możliwą do uniknięcia umieralność kobiet; wzywa Komisję i państwa członkowskie do zaangażowania się w

⁵² Roche Diagnostics, „Heart failure: The hidden costs of late diagnosis” [Ukryte koszty późnej diagnozy], sierpień 2020 r.

kampanie uświadamiające, aby rozwiać błędne przekonanie, że choroby układu krążenia dotyczą głównie mężczyzn, oraz promować środki profilaktyczne;

41. podkreśla fakt, że nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów w UE i zazwyczaj częściej dotyczą mężczyzn niż kobiet; zauważa, że niektóre nowotwory objawiają się inaczej u mężczyzn niż u kobiet oraz że niektóre nowotwory są specyficzne lub bardziej powszechne dla określonej płci; wyraża zaniepokojenie, że średnio nowotwory u kobiet są diagnozowane dwa i pół roku później niż u mężczyzn⁵³; podkreśla, że potrzebne są dalsze badania nad wpływem czynników związanych z płcią biologiczną/płcią społeczno-kulturową na występowanie nowotworów, ich objawami oraz reakcją na istniejące metody leczenia;
42. podkreśla, że lesbijki statystycznie rzadziej korzystają z rutynowych badań przesiewowych, często z powodu błędnych wyobrażeń lub wcześniejszych negatywnych doświadczeń z podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną⁵⁴; podkreśla, że konieczne są dostosowane do potrzeb informacje, aby przeciwdziałać błędnym wyobrażeniom i zapewnić lesbijkom, osobom transpłciowym i osobom płciowo nienormatywnym odpowiednie badania przesiewowe i opiekę profilaktyczną, a w przypadku osób transpłciowych – traktowanie uwzględniające aspekt płci; zaznacza, że dostęp do opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki, powinien opierać się na potrzebach zdrowotnych; wzywa Komisję i państwa członkowskie do dopilnowania, by wdrażanie europejskiego planu walki z rakiem wyraźnie uwzględniało aspekt płci; z zadowoleniem przyjmuje zamiar Komisji wydania wytycznych dla przedsiębiorstw finansowych dotyczących oferowania pacjentom onkologicznym sprawiedliwego dostępu do usług finansowych, ale podkreśla potrzebę zapewnienia ogólnounijnego prawa do bycia zapomnianym dla pacjentów, którzy powrócili do zdrowia po przebyciu choroby nowotworowej, aby zapobiec dalszej dyskryminacji w dostępie do usług finansowych, takich jak ubezpieczenia i pożyczki;
43. podkreśla, że wielu zachorowaniom na nowotwór można zapobiec poprzez zmiany zachowań i zmiany środowiskowe, a także środki wczesnej interwencji wykrywające zmiany przednowotworowe i zapobiegające im; podkreśla, że inwestowanie w środki profilaktyczne powinno być priorytetem UE; wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby dążyły do osiągnięcia ambitnych celów zakładających zapewnienie równego dostępu do finansowanych ze środków publicznych, wysokiej jakości badań przesiewowych w kierunku nowotworów we wszystkich państwach UE, niezależnie od miejsca zamieszkania lub statusu społeczno-ekonomicznego; podkreśla znaczenie kompleksowych i uwzględniających aspekt płci programów badań przesiewowych lub szczepień w zakresie raka piersi, nowotworów wywołanych przez wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), raka gruczołu krokowego, raka jelita grubego, raka skóry i raka płuc, które pozostają jednymi z najczęstszych nowotworów w Europie możliwych do uniknięcia, oraz w zakresie wirusowego zapalenia wątroby typu B; wzywa do podjęcia działań mających na celu przeciwdziałanie wprowadzającym w błąd

⁵³ Westergaard D., Moseley P., Sørup F.K.H., Baldi P. i Brunak S., „Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women” [Analiza na poziomie populacyjnym różnic we wzorcach progresji chorób u mężczyzn i kobiet], *Nature Communications*, tom 10, luty 2019 r.

⁵⁴ Tracy J.K., Lydecker A.D., Ireland L., „Barriers to Cervical Cancer Screening Among Lesbians” [Bariery dla badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy wśród lesbijek], *Journal of Women's Health*, tom 19, luty 2010 r.

informacjom na temat skutków ubocznych szczepionek; zachęca do dalszych inwestycji w innowacyjne narzędzia diagnostyczne, takie jak testy oparte na biomarkerach, i wzywa Komisję do usunięcia barier, aby umożliwić powszechne stosowanie tych narzędzi tam, gdzie jest to właściwe, oraz do zapewnienia równego dostępu do takich narzędzi;

44. podkreśla, że zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne są podstawowymi prawami człowieka, które stanowią kluczowy element polityki zdrowia kobiet i zdrowia publicznego, oraz że zapewnienie powszechnego dostępu do kompleksowej opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego jest niezbędne do zapewnienia równouprawnienia płci; podkreśla, że konkretne środki w zakresie zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych są niezbędne do postępów w realizacji wizji przedstawionej w planie działania Komisji na rzecz praw kobiet na 2025 r. oraz do dostosowania się do międzynarodowych praw człowieka i norm zdrowia publicznego wydanych przez WHO i UNESCO; wzywa Komisję do podjęcia działań na rzecz rozwoju pełnego spektrum zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych za pomocą wszystkich odpowiednich obszarów polityki UE i instrumentów finansowania, w tym proponowanego Europejskiego Funduszu Konkurencyjności;
45. z zadowoleniem przyjmuje przedstawioną przez Komisję strategię na rzecz równouprawnienia płci na lata 2026–2030 oraz jej zobowiązanie do wspierania działań państw członkowskich w zakresie opieki zdrowotnej w odniesieniu do zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych poprzez mapowanie praktyk i ram międzynarodowych, opracowanie unijnych ram i metodyki systematycznego gromadzenia danych w celu poprawy bazy dowodowej w zakresie zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych, a także poprzez zwiększenie dostępu do antykoncepcji; zwraca uwagę na zbliżające się uruchomienie w 2026 r. inicjatywy na rzecz zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w sytuacjach nadzwyczajnych oraz godnego życia (SHIELD), której celem będzie poprawa dostępu ofiar przemocy ze względu na płeć do zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych; wzywa Komisję do uwzględnienia w inicjatywie SHIELD dalszych zobowiązań politycznych i finansowych oraz wymogów dotyczących gromadzenia danych, aby wspierać państwa członkowskie w rozwoju i ochronie zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych; jest głęboko zaniepokojony faktem, że kobietom i dziewczętom z niepełnosprawnościami zdecydowanie zbyt często odmawia się dostępu do zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych, i podkreśla potrzebę ochrony integralności cielesnej, wolności wyboru i samostanowienia w odniesieniu do życia seksualnego i reprodukcyjnego osób z niepełnosprawnościami;
46. podkreśla potrzebę poprawy dostępności aborcji i dostępu do niej w całej UE; zdecydowanie popiera europejską inicjatywę obywatelską pt. „My Voice, My Choice” [Mój głos, mój wybór], której celem było ustanowienie dobrowolnego, opartego na solidarności i klauzurze opt-in unijnego mechanizmu finansowego, aby zapewnić bezpieczną i dostępną aborcję w Europie; ponownie wzywa Komisję, aby w pełni wykorzystała swoje kompetencje w zakresie polityki zdrowotnej i udzieliła wsparcia państwom członkowskim w zapewnianiu powszechnego dostępu do zdrowia i praw reprodukcyjnych i seksualnych oraz do wpisania tych praw oraz prawa do bezpiecznej, legalnej i dostępnej aborcji do Karty praw podstawowych Unii Europejskiej;
47. z zadowoleniem przyjmuje pozytywną reakcję Komisji na europejską inicjatywę obywatelską „My Voice My Choice” [Mój głos, mój wybór] przedstawioną w komunikacie z lutego 2026 r., w którym uznano, że niebezpieczna aborcja jest kwestią

zdrowia publicznego, i umożliwiono państwu członkowskiemu, za pośrednictwem odpowiedniego finansowania w ramach programu Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), świadczenie bezpiecznych i legalnych usług aborcyjnych, w tym przez pokrywanie kosztów podróży i zakwaterowania, na rzecz osób, które nie mają dostępu do takich usług w swoim kraju pochodzenia, oraz ogólnie osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji, bez ingerencji w krajowe przepisy ustawowe i wykonawcze; uznaje, że decyzja ta miała na celu zmniejszenie różnic w opiece zdrowotnej i zapewnienie osobom znajdującym się w trudnej sytuacji dostępu do podstawowych usług opieki zdrowotnej; pilnie wzywa państwa członkowskie do wykorzystania w tym celu EFS+; wzywa Komisję do dopilnowania, aby wykorzystanie funduszy na równy dostęp do opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego było odpowiednio oceniane w ramach programowania i przeglądu śródk okresowego programów operacyjnych EFS+;

48. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zaspokojenia szczególnych potrzeb osób LGBTIQ+ w zakresie opieki zdrowotnej, w tym przez zapewnienie dostępu do opieki profilaktycznej, leczenia i opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb osób transpłciowych, oraz do usunięcia wszelkich przymusowych i zbędnych wymogów medycznych, takich jak sterylizacja, które utrudniają dostęp do uznania prawnego i usług związanych z reprodukcją, zgodnie z orzeczeniami Europejskiego Trybunału Praw Człowieka⁵⁵; uznaje zobowiązanie Komisji zawarte w strategii na rzecz równości osób LGBTIQ+ na lata 2026–2030 do ułatwiania wymiany najlepszych praktyk między państwami członkowskimi w tym zakresie; zachęca do wspierania inicjatyw opieki zdrowotnej opartych na społecznościach lokalnych oraz badań finansowanych przez UE w ramach Programu UE dla zdrowia i programu „Horyzont”, aby zapewnić włączającą, opartą na zasadach równości i bezpieczną opiekę zdrowotną dla wszystkich osób LGBTIQ+; potępia praktyki konwersji, takie jak praktyki mające na celu zmianę, tłumienie lub wyparcie orientacji seksualnej, tożsamości płciowej lub ekspresji płciowej danej osoby, jako naruszające prawa podstawowe, a także apeluje do Komisji o pilne zajęcie się tymi kwestiami w drodze konkretnych działań; odnotowuje reakcję Komisji na europejską inicjatywę obywatelską zatytułowaną „Ban on conversion practices in the European Union” [Zakaz praktyk konwersyjnych w Unii Europejskiej] i wzywa Komisję do niezwłocznego przyjęcia zalecenia wzywającego państwa członkowskie do zakazania praktyk konwersyjnych;
49. podkreśla rolę edukacji, służby zdrowia i instytucji publicznych w zapobieganiu przemocy ze względu na płeć oraz promowaniu zgody, integralności cielesnej, prywatności, osobistej autonomii i szacunku, a także zmniejszaniu nierówności płci; podkreśla, że kompleksowa, dostosowana do wieku, mająca podstawy naukowe edukacja seksualna, zgodna ze standardami UNESCO, ma zasadnicze znaczenie dla promowania zgody oraz zdrowia i praw reprodukcyjnych i seksualnych, zapobiegania przemocy ze względu na płeć, przeciwdziałania dezinformacji i stygmatyzacji związanej ze zdrowiem kobiet oraz umożliwienia jednostkom dokonywania świadomych, autonomicznych wyborów; wzywa Komisję do wydania jasnych

⁵⁵ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 11 października 2018 r. w sprawie *S.V. przeciwko Włochom* (55216/08) oraz wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 6 kwietnia 2017 r. w sprawie *A.P., Garçon i Nicot przeciwko Francji* (79885/12, 52471/13 i 52596/13).

wytucznych dla państw członkowskich dotyczących zapewnienia kompleksowej, dostosowanej do wieku edukacji seksualnej, zgodnie z normami międzynarodowymi;

50. wzywa Komisję i państwa członkowskie, aby zapewniły powszechny dostęp do przystępnych cenowo, bezpiecznych i zróżnicowanych metod antykoncepcji; uznaje, że obciążenie związane ze stosowaniem środków antykoncepcyjnych – fizyczne, finansowe i psychiczne – jest w nieproporcjonalnie dużym stopniu ponoszone przez kobiety; ubolewa nad faktem, że pomimo niezaspokojonych potrzeb w zakresie antykoncepcji na całym świecie UE nie finansuje rozwoju nowych środków antykoncepcyjnych od 2021 r.; wzywa do zwiększenia inwestycji w innowacyjne badania i rozwój stosowanych na całym świecie technologii antykoncepcyjnych, w tym środków antykoncepcyjnych dla mężczyzn, aby osiągnąć większą równość płci i wspólną odpowiedzialność w planowaniu rodziny; podkreśla, że samostanowienie kobiet w zakresie wyboru antykoncepcji musi być w pełni respektowane, co obejmuje prawo kobiet do otrzymywania pełnych i zrozumiałych informacji na temat korzyści oraz potencjalnych zagrożeń i skutków ubocznych różnych metod antykoncepcyjnych, tak aby umożliwić kobietom wyrażenie świadomej zgody; zachęca państwa członkowskie do skutecznego ograniczenia epidemii zakażeń przenoszonych drogą płciową poprzez włączenie profilaktyki, testowania i opieki w zakresie HIV i zakażeń przenoszonych drogą płciową do szerszych strategii opieki zdrowotnej uwzględniających aspekt płci, a także poprzez usunięcie barier w testowaniu i poprawę gromadzenia danych na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową;
51. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zapewnienia wszystkim dostępu do przystępnych cenowo, wysokiej jakości, wolnych od toksyn i zrównoważonych środowiskowo – w szczególności produktów wielokrotnego użytku – produktów menstruacyjnych; zachęca państwa członkowskie do wykorzystania opodatkowania jako narzędzia służącego zwiększeniu dostępności i przystępności cenowej produktów menstruacyjnych dla wszystkich oraz do zwalczania ubóstwa menstruacyjnego poprzez zapewnienie bezpłatnego lub przystępnego cenowo dostępu do produktów menstruacyjnych, informacji i odpowiednich urządzeń sanitarnych, zwłaszcza w miejscach publicznych, takich jak instytucje edukacyjne, miejsca pracy, budynki publiczne oraz ośrodki recepcyjne lub schroniska; podkreśla, że nieodpowiednia edukacja na temat menstruacji może prowadzić do niebezpiecznej opieki menstruacyjnej, a co za tym idzie do poważnych chorób, jeszcze bardziej uwypuklając potrzebę finansowanych publicznych kampanii uświadamiających o zdrowiu menstruacyjnym, aby zwalczać stygmatyzację i stereotypy związane ze zdrowiem menstruacyjnym, a także wzmożonych badań nad zaburzeniami menstruacyjnymi; podkreśla, że opieka nad osobami cierpiącymi na nietrzymanie moczu jest istotnym, ale często pomijanym aspektem zdrowia publicznego, który w nieproporcjonalny sposób dotyka kobiety; wzywa Komisję i państwa członkowskie do rozpoczęcia publicznych kampanii uświadamiających w celu destygmatyzacji kwestii zdrowotnych związanych z nietrzymaniem moczu oraz do dopilnowania, aby objawy nie były lekceważone przez pacjentów lub świadczeniodawców oraz aby pacjenci byli świadomi metod leczenia nietrzymania moczu, a także metod leczenia, które umożliwiają zarządzanie nietrzymaniem moczu lub złagodzenie jego objawów;
52. wzywa państwa członkowskie do zapewnienia kobietom w ciąży dostępu do wysokiej jakości usług opieki położniczej, niezależnie od miejsca zamieszkania; wzywa do opracowania wspólnych norm UE w zakresie opieki położniczej oraz do zacieśnienia współpracy i wymiany najlepszych praktyk między pracownikami służby zdrowia w

tym zakresie, aby poprawić jakość opieki i wyeliminować możliwą do uniknięcia umieralność matek; podkreśla potrzebę podjęcia na szczeblu UE inicjatyw dotyczących depresji poporodowej oraz zdrowia psychicznego i dobrostanu matek;

53. uznaje, że płodność jest kluczowym aspektem zdrowia, i podkreśla potrzebę proaktywnego zajęcia się wieloaspektowymi czynnikami i wyzwaniami związanymi z płodnością; wzywa państwa członkowskie do zapewnienia wysokiej jakości, terminowego i sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej związanej z płodnością i poronieniami, w tym do diagnostyki i leczenia bezpłodności, niezależnie od sytuacji ekonomicznej lub stanu cywilnego kobiety, w tym kobiet z niepełnosprawnościami; podkreśla potrzebę opartych na dowodach, wiarygodnych, publicznych informacji o płodności, które promują podejście oparte na prawach i wspierają autonomię reprodukcyjną; wzywa Komisję do zapewnienia wsparcia państwom członkowskim poprzez wytyczne, gromadzenie danych i wymianę najlepszych praktyk; podkreśla znaczenie zintegrowanego wsparcia zdrowia psychicznego i poradnictwa w tym zakresie w kontekście zaradzenia emocjonalnym i psychologicznym skutkom bezpłodności i poronienia;
54. ubolewa, że pomimo powszechności występowania niepożądanych i poważnych objawów menopauzy i perimenopauzy u kobiet, nadal nie uwzględnia się menopauzy rutynowo w podstawowej opiece zdrowotnej, politykach zdrowia zawodowego i strategiach w zakresie zdrowia w miejscu pracy we wszystkich państwach członkowskich; wzywa Komisję i państwa członkowskie do zapewnienia, by menopauza została uznana za istotną kwestię zdrowia publicznego i w pełni włączona do rutynowych usług podstawowej opieki zdrowotnej, tak aby wspierać długoterminowe zdrowie kobiet i ich dalsze uczestnictwo w rynku pracy; przypomina, że badania wykazały, iż z powodu braku leczenia i wsparcia dla kobiet doświadczających objawów menopauzy przedsiębiorstwa w samych Niemczech poniosły stratę, której wysokość szacuje się na 9 mld EUR rocznie⁵⁶; wzywa państwa członkowskie do zapewnienia terminowego dostępu do opieki w zakresie menopauzy, w tym za pośrednictwem specjalistycznych usług i jasnych wytycznych klinicznych, które należy uwzględniać etapy życia hormonalnego, takie jak menstruacja, ciąża i menopauza; uznaje, że większość dostępnych metod leczenia ma charakter hormonalny, a zatem nieodpowiedni dla wszystkich pacjentek; podkreśla potrzebę rozwoju leczenia niehormonalnego, obok bardziej skutecznych i szerzej dostępnych terapii hormonalnych; zauważa, że zmiany hormonalne mogą wpływać na wystąpienie, nasilenie i leczenie innych chorób przewlekłych, które dotyczą kobiety w nieproporcjonalnie dużym stopniu w porównaniu z mężczyznami; podkreśla, że większość istniejących badań medycznych koncentruje się na latach płodności, pomijając okres dojrzewania, perimenopauzę i menopauzę, oraz że konieczne jest bardziej włączające i reprezentatywne podejście do badań klinicznych;
55. ubolewa, że menopauza jest nadal piętnowana społecznie, i zwraca uwagę na ogólny brak świadomości objawów perimenopauzy; podkreśla znaczenie szkolenia pracowników służby zdrowia w zakresie zarządzania menopauzą, aby zapewnić kobietom spójne, oparte na dowodach i zorientowane na pacjentki wsparcie przez cały czas przechodzenia przez menopauzę, a także potrzebę wspierania kobiet w tym, by

⁵⁶ FP Analytics & Bayer, „The Health and Economic Impacts of Menopause” [Skutki menopauzy dla zdrowia i sytuacji ekonomicznej], [studium przypadku dotyczące Niemiec](#), maj 2025 r.

wcześniej rozpoznawały objawy i szukały odpowiedniej pomocy; wzywa Komisję i państwa członkowskie do opracowania wytycznych na poziomie UE dotyczących opieki i wiedzy w zakresie menopauzy i perimenopauzy;

56. ubolewa nad faktem, że od czasu powstania Wspólnotowego Serwisu Informacyjnego Badań i Rozwoju prawie 40 lat temu tylko 10 z 145 983 projektów finansowanych przez UE koncentrowało się bezpośrednio na endometriozie⁵⁷; podkreśla, że na zdrowie seksualne i reprodukcyjne kobiet mogą negatywnie wpływać nieleczone lub późno zdiagnozowane schorzenia; podkreśla, że terminowy dostęp do profilaktyki, diagnostyki i leczenia jest niezbędny do ochrony płodności, zdrowia seksualnego i ogólnego dobrostanu oraz do ograniczenia możliwych do uniknięcia długoterminowych konsekwencji; wzywa Komisję i państwa członkowskie do uznania endometriozy za chorobę przewlekłą oraz do promowania wczesnej diagnostyki poprzez poprawę szkolenia pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, jasniejsze ścieżki skierowań i podnoszenie świadomości wśród świadczeniodawców, a także wzywa Komisję do opracowania ogólnounijnego planu działania w sprawie endometriozy;
57. wzywa Komisję i państwa członkowskie do uwzględnienia perspektywy płci w badaniach nad cukrzycą, jej diagnozowaniu i leczeniu oraz zarządzaniu nią, ponieważ cukrzyca może przebiegać inaczej u mężczyzn i kobiet, w związku z czym wymaga podejścia uwzględniającego aspekt płci; wzywa UE do wspierania technologii ukierunkowanych na aspekt płci oraz uwzględniania zdrowia psychicznego z myślą o zapewnieniu spersonalizowanej opieki i efektów dla kobiet chorych na cukrzycę;
58. podkreśla, że przewlekłe zapalne choroby skóry, w tym atopowe zapalenie skóry, objawiają się różnie w zależności od płci i na różnych etapach życia; w nieproporcjonalnym stopniu dotyczą kobiety; uznaje, że schorzenia te wiążą się z poważnymi i utrzymującymi się objawami, takimi jak ból i nieznośny świąd, które znacznie pogarszają jakość życia, sen i zdrowie psychiczne danej osoby; zauważa, że zmiany hormonalne czynią kobiety bardziej podatnymi na zaostrzenia atopowego zapalenia skóry, zwłaszcza w okresie przedmiesiączkowym i w czasie ciąży, a także na łuszczycę w okresie dojrzewania i menopauzy; podkreśla potrzebę szkolenia pracowników służby zdrowia w temacie takich chorób skóry, w tym w odniesieniu do tego, w jaki sposób objawy i potrzeby w zakresie leczenia mogą się zmieniać na różnych etapach życia hormonalnego; zaznacza, że korzystanie z solarium jest prawdopodobnym czynnikiem powodującym gwałtowny wzrost zachorowalności na czerniaka wśród młodych kobiet w porównaniu z mężczyznami; wzywa Komisję do wprowadzenia środków mających ograniczyć i zmniejszyć korzystanie z solariów na terenie całej UE, aby powstrzymać epidemię czerniaka⁵⁸; podkreśla potrzebę wzmocnienia ochrony konsumentów poprzez uregulowanie wprowadzających w błąd lub szkodliwych praktyk marketingowych w branży kosmetycznej oraz zapewnienie jasnych ostrzeżeń zdrowotnych dotyczących zagrożeń dla zdrowia skóry związanych ze

⁵⁷ Vigano P., Casalechi M. i Dolmans M., „European Union underinvestment in endometriosis research” [Niedoinwestowanie badań nad endometriozą przez Unię Europejską], *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, tom 5, marzec 2024 r.

⁵⁸ Lazovich D., Vogel R. I., Weinstock M.A., Nelson H.H., Ahmed R.L. i Berwick M., Association between indoor tanning and melanoma in younger men and women [Związek między korzystaniem z solariów a czerniakiem wśród młodych mężczyzn i kobiet], *JAMA dermatology*, marzec 2016 r.

sztucznym narażeniem na promieniowanie UV i niektórymi procedurami kosmetycznymi;

59. wzywa Komisję i państwa członkowskie do zajęcia się wyzwaniami specyficznymi dla płci w zakresie chorób reumatycznych i chorób układu mięśniowo-szkieletowego u kobiet; podkreśla potrzebę zwiększenia badań naukowych i innowacji w UE, aby lepiej zrozumieć, dlaczego kobiety są w nieproporcjonalnie dużym stopniu dotknięte tymi chorobami, odczuwają większy ból i inaczej reagują na leczenie; zachęca państwa członkowskie do opracowania i przyjęcia multidyscyplinarnych modeli opieki wraz ze wskaźnikami postępu, dostosowanych do potrzeb kobiet ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, aby zapewnić im równy dostęp do zaawansowanych metod leczenia medycznego i chirurgicznego chorób reumatycznych i układu mięśniowo-szkieletowego;
60. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wzmocnienia strategii politycznych uwzględniających płeć w opiece nad osobami starszymi i uznaje, że kobiety stanowią większość osób starszych w Europie; apeluje o rozwiązania wspierające dostępne, przystępne cenowo, wysokiej jakości usługi opieki długoterminowej, z poszanowaniem godności, autonomii i zdrowia starszych kobiet; zachęca do dzielenia się najlepszymi praktykami w zakresie leczenia starszych kobiet uwzględniającego aspekt płci, w tym środków profilaktycznych, takich jak odpowiednie odżywianie i ćwiczenia fizyczne, terminowa diagnostyka i opieka w przypadku chorób oraz podejście dostosowane do kobiet przebywających w placówkach opiekuńczych i kobiet cierpiących na choroby powodujące zaburzenia pamięci, które to kobiety mogą mieć trudności z wyrażaniem swoich potrzeb, preferencji i opisywaniem objawów; podkreśla, że choroby powodujące zaburzenia pamięci, takie jak choroba Alzheimera, częściej występują wśród kobiet niż wśród mężczyzn, głównie ze względu na dłuższy średni okres życia kobiet, ale jest to również widoczne wśród kobiet i mężczyzn w tym samym wieku;
61. z zadowoleniem przyjmuje opublikowanie przez Komisję strategii na rzecz równouprawnienia płci na lata 2026–2030 i zawarte w niej zobowiązania do zajęcia się nierównościami w opiece zdrowotnej nad kobietami oraz do poczynienia postępów w zakresie zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych; wzywa Komisję do uzupełnienia strategii na rzecz równouprawnienia płci w przyszłych środkach politycznych poprzez priorytetowe traktowanie i zachęcanie do specjalnych i ukierunkowanych inwestycji w zdrowie kobiet; podkreśla, że inwestycje dotyczące schorzeń uwarunkowanych płcią powinny odzwierciedlać ich dotkliwość i częstość występowania, a jednocześnie dalej wspierać badania nad chorobami rzadkimi; zwraca uwagę, że przyszłe strategie muszą uwzględniać zintegrowane podejście do opieki i cel, jakim jest poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego;

Finansowanie

62. uznaje, że motywacją do badań i innowacji jest równowaga między zachętami a obowiązkami oraz że finansowanie UE może odegrać istotną rolę w zachęcaniu do większych inwestycji w badania nad kwestiami związanymi z płcią oraz w niwelowaniu nierówności w dostępie do leczenia w całej UE, w tym profilaktyki, wczesnej diagnostyki i długoterminowego leczenia chorób przewlekłych dotyczących kobiety przez całe ich życie; podkreśla, że sektor prywatny nie jest wystarczająco motywowany do inwestowania w profilaktykę zdrowotną i że w związku z tym priorytetem Komisji i państw członkowskich powinno być inwestowanie w specjalną profilaktykę zdrowotną

dla kobiet, ukierunkowaną na schorzenia takie jak choroby układu krążenia, cukrzyca, zakażenia przenoszone drogą płciową i nowotwory;

63. zdecydowanie popiera uwzględnianie aspektu płci we wszystkich strategiach politycznych i budżecie UE, w tym systematyczne uwzględnianie potrzeb zdrowotnych kobiet na wszystkich etapach ich życia; wzywa Komisję, aby niezwłocznie ogłosiła specjalne i ukierunkowane zaproszenia do składania wniosków o finansowanie badań oraz działań związanych z UE dotyczących schorzeń uwarunkowanych płcią oraz projektów w celu zlikwidowania luki w danych dotyczących zdrowia związanych z płcią biologiczną i płcią społeczno-kulturową; zaleca powołanie grupy ekspertów ds. badań naukowych i innowacji w dziedzinie zdrowia kobiet, aby ukierunkować rozwój i wspólną realizację planu badań nad zdrowiem kobiet; podkreśla, że takie finansowanie powinno priorytetowo traktować badania publiczne i wspierać dostęp do systemów opieki zdrowotnej dla wszystkich, z uwzględnieniem nierówności społecznych i regionalnych;
64. podkreśla, że konkurencyjna gospodarka napędzana przez przedsiębiorstwa ma zasadnicze znaczenie dla utrzymania wysokiej jakości opieki zdrowotnej i zapewnienia kobietom lepszych efektów zdrowotnych; apeluje o strategie polityczne nagradzające innowacje medyczne, przyciągające inwestycje prywatne i wspierające wzrost gospodarczy, przy jednoczesnym usuwaniu zbędnych obciążeń regulacyjnych, które hamują europejskie przedsiębiorstwa i naukowców w dziedzinie zdrowia oraz rozwój nowych metod leczenia kobiet;
65. podkreśla, że zniwelowanie różnic zdrowotnych związanych z płcią jest przede wszystkim kwestią praw podstawowych; uważa jednak, że poprawa równości płci w ogóle, a zwłaszcza w dziedzinie badań naukowych w zakresie zdrowia, stanowi szansę dla konkurencyjności UE oraz siłę napędową wydajności i długoterminowej stabilności budżetowej; zaznacza, że Światowe Forum Ekonomiczne szacuje, iż zniwelowanie luk inwestycyjnych w zakresie opieki zdrowotnej kobiet mogłoby przyczynić się do wzrostu światowej gospodarki do 2040 r. o 1 bln USD rocznie; zwraca uwagę, że luka w danych dotyczących zdrowia uwzględniających aspekt płci oznacza niedobór podstawowej wiedzy naukowej na temat schorzeń uwarunkowanych płcią, co powstrzymuje podmioty sektora prywatnego chętne do inwestowania w badania stosowane i rozwojowe; podkreśla, że przeznaczenie funduszy UE na rozwiązanie problemu różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia za pośrednictwem obecnego i przyszłego programu „Horyzont Europa”, Europejskiego Funduszu Konkurencyjności oraz obecnego i przyszłego Programu UE dla zdrowia, w połączeniu ze środkami mającymi na celu zlikwidowanie luk w danych, mogłoby zachęcić do inwestycji i pobudzić innowacje w UE;
66. wzywa Komisję do opracowania i wdrożenia specjalnej strategii na rzecz zdrowia kobiet, osadzonej w Europejskim filarze praw socjalnych na szczycie UE, która zostanie wdrożona we wszystkich państwach członkowskich i której celem będzie zmniejszenie różnic w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn, zintensyfikowanie badań publicznych nad schorzeniami uwarunkowanymi płcią oraz zagwarantowanie równego dostępu do opieki zdrowotnej w całej UE; podkreśla, że strategia powinna obejmować szczegółowe wskaźniki i wymogi w zakresie sprawozdawczości dotyczące postępów; wzywa Komisję do priorytetowego przeznaczenia wydzielonego finansowania w ramach nowego Europejskiego Funduszu Konkurencyjności oraz programu „Horyzont Europa” na lata 2028-2034 (10. programu ramowego) na badania dotyczące zdrowia

kobiet; wzywa do specjalnego, wydzielonego i identyfikowalnego finansowania UE na rzecz zdrowia kobiet, schorzeń uwarunkowanych płcią i opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, a także na rzecz projektów mających zlikwidować luki w danych dotyczących płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej; podkreśla potrzebę odpowiedniego finansowania, ponieważ kobiety borykają się zazwyczaj z większymi ograniczeniami społeczno-gospodarczymi i w związku z tym są bardziej zależne od publicznej opieki zdrowotnej i usług społecznych; zwraca uwagę, że niedofinansowanie opieki w przypadku schorzeń uwarunkowanych płcią może mieć negatywny wpływ na gospodarki i siłę roboczą państw członkowskich;

67. podkreśla kluczową rolę organizacji społeczeństwa obywatelskiego w świadczeniu usług opieki zdrowotnej opartych na potrzebach, na poziomie społeczności lokalnych oraz opartych na wzajemnej pomocy, zwłaszcza dla kobiet borykających się z ubóstwem, dyskryminacją lub wykluczeniem społecznym; podkreśla, że organizacje te służą jako pomost między pacjentami a instytucjami publicznymi, a także działają na rzecz równouprawnienia płci oraz zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych, gromadzą dane na temat doświadczeń i potrzeb w zakresie zdrowia kobiet, zapobiegają oszustwom zdrowotnym w internecie oraz przyczyniają się do zapewnienia przepisów i strategii politycznych w dziedzinie opieki zdrowotnej w większym stopniu uwzględniających aspekt płci; wzywa do wyraźnego uznania ich roli w przyszłym Europejskim Funduszu Konkurencyjności i programie AgoraEU w drodze przeznaczenia wystarczających poziomów finansowania na organizacje społeczeństwa obywatelskiego działające na rzecz równości płci oraz zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych w obu tych programach; wyraża zaniepokojenie kurczącą się przestrzenią społeczeństwa obywatelskiego i zmniejszeniem środków finansowych dostępnych dla organizacji społeczeństwa obywatelskiego działających na rzecz zdrowia i praw kobiet w całej UE; stanowczo potępia decyzję Komisji o nieoczekiwanym ograniczeniu finansowania, w tym dotacji operacyjnych dla organizacji społeczeństwa obywatelskiego zajmujących się zdrowiem, w ramach Programu UE dla zdrowia i wzywa Komisję do natychmiastowego przywrócenia odpowiedniego finansowania dla tych organizacji pozarządowych działających w dziedzinie zdrowia;
68. wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania większego udziału kobiet we wszystkich aspektach działalności naukowo-badawczej, zarówno w roli badaczek, jak i uczestniczek badań; zaleca działania na rzecz usuwania barier utrudniających karierę kobiet w nauce oraz zapewnienia równości szans w dostępie do funduszy badawczych i stanowisk kierowniczych; podkreśla, że bardziej zrównoważony pod względem płci skład zespołów badawczych oraz szerszy udział kobiet w badaniach klinicznych przyczynią się do poprawy jakości i wiarygodności wyników dotyczących zdrowia.

o

o o

69. zobowiązuje swoją przewodniczącą do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji.