

Вторник, 8 март 2011 г.

67. Припомня, че според някои оценки развиващите се страни губят ежегодно 800 млрд. евро, т.е. средства, представляващи десетократния размер на официалната помощ за развитие, чрез незаконни практики, например незаконно изтичане на капитали и укриване на данъци, и че предотвратяването и ограничаването на тези загуби би могло да се окаже от решаващо значение за постигането на Целите на хилядолетието за развитие; настоятелно призовава ЕС и държавите-членки да поставят борбата с данъчните убежища, корупцията и вредните данъчни структури начело на дневния ред на всички международни форуми, така че да се даде възможност на развиващите се страни да увеличат вътрешните си приходи;

68. Напомня за колективната отговорност на Г-20 за смекчаване на въздействието на кризата върху развиващите се страни, които бяха сериозно засегнати от косвените ѝ последици;

69. Настоятелно призовава, с цел постигане на прозрачност на официалната помощ за развитие, да се насърчава отчетността посредством засилване на националните механизми за контрол и на парламентарния контрол на помощта; призовава ЕС и Г-20 да работят за реализиране на програмата си за борба срещу данъчните убежища и укриването на данъци, насърчайки отчетането страна по страна;

70. Призовава Съвета и Комисията да насърчават и да работят за прилагането на новаторски инструменти за финансиране на развитието, например международен данък върху финансовите сделки, транспортни такси, мерки за борба с незаконното изтичане на капитали и намаляване или облекчаване на разходите по паричните преводи;

71. Отбелязва, че икономическата и финансова криза ще тласне много от развиващите се страни към нова дългова криза, и призовава Комисията и държавите-членки да подновят усилията си за облекчаване на задлъжнялостта на развиващите се страни;

72. Припомня, че развиващите се страни са най-неподготвени за справяне с изменението на климата и като цяло е вероятно те да бъдат основните жертви на това явление; призовава за изпълнение на финансовия ангажимент на ЕС, поет в рамките на споразумението от Копенхаген и в контекста на Световния алианс за борба с изменението на климата; настоятелно призовава ЕС да поеме основна роля по отношение на съвместните инициативи на индустриализираните страни за оказване на по-мощен и по-конкретен принос за подкрепа на развитието в третия свят, към който те носят историческа отговорност;

*

* *

73. Възлага на своя председател да предаде настоящата резолюция на комисията на Европейския парламент по политическите предизвикателства, Комисията, Европейския съвет, ЕИБ, ЕЦБ, МВФ и Съвместната парламентарна асамблея АКЪБ-ЕС.

Намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването

P7_TA(2011)0081

Резолюция на Европейския парламент от 8 март 2011 г. относно намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС (2010/2089(INI))

(2012/C 199 E/04)

Европейският парламент,

— като взе предвид членове 168 и 184 от Договора за функционирането на Европейския съюз,

— като взе предвид член 2 от Договора за Европейския съюз,

— като взе предвид член 35 от Хартата на основните права на Европейския съюз,

Вторник, 8 март 2011 г.

- като взе предвид член 23 от Хартата на основните права на Европейския съюз относно равенството между мъжете и жените във всички области,
- като взе предвид съобщението на Европейската комисия „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС“ (СОМ(2009)0567),
- като взе предвид Решение № 1350/2007/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 23 октомври 2007 г. за създаване на втора Програма за действие на Общността в областта на здравето (2008–2013 г.)⁽¹⁾,
- като взе предвид Решение на Съвета 2010/48/ЕО от 26 ноември 2009 г. относно сключването от Европейската общност на Конвенцията на Организацията на обединените нации за правата на хората с увреждания⁽²⁾,
- като взе предвид съобщението на Европейската комисия „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС“,
- като взе предвид заключенията на Съвета от 8 юни 2010 г., озаглавени „Справедливост и здраве във всички политики: солидарност в здравеопазването“,
- като взе предвид доклада относно втората съвместна оценка, извършена от Комитета за социална закрила и Комисията, на социалните последици от икономическата криза и ответните политически решения,
- като взе предвид заключенията на Съвета, озаглавени „Общи ценности и принципи в системите на здравеопазването в Европейския съюз“⁽³⁾,
- като взе предвид резолюцията на Съвета от 20 ноември 2008 г. относно здравето и благосъстоянието на младежите,
- като взе предвид окончателния доклад на Комисията по социалните детерминанти на здравето (СЗО, 2008 г.),
- като взе предвид становището на Комитета на регионите относно „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС“⁽⁴⁾,
- като взе предвид своята резолюция от 1 февруари 2007 г. относно „Насърчаване на здравословния режим на хранене и физическата активност: европейско измерение за превенцията на наднорменото тегло, затлъстяването и хроничните заболявания“⁽⁵⁾, както и своята резолюция от 25 септември 2008 г. относно Бялата книга относно здравословните проблеми, свързани с храненето, наднорменото тегло и затлъстяването⁽⁶⁾,
- като взе предвид своята резолюция от 9 октомври 2008 г. относно Бялата книга, озаглавена „Заедно за здраве: Стратегически подход за ЕС 2008–2013 г.“⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ ОВ L 301, 20.11.2007 г., стр. 3.

⁽²⁾ ОВ L 23, 27.1.2010 г., стр. 35.

⁽³⁾ ОВ С 146, 22.6.2006 г., стр. 1.

⁽⁴⁾ ОВ С 232, 27.8.2010 г., стр. 1.

⁽⁵⁾ ОВ С 250 Е, 25.10.2007 г., стр. 93.

⁽⁶⁾ ОВ С 8 Е, 14.1.2010 г., стр. 97.

⁽⁷⁾ ОВ С 9 Е, 15.1.2010 г., стр. 56.

Вторник, 8 март 2011 г.

- като взе предвид член 48 от своя правилник,

- като взе предвид доклада на комисията по околна среда, обществено здраве и безопасност на храните и становищата на комисията по вътрешния пазар и защита на потребителите и комисията по правата на жените и равенството между половете (A7-0032/2011),

- А. като има предвид, че всеобщността, достъпът до висококачествени грижи, справедливостта и солидарността са общи ценности и принципи, които укрепват системите на здравеопазване в държавите-членки на ЕС,

- Б. като има предвид, че макар и като цяло хората да водят по-дълъг и по-здравословен живот в сравнение с предишните поколения, в контекста на застаряващото население ЕС е изправен пред едно значимо предизвикателство, а именно – големите разминавания в равнището на физическото и психичното здраве, които съществуват и се увеличават между държавите-членки на ЕС и в рамките на отделните държави-членки,

- В. като има предвид, че към момента на раждане разликите в продължителността на живота между социално-икономическите групи в най-горната и в най-долната част на социалната стълбичка достигат до 10 години при мъжете и 6 години при жените,

- Г. като има предвид, че специфичното за пола измерение във връзка с продължителността на живота също е основен въпрос, който следва да се повдигне в областта на неравнопоставеността в здравеопазването,

- Д. като има предвид, че освен генетични фактори върху здравето въздействат преди всичко начинът на живот на хората, достъпът им до здравни услуги, включително информация и образование по отношение на здравето, профилактика на заболяванията и лечение на кратки и продължителни заболявания; като има предвид, че социално-икономическите групи в най-неравностойно положение са по-податливи на лошо хранене, зависимост от тютюнопушене и алкохол, а тези фактори допринасят значително за появата на много заболявания и оплаквания, включително сърдечно-съдови заболявания и рак,

- Е. като има предвид, че във всички държави-членки са установени форми на здравна неравнопоставеност между групите с по-висок и по-нисък образователен ценз, професионален статус и приходи,

- Ж. като има предвид, че е доказано съществуването на специфично за пола измерение по отношение на недохранването, което показва, че жените страдат повече от недохранване, и че тази неравнопоставеност се изостря все повече, колкото по-нисък е социално-икономическият статус,

- З. като има предвид, че неравнопоставеността на половете и възрастовите групи в биомедицинските изследвания и недостатъчното представителство на жените в клиничните тестове подкопават грижата за пациентите,

- И. като има предвид, че сравнителното измерване на неравнопоставеността в здравеопазването представлява основополагаща първа стъпка към ефикасни действия,

- Й. като има предвид, че заболяемостта обикновено е по-висока сред хората с по-нисък образователен ценз, професионален статус и приходи и че също така се наблюдават съществени различия в разпространението на повечето специфични форми на увреждания и специфични хронични незаразни заболявания, болестите на устата и форми на психични заболявания,

- К. като има предвид, че тютюнопушенето нараства рязко сред жените, особено сред младите жени, което води до разрушителни последици за здравето им в бъдеще; и като има предвид, че пушенето сред жените е допълнително свързано с многобройни неблагоприятни страни,

Вторник, 8 март 2011 г.

- Л. като има предвид, че Комисията е отбелязала наличието на разграничаване в социален аспект (социален градиент) по отношение на здравословното състояние във всички държави-членки на ЕС (Съобщение на Комисията от 20 октомври 2010 г., озаглавено „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС“); и като има предвид, че Световната здравна организация определя този социален градиент като връзката между социално-икономическата неравнопоставеност и неравнопоставеността в областта на здравеопазването и достъпа до него,
- М. като има предвид, че многобройни проекти и изследвания потвърждават, че особено появата на наднормено тегло и затлъстяване е следствие от неравнопоставеност в ранна възраст, която е свързана със социално-икономическата среда, и че наднорменото тегло и затлъстяването са най-разпространени сред социално-икономическите групи в най-неравностойно положение; като има предвид, че това би могло да задълбочи още повече здравословната и социално-икономическата неравнопоставеност поради нарасналата опасност от появата на заболявания вследствие на затлъстяването,
- Н. като има предвид, че въпреки социално-икономическия и екологичния напредък, който доведе до цялостно подобрене на здравното състояние на хората за продължителни периоди, множество фактори като хигиената, условията на живот и труд, недохранването, образованието, дохода, употребата на алкохол и тютюнопушенето все още влияят пряко на неравнопоставеността в здравеопазването,
- О. като има предвид, че се очаква изменението на климата да доведе до редица потенциални последици за здравето поради зачестяването на екстремните метеорологични явления като вълни от горещини и наводнения, поради промяната на клиничната картина на заразните болести, както и поради повишеното излагане на ултравиолетовата радиация; като има предвид, че не всички държави от ЕС са еднакво подготвени да се справят с тези предизвикателства,
- П. като има предвид, че неравнопоставеността в здравеопазването произтича не само от множество фактори, свързани с икономиката, околната среда и начина на живот, но и от трудности при достъпа до здравеопазване,
- Р. като има предвид, че неравнопоставеността в здравеопазването е също така свързана с трудности в достъпа до здравеопазване както по икономически причини (не толкова за тежко лечение, с което държавите-членки се справят успешно, а по-скоро за всекидневно лечение като зъболекарски и офталмологични грижи), така и поради неудачното разпределение на медицински ресурси в някои области на ЕС,
- С. като има предвид, че недостигът на специалисти в здравеопазването в някои части на ЕС и фактът, че те лесно могат да се преместят в други части на ЕС, е действителен проблем, и като има предвид, че това положение води до висока степен на неравнопоставеност по отношение на достъпа до здравеопазване и безопасността на пациента,
- Т. като има предвид, че хората, които живеят в отдалечени и островни райони все още имат ограничен достъп до бързо и висококачествено здравеопазване,
- У. като има предвид, че пациенти с хронични заболявания или оплаквания образуват специфична група, която е засегната от неравнопоставеността при достъпа до диагноза и грижи, социални и други подпомагачи услуги и която е в неблагоприятно положение, включително финансови затруднения, недостатъчен достъп до заетост, социална дискриминация и стигматизация,
- Ф. като има предвид, че насилието спрямо жените е широко разпространено във всички страни и сред всички социални класи явление, което оказва драматични последици за физическото и емоционалното здраве на жените и децата,
- Х. като има предвид, че безплодието е медицинско състояние, признато от Световната здравна организация, което оказва особено въздействие върху здравето на жените, и като има предвид, че национално проучване на осведомеността в Обединеното кралство е показало, че над 94 % от жените, страдащи от безплодие, страдат също така от форми на депресия,
- Ц. като има предвид, че са налице големи различия между държавите-членки по отношение на достъпа до лечение на безплодието,

Вторник, 8 март 2011 г.

- Ч. като има предвид, че според Евростат – статистическата служба на ЕС, безработицата в 27-те държави-членки на ЕС е достигнала 9,6 % през септември 2010 г., и като има предвид, че в своето становище от 20 май 2010 г. Комитетът за социална закрила към Съвета на Европейския съюз изрази загриженост, че настоящата икономическа и финансова криза ще окаже отрицателно влияние върху достъпа на хората до здравеопазване и върху бюджета за здравеопазване на държавите-членки,
- Ш. като има предвид, че настоящата икономическа и финансова криза може да има тежки последици за сектора на здравеопазването в няколко държави-членки по отношение както на предлагането, така и на търсенето,
- Щ. като има предвид, че ограниченията вследствие на настоящата икономическа и финансова криза, в комбинация с последиците от предстоящите демографски предизвикателства, с които Съюзът ще се сблъска, биха могли да подкопаят сериозно финансовата и организационната стабилност на системите на здравеопазване на държавите-членки, като по този начин възпрепятстват равноправния достъп до здравеопазване на тяхна територия,
- АА. като има предвид, че рисковете за здравето нарастват допълнително, когато бедността се съчетае с други фактори на уязвимост като детска или напреднала възраст, увреждания или малцинствен произход, и обратно – влошеното здравно състояние може да доведе до бедност и/или социално изключване,
- АБ. като има предвид, че първите години от живота се отразяват за цял живот върху много аспекти на здравето и благосъстоянието – от затлъстяването, сърдечните болести и психичните заболявания до образованието, професионалните постижения, икономическия статус и качеството на живот,
- АВ. като има предвид, че неравнопоставеността в здравеопазването има значителни икономически последици за ЕС и държавите-членки; като има предвид, че загубите, свързани с неравнопоставеността в здравеопазването, се оценяват на приблизително 1,4 % от БВП,
- АГ. като има предвид, че в много държави от ЕС справедливият достъп до здравеопазване за мигранти без документи не е гарантиран на практика или в законодателството,
- АД. като има предвид, че в държавите-членки членовете на различни социални групи (например хора с увреждания) все още се сблъскват с препятствия при равноправния прием в здравни заведения, което ограничава достъпа им до здравно обслужване,
- АЕ. като има предвид, че при застаряване на тяхното население държавите-членки са изправени пред проблеми, свързани със зависимост и увеличена необходимост от гериатрични грижи и лечение; като има предвид, че затова е необходима промяна в организацията на здравеопазването; и като има предвид, че неравнопоставеността на възрастните хора по отношение на достъпа до здравеопазване се увеличава,
1. Приветства ключовите предложения, направени от Комисията в нейното съобщение, озаглавено: „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС“: 1) по-справедливо разпределение на услугите в сферата на здравеопазването като част от общото социално-икономическо развитие; 2) подобряване на базите данни и знания (включително механизмите за измерване, мониторинг, оценка и докладване); 3) поемане на ангажимент от обществото като цяло за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването; 4) посрещане на нуждите на уязвимите групи; и 5) подобряване на приноса на политиките на ЕС за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването;
 2. Подчертава значението на предоставянето на услуги в областта на здравеопазването по начин, съответстващ на основните права; посочва необходимостта от поддържане и подобряване на общия достъп до системите на здравеопазване и до достъпни здравни грижи;
 3. Изтъква, че е важно да бъде подобрен достъпът до профилактика на болестите, укрепване на здравето, първични и специализирани здравни грижи и да бъде намалена неравнопоставеността между различните социални и възрастови групи, и подчертава, че тези цели биха могли да бъдат постигнати посредством оптимизацията на публичните разходи за профилактично и лечебно здравеопазване и целеви програми за уязвимите групи;

Вторник, 8 март 2011 г.

4. Призовава Комисията и държавите-членки да активизират все повече усилията си за справяне със социално-икономическата неравнопоставеност, които накрая биха създали възможност за намаляване на част от тази неравнопоставеност в здравеопазването; освен това, въз основа на универсалните ценности на ЕС – човешко достойнство, свобода, равенство и солидарност, призовава Комисията и държавите-членки да се съсредоточат върху потребностите на уязвимите групи, включително на мигрантите в неравностойно положение, етническите малцинства, децата и юношите, хората с увреждания, като особено внимание се обърне на психичните заболявания, както и пациентите с диагностицирани хронични заболявания или оплаквания, по-възрастните хора, живеещите в бедност хора и хората, страдащи от алкохолизъм и наркомания;
5. Призовава държавите-членки да гарантират, че по-уязвимите групи от населението, включително мигрантите без документи, имат право на справедлив достъп до здравно обслужване и че той им се предоставя; призовава държавите-членки да оценят дали е осъществима подкрепата за здравеопазването по отношение на нередовните мигранти, като се представи определение въз основа на общите принципи за основните елементи на здравеопазването съобразно определението в националното им законодателство;
6. Призовава държавите-членки да вземат предвид специфичните изисквания за защита на здравето на жените имигранти, като обърнат специално внимание на гарантирането на предлагане на подходящи услуги за езиково посредничество от страна на здравните структури; посочените структури следва да разработват инициативи, насочени към обучение, имащо за цел да насърчи лекарите и останалите медицински работници към придобиването на межкултурен подход, основан на признаването и зачитането на многообразието и чувствителността на хората, като се взема предвид географският район, от който те произхождат; трябва също така да се считат за приоритетни действията и информационните кампании срещу практиките на генитално осакатяване на жени, включително налагане на тежки наказания за лицата, които ги извършват;
7. Призовава Европейския съюз и държавите-членки да намерят бързо решение за борба срещу дискриминацията, основаваща се на етнически произход, особено в някои държави-членки, където Директива 2000/43/ЕО на Съвета, забраняваща този тип дискриминация, не се прилага, и където жените с малцинствен етнически произход разполагат с оскъдна или никаква социална защита и слаб или никакъв достъп до здравни услуги;
8. Призовава държавите-членки да насърчават достъпа до висококачествени правни услуги и информация в сътрудничество с организациите на гражданското общество, за да помогнат на обикновените членове на обществото, включително мигрантите без документи, да научат повече за своите индивидуални права;
9. Подчертава, че икономическата и финансова криза и режимът на строги икономии, наложен в държавите-членки, особено по отношение на предлагането, може да доведе до намаляване на финансирането за здравеопазване и укрепване на здравето, профилактика на болестите и дългосрочни грижи в резултат на съкращения в бюджета и по-ниски приходи от данъци, като в същото време търсенето на здравни услуги и дългосрочни грижи може да се увеличи в резултат на съчетание от фактори, които допринасят за влошаване на здравния статус сред населението като цяло;
10. Изтъква, че неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС представлява съществено бреме за държавите-членки и техните системи на здравеопазване и че ефективното функциониране на вътрешния пазар и силните и по възможност координирани държавни политики в областта на профилактиката могат да допринесат за подобрения в тази област;
11. Изтъква, че справянето със социално-икономически фактори, като например затлъстяването, тютюнопушенето и други, достъпността на системите на здравеопазване (застрашена от невъзстановяване на разходите за грижи и лекарства, недостатъчна профилактика и фрагментираност на медицинската демография) и ефективното диагностициране, следва да се разглеждат като ключови аспекти на мерките срещу неравнопоставеността в здравеопазването и че, наред с това, достъпността, включително по отношение на цената, на фармацевтичното лечение следва също да се разглежда като ключов аспект за здравето на отделните граждани; следователно призовава държавите-членки да гарантират, че Директивата за прозрачност (89/105/ЕИО) се прилага правилно и че се предприемат подходящи мерки по отношение на заключенията от съобщението на Комисията от 2008 г. относно проучването на фармацевтичния сектор;
12. Изтъква, че здравеопазването не е и не бива да се разглежда като общо благо или услуга;

Вторник, 8 март 2011 г.

13. Призовава Съвета и държавите-членки да приложат и извършат оценка на новите мерки за подобряване на ефективността на техните разходи за здравеопазване, по-конкретно чрез инвестиране в профилактични здравни грижи, за да се намалят бъдещите дългосрочни разходи и социални тежести, и да реструктурират системите на здравеопазване, така че да се предостави справедлив достъп до висококачествени здравни грижи (по-специално рутинни медицински грижи) в целия ЕС без дискриминация, и насърчава Комисията да направи проучване на използването на съществуващите европейски средства, за да се насърчат допълнително инвестициите в здравната инфраструктура, научноизследователската дейност и обучение и да се насърчи и ускори здравната профилактика;
14. Призовава Комисията и държавите-членки да гарантират, че в техните здравни политики и програми са включени справедлив достъп до здравни услуги и възможности за лечение на възрастните пациенти, и да определят подходящия достъп до здравеопазване за възрастните хора като приоритет за Европейската година на активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията през 2012 г.; призовава държавите-членки да насърчават инициативи с цел преодоляване на социалното изолиране при възрастните пациенти, тъй като това има значително въздействие върху здравето на пациента в дългосрочен план; подчертава, че е необходимо Европейският съюз и неговите държави-членки чрез подходяща дългосрочна стратегия да предвидят социалното и икономическото въздействие от застаряването на европейското население, с цел да се гарантира финансова и организационна устойчивост на системите за здравеопазване, както и равностойно и непрекъснато предоставяне на грижи за пациентите;
15. Призовава държавите-членки да подобрят способността си да следят отблизо социалните последици от кризата на национално, регионално и местно равнище;
16. Призовава Комисията да подпомага обмяната на опит във връзка с насърчаването на здравното образование, насърчаването на здравословен начин на живот, профилактиката, ранната диагностика и подходящото лечение, по-специално във връзка с консумацията на алкохол, тютюнопушенето, хранителния режим и затлъстяването и наркотиците; призовава държавите-членки да насърчават физическата активност, правилното хранене и програмите за „здравословни училища“, насочени към децата, особено в райони с по-неблагоприятно положение и да подобряват равнището на личното, социалното и здравното образование, с цел насърчаване на по-здравословно поведение и свързано с начина на живот положително поведение;
17. Насърчава всички държави-членки да инвестират в инфраструктура за социални, образователни, екологични и здравни услуги, съгласно принципа „здраве във всички политики“, като в същото време съгласуват действия с оглед на квалификацията, обучението и мобилността на здравните специалисти, като по този начин осигуряват капацитет и устойчивост на здравната инфраструктура и работна сила на равнище ЕС, така и на национално равнище;
18. Подчертава, че неравнопоставеността в здравеопазването в Съюза няма да се преодолее без обща и цялостна стратегия за работната сила в европейския сектор на здравеопазването, включително координирани политики за управление на ресурсите, образование и обучение, минимални стандарти за качество и безопасност, както и регистрацията на специалистите в областта;
19. Призовава държавите-членки да гарантират, че информацията относно здравеопазването, здравословния начин на живот, възможностите за профилактика, ранната диагностика на заболяванията и подходящото лечение е налице във вид и на език, разбираем за всеки, като се използват новите информационни и комуникационни технологии и се обърне особено внимание на здравните услуги онлайн;
20. Призовава държавите-членки да насърчават въвеждането на технологии за телемедицина, които значително могат да ограничат географските различия при достъпа до определени видове здравни услуги, и по-специално лечението от специалисти, най-вече в граничните региони;
21. Призовава държавите-членки да насърчават политики, имащи за цел гарантирането на здравословни условия за живот за всички пеленачета, деца и юноши, включително грижи преди зачеването, грижи за майчиното здраве и действия за подкрепа на родителите, по-конкретно бременните жени и кърмачките, с оглед гарантиране на здравословен старт в живота на всички новородени и да избягване на допълнителни, свързани със здравето неравенства, като по този начин признават значението на инвестирането в ранното детско развитие и подходите, основани върху цялостния жизнен път;

Вторник, 8 март 2011 г.

22. Призовава държавите-членки да гарантират, че всички бременни жени и деца, независимо от техния статут, имат право и действително получават социална защита, както е определено в националното им законодателство;
23. Припомня задължението на ЕС по Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания да гарантира правото на хората с увреждания на най-високи възможни стандарти на здравеопазване, без дискриминация въз основа на инвалидност; настоява, че включването на уврежданията във всички съответни здравни показатели за измерване е ключова стъпка към изпълнението на това задължение;
24. Призовава ЕС и държавите-членки да включат здравословното състояние на жените и проблема със застаряването (възрастните жени) като част от подхода за равенство между половете и да използват съобразено с половете бюджетно планиране в своите политики, програми и изследвания в областта на здравеопазването от разработването и проектирането им до оценката на въздействието; призовава финансираната от ЕС рамка за научноизследователските програми и финансираните с публични средства агенции да включат в политиките си отчеташа половото измерение оценка на въздействието и да предвидят събирането и анализа на специфични за половете и възрастта данни с оглед на идентифициране на ключови разлики между жените и мъжете във връзка със здравеопазването с цел подкрепа на промяна в политиката и въвеждане и съпоставяне на епидемиологични средства за анализ на причините за различието между продължителността на живота между мъжете и жените;
25. Счита, че ЕС и държавите-членки следва да гарантират на жените лесен достъп до противозачатъчни средства, както и правото на безопасен аборт;
26. Призовава Комисията да представи на държавите-членки примери за добри и най-добри практики с цел насърчаване на по-голямо еднообразие в достъпа до лечение на безплодието;
27. Призовава ЕС и държавите-членки да се съсредоточат върху правата на човека на жените, по-конкретно като предотвратяват и забраняват насилствена стерилизация на жени, както и генитално осакатяване на жени и преследват по съдебен ред лицата, които ги извършват;
28. Призовава ЕС и държавите-членки да признаят насилието на мъже срещу жени за проблем на общественото здраве, независимо от неговата форма.
29. Призовава ЕС и държавите-членки да предприемат необходимите мерки във връзка с достъпа до технологиите за асистирана репродукция, с цел премахване на дискриминацията спрямо жените въз основа на семейно положение, сексуална ориентация, както и етническа или културна принадлежност;
30. Призовава държавите-членки да последват Световната здравна организация в признаването на затлъстяването като хронично заболяване и във връзка с това да предоставят достъп до програми за профилактика на затлъстяването и да се гарантира достъп до лечение с доказани данни за положителен медицински резултат за лица, страдащи от затлъстяване и изискващи лечение, също с оглед да се предотврати развитието на по-нататъшни заболявания;
31. Призовава ЕС и държавите-членки да интегрират измерението на социалния пол в контрола на тютюнопушенето съгласно препоръките на Рамковата конвенция на СЗО за борба с тютюнопушенето и да предприемат кампании за борба с тютюнопушенето, насочени към млади момичета и жени;
32. Призовава държавите-членки да насърчават и подкрепят медицинските и фармацевтичните изследвания на заболявания, които засягат предимно жените във всички етапи на живота им, а не само през репродуктивната възраст;
33. Призовава държавите-членки да разрешат проблема с неравенството на достъпа до здравни грижи, които засягат ежедневния живот на хората, например в областта на зъболекарските услуги и офталмологията;

Вторник, 8 март 2011 г.

34. Предлага ЕС и държавите-членки да въведат последователни политики и мерки за подкрепа по отношение на жените, които са без работа или заемат работни места в сектори, където не разполагат с лични здравни осигуровки и да потърсят начини за тяхното осигуряване;
35. Настоятелно приканва Комисията, в контекста на сътрудничество с компетентните органи на държавите-членки, да насърчава най-добрите практики в областта на ценообразуването и възстановяването на разноски за лекарства, включително приложимите модели за ценови различия на фармацевтичните продукти с цел оптимизиране на достъпността и намаляване на неравенството при достъпа до лекарства;
36. Припомня, че приемането на Европейски патент, с необходимия езиков режим и единна система за решаване на спорове, е от ключово значение за съживяването на европейската икономика;
37. Отбелязва, че осъществената работа в рамките на комисията по вътрешния пазар и защита на потребителите по отношение на безопасността на продуктите и рекламирането им, наред с други теми, помогна за предприемането на мерки по отношение на определени аспекти на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС и във връзка с това изтъква значението на наблюдението отблизо на информацията, която фармацевтичните фирми предоставят на пациентите, особено най-уязвимите и най-малко информираните групи, както и необходимостта от ефективна и независима система на фармакологична бдителност;
38. Призовава държавите-членки да приспособят системите си на здравеопазване към потребностите на групите в най-неблагоприятно положение чрез разработване на методи на определяне на таксите, събирани от здравните специалисти, които да гарантират достъп до здравеопазване за всички пациенти;
39. Настоятелно приканва Комисията да положи всички усилия за насърчаване на държавите-членки да предлагат възстановяване на разноските на пациентите, както и да направят всичко, което е от съществено значение за намаляване на неравенството на достъпа до лекарствени средства за лечението на състояния или болести, като например остеопороза след менопаузата и болестта на Алцхаймер, разноските за които не се възстановяват в някои държави-членки, като пристъпят към това незабавно;
40. Подчертава, че наред с националните правителства в много държави регионалните органи играят важна роля по отношение на общественото здраве, укрепването на здравето, профилактиката на болестите и здравните услуги и това налага активното участие от тяхна страна; изтъква, че от изключително важно значение е и приносът от страна на регионалните и местните органи на управление и другите заинтересовани страни, включително по месторабота и в училищата, по-конкретно по отношение на здравното образование, насърчаването на здравословен начин на живот, ефективната профилактика и ранната диагностика на болестите;
41. Призовава държавите-членки да подкрепят подход за „местни грижи“ и да предоставят интегрирано здравеопазване, достъпно на местно или регионално равнище, което позволява на пациентите да бъдат по-добре подкрепяни в собствената си местна и социална среда;
42. Насърчава всички държави-членки да преоценят своите политики по въпроси, които оказват значително въздействие върху неравнопоставеността в здравеопазването, като политиките за тютюна, алкохола, храните, фармацевтичните продукти, общественото здраве и предоставянето на здравни грижи;
43. Насърчава държавите-членки да развият партньорства в граничните райони с цел поделение на разходите за инфраструктура и персонал и да намаляват неравнопоставеността по отношение на здравеопазването, в частност по отношение на равния достъп до най-съвременно оборудване;
44. Изисква от Комисията да проучи въздействието на решенията, основани на национални и регионални оценки на ефективността на лекарствата и медицинските изделия на вътрешния пазар, включително по отношение на достъпа на пациентите, нововъведенията в областта на новите продукти и медицински практики, които са някои от основните елементи, оказващи въздействие върху равнопоставеността в здравеопазването;

Вторник, 8 март 2011 г.

45. Счита, че изпълнението на Директивата 2011/24/ЕС относно правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване следва да се последва от оценки на въздействието с цел възможно най-точно измерване на нейната ефективност за борбата с неравнопоставеността в здравеопазването и гарантиране, че тя поддържа подходящо равнище на обществена защита и гарантира безопасността на пациентите, особено по отношение на географското разпределяне на човешките и материалните медицински ресурси;

46. Отбелязва, че висококачественото и ефективно трансгранично здравно обслужване изисква повишена прозрачност на информацията за обществеността, пациентите, регулаторните органи и предоставящите здравно обслужване по широк кръг въпроси, сред които са правата на пациентите, достъпът до обезщетения и разпоредбите относно здравните специалисти;

47. Изразява съжаление поради факта, че Директивата относно трансграничното здравно обслужване не е придружена от законодателно предложение относно мобилността на здравните специалисти, като се отчита рискът от „изтичане на мозъци“ в рамките на ЕС, който би увеличил до опасна степен географската неравнопоставеност в някои държави-членки, и призовава Комисията да поправи този пропуск, евентуално в контекста на бъдещото преразглеждане на Директивата относно професионалните квалификации (2005/36/ЕО);

48. Настоятелно приканва държавите-членки към цялостно изпълнение на съществуващата Директива относно професионалните квалификации (2005/36/ЕО); с оглед на сложния характер на медицинските квалификации, насърчава Комисията, в своята оценка и преглед на директивата, да обърне внимание на някои от регулаторните пропуски, които е възможно да оставят пациентите уязвими и да накърнят тяхното право на безопасно лечение; приканва Комисията също да обмисли това, дали да направи регистрацията в системата за информация относно вътрешния пазар задължителна за компетентните органи, и да подобри степента, в която компетентните органи могат активно по собствена инициатива да споделят дисциплинарна информация относно специалисти в областта на здравеопазването чрез създаване на подходящ механизъм за предупреждение;

49. Настоятелно приканва Комисията, в предстоящото си законодателно предложение в областта на професионалните квалификации, да включи подобрен механизъм за признаване на квалификациите в държавите-членки;

50. Изтъква, че увеличаването на нововъведенията често води до по-голяма достъпност до лечение, което е особено важно за изолираните или за селските общности;

51. Призовава Комисията да насърчава, заедно с държавите-членки, разработването на услуги в областта на телемедицината като средство за ограничаване на географските неравенства при предоставянето на здравни услуги на регионално и местно равнище;

52. Призовава Съвета и Комисията да зачетат в по-голяма степен, в рамките на стратегията Европа 2020, факта, че физическото и психическото здраве и благосъстояние представляват ключ към борбата срещу изолацията, да включат сравнителни показатели, класифицирани по социално-икономически статус и състоянието на общественото здраве в процедурите по наблюдение на стратегията Европа 2020, както и да вземат предвид основаващата се на възрастта дискриминация, по-специално във връзка с клиничните опити за лечения, съответстващи в по-голяма степен на нуждите на възрастните хора;

53. Счита, че ЕС и държавите-членки трябва да подкрепят гражданското общество и женските организации, които насърчават човешките права на жените, включително техните сексуални и репродуктивни права, правото на здравословен начин на живот и правото на работа, за да гарантират, че жените имат думата по въпросите на европейската и националната здравна политика;

54. Насърчава всички държави-членки да укрепват и изграждат капацитет и международен обмен и сътрудничество между всички заинтересовани многосекторни участници в разработването и прилагането на политики за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването;

Вторник, 8 март 2011 г.

55. Призовава държавите-членки да подкрепят и прилагат интегриран подход при създаването на политиките на местно, регионално и национално равнище, като по този начин се стремят към „подход за здраве във всички политики“ (HiAP);
56. Призовава Комисията и държавите-членки към разработване на общ набор от показатели за наблюдение на неравнопоставеността в здравеопазването по възраст, пол, социално-икономически статус, географското положение и на рисковете, които произтичат от алкохолизма и пристрастяването към наркотици, и към определяне на методология за одит на положението на здравеопазването в държавите-членки с цел идентифициране и определяне на приоритетни области за подобряване и най-добри практики;
57. Подчертава, че неравнопоставеността в областта на здравеопазването се корени в социалното неравенство изразено в условията на живот и образците за социално поведение, свързани с пола, расата, образователните стандарти, заетостта и неравното разпределение не само на доходите, но и на медицинската помощ, здравната профилактика и услугите в областта на укрепване на здравето;
58. Подчертава, че здравните рискове за членовете на необлагодетелствани (по-бедни) социални категории стоят зад проблема на неравнопоставеността в областта на здравеопазването, като се има предвид, че тези рискове се утежняват от комбинирането на бедността с други форми на уязвимост;
59. Призовава Комисията да гарантира, че задачите за намаляване на неравнопоставеността в областта на здравеопазването и за подобряване на достъпа до услуги, свързани с физическото и психическото здраве изцяло се разглеждат и се включват в текущите инициативи като например Партньорството за активен живот на възрастните хора и Платформата на ЕС за борба с бедността и социалното изключване и в бъдещи инициативи, свързани с развитието в ранна детска възраст и политиките за младежта, съсредоточени върху образованието, обучението и заетостта;
60. Призовава за по-добра координация между агенциите на ЕС, които трябва да играят основна роля в борбата срещу неравнопоставеността в областта на здравеопазването, и по-специално между Европейската фондация за подобряване на условията на живот и труд, Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията и Европейската агенция за безопасност и здраве при работа;
61. Призовава Комисията към подпомагане на държавите-членки за по-пълноценно използване от тяхна страна на отворения метод на координация за подкрепа на проекти, насочени към факторите, обуславящи неравнопоставеността в областта на здравеопазването;
62. Призовава Комисията да разработи начини за ангажиране на участието на всички заинтересовани страни на европейско равнище за насърчване на разбирането и разпространение на добри практики в областта на общественото здравеопазване;
63. Обръща внимание на изключителната важност, наред с другите здравни фактори, на разнообразното и висококачествено хранене и в тази връзка призовава Комисията да използва в по-голяма степен ефективните програми в рамките на ОСП (безплатно раздаване на мляко и плодове в училищата и на храни за най-необлагодетелстваните групи);
64. Призовава държавите-членки да създадат мрежа за специализирани социални и здравни услуги и за услуги за предоставяне на консултация, които да са подкрепени и чрез телефонни линии за жените, двойките и семействата, с цел предотвратяване на домашно насилие и предоставяне на заинтересуваните лица на квалифицирана и професионална подкрепа и помощ, в сътрудничество с другите компетентни институции;
65. Призовава Комисията към подпомагане на държавите-членки за по-пълноценно използване от тяхна страна на политиката на сближаване на ЕС и на структурните фондове в подкрепа на дейности, които допринасят за справяне със социалните фактори, обуславящи здравето, и за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването; също така призовава Комисията да подпомогне държавите-членки по-добре да използват програмата „ПРОГРЕС“;

Вторник, 8 март 2011 г.

66. Призовава държавите-членки да прекратят осъществяването в момента съкращаване на публичните разходи, предназначени за здравни услуги, които играят решаваща роля за постигането на високо равнище на опазване на здравето на жените и мъжете;
67. Призовава Комисията за включване на подход, основан на определящите здравето икономически и екологични фактори и на „справедливост и здраве във всички политики“ при разработването на всички вътрешни и външни политики на ЕС, особено с оглед на постигането на Целите на хилядолетието за развитие, и по-конкретно доброто здравословно състояние на майките;
68. Настоятелно призовава всички държави-членки да признаят важността на здравето за обществото и да отчитат не само основания на БВП подход при измерването на общественото, общностното и индивидуалното развитие;
69. Призовава Съвета към насърчаване на усилията за решаване на проблема с неравнопоставеността в здравеопазването като приоритетен въпрос на политиката във всички държави-членки, като се вземат предвид определящите здравето социални фактори и рисковите фактори, свързани с начина на живот, като алкохола, тютюнопушенето и храненето, посредством действия в области на политиките като например политиката за потребителите, заетостта, жилищното настаняване, социалната политика, околната среда, селското стопанство и храните, образованието, условията на живот и труд и изследователската дейност, съобразно с принципа „здраве във всички политики“;
70. Призовава Комисията да подкрепя дейности, финансирани по настоящия и бъдещия план за действие в областта на общественото здраве, които целят справяне с обуславящите здравето социални фактори;
71. Призовава Комисията да изготви насоки за подобряване на механизмите за наблюдение на неравнопоставеността в здравеопазването в целия ЕС (между държавите-членки и вътре в тях) посредством подобряване на събирането на данни чрез натрупване на по-систематична и сравнима информация, която да допълва съществуващите данни за неравнопоставеността в здравеопазването и посредством редовен мониторинг и анализ;
72. Изисква от Комисията да обмисли изготвянето на предложение за препоръка до Съвета, или друга подходяща инициатива на Общността, насочена към насърчаване и развиване от страна на държавите-членки на интегрирани национални или регионални стратегии за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването;
73. Призовава Комисията, в своите доклади за напредъка, да направи оценка на ефективността на мерките за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването и подобренията в здравеопазването в резултат на политиките, свързани с определящите здравето социални, икономически и екологични фактори;
74. Призовава Комисията да прилага „подхода за здраве във всички политики“ при създаването на политики на равнището на ЕС и да извършва ефективни оценки на въздействието, които отчитат резултатите, свързани с равнопоставеността в здравеопазването;
75. Твърди, че отворените, конкурентни и правилно функциониращи пазари могат да стимулират нововъведенията, инвестициите и научноизследователската работа в сектора на здравеопазването, и признава, че това трябва да се съпътства от силна финансова подкрепа за публичните научни изследвания, с цел по-нататъшно развитие на модели на устойчиво и ефективно здравеопазване и насърчаване на развитието на нови технологии и техните приложения в областта (например телемедицина), както и от обща методология за оценка на технологиите в здравеопазването, като всичко това следва да бъде от полза за всяко лице, включително онези на по-ниско социално-икономическо равнище, като се отчита застаряването на населението;
76. Призовава Комисията и държавите-членки да подкрепят програмите за информиране и повишаване на осведомеността на обществеността, както и да засилят диалога с гражданското общество, социалните партньори и НПО във връзка със здравеопазването и медицинските услуги;
77. Счита за съществено да бъде увеличен броят на жените, участващи в разработването на здравните политики, в планирането на програмите и в предоставянето на услуги в областта на здравеопазването;
78. Възлага на своя председател да предаде настоящата резолюция на Съвета и Комисията.