

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

67. atgādina, ka katru gadu jaunattīstības valstīs ar tādiem nelikumīgiem līdzekļiem kā nelegāla kapitāla plūsmas un izvairīšanās no nodokļu maksāšanas tiek zaudēti aptuveni EUR 800 miljardi, t.i., summa, kas desmitkārt pārsniedz OAP apmēru, un šādas situācijas novēršanai un izskaušanai varētu būt izšķiroša nozīme TAM sasniegšanā; mudina ES un dalībvalstis par galveno darba kārtības prioritāti visos starptautiskajos forumos noteikt cīņu pret nodokļu oāzēm, korupciju un ļaunprātīgām nodokļu struktūrām, lai jaunattīstības valstis varētu palielināt iekšzemes ieņēmumus;

68. atgādina, ka G20 valstīm ir kolektīvas saistības mazināt krīzes ietekmi uz jaunattīstības valstīm, kuras smagi skāra šīs krīzes netiešās sekas;

69. lai nodrošinātu OAP pārredzamību, mudina, ka ir jāpanāk pārskatatbildība, palīdzības jomā nostiprinot valstu kontroles mehānismus un parlamentārās pārbaudes; aicina ES un G20 valstis ievērot noteikto darba kārtību, lai izskaustu nodokļu oāzes un nodokļu slepenību, veicinot ziņojumu sniegšanu par katru valsti;

70. aicina Padomi un Komisiju popularizēt un censties attīstības jomā ieviest novatoriskus finanšu instrumentus, tādus kā starptautisko finanšu darījumu nodoklis, transporta nodevas, pasākumi nelikumīga kapitāla plūsmu apkarošanai un pārvedumu izmaksu samazināšana vai atvieglošana;

71. norāda, ka ekonomikas un finanšu krīze daudzas jaunattīstības valstis iedzīs jaunā parādu krīzē, un aicina Komisiju un dalībvalstis no jauna censties atvieglināt jaunattīstības valstu parādu slogu;

72. atgādina, ka jaunattīstības valstis ir vissliktāk sagatavotas klimata pārmaiņu novēršanai un kopumā, šķiet, visvairāk cieš no šīs parādības; aicina īstenot ES finansiālās saistības, kuras uzņēmās, noslēdzot Kopenhāgenas vienošanos un izveidojot Pasaules klimata pārmaiņu aliansi; mudina ES uzņemties rūpnieciski attīstīto valstu kopīgo iniciatīvu vadību, lai dotu lielāku un mērķtiecīgāku ieguldījumu to trešās pasaules valstu attīstības atbalstīšanā, par kurām ES ir vēsturiski atbildīga;

*

* *

73. uzdod priekšsēdētājam nosūtīt šo rezolūciju Eiropas Parlamenta Politikas uzdevumu komitejai, Komisijai, Eiropadomei, EIB, ECB, SVF un ĀKK un ES Apvienotajai parlamentārajai asamblejai.

Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā

P7_TA(2011)0081

Eiropas Parlamenta 2011. gada 8. marta rezolūcija par nevienlīdzības samazināšanu veselības jomā ES (2010/2089(INI))

(2012/C 199 E/04)

Eiropas Parlaments,

— ņemot vērā Līguma par Eiropas Savienības darbību 168. un 184. pantu,

— ņemot vērā Līguma par Eiropas Savienību 2. pantu,

— ņemot vērā Eiropas Savienības Pamattiesību hartas 35. pantu,

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

- ņemot vērā Eiropas Savienības Pamattiesību hartas 23. pantu par vīriešu un sieviešu līdztiesību visās jomās,
- ņemot vērā Komisijas paziņojumu “Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES” (COM(2009)0567),
- ņemot vērā Eiropas Parlamenta un Padomes 2007. gada 23. oktobra Lēmumu Nr. 1350/2007/EK, ar ko izveido otro Kopienas rīcības programmu veselības aizsardzības jomā (2008.-2013. gadam) ⁽¹⁾,
- ņemot vērā Padomes 2009. gada 26. novembra Lēmumu 2010/48/EK par to, lai Eiropas Kopiena noslēgtu Apvienoto Nāciju Organizācijas Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām ⁽²⁾,
- ņemot vērā Sociālās aizsardzības komitejas atzinumu “Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES”,
- ņemot vērā Padomes 2010. gada 8. jūnija secinājumus “Taisnīguma un veselības aizsardzības jautājumi visās politikas jomās – solidaritāte veselības aizsardzībā”,
- ņemot vērā ziņojumu par Sociālās aizsardzības komitejas un Komisijas 2. kopīgo novērtējumu par ekonomikas krīzes sociālo ietekmi un politiskajiem risinājumiem,
- ņemot vērā Padomes secinājumus par Eiropas Savienības veselības aizsardzības sistēmu kopējām vērtībām un principiem ⁽³⁾,
- ņemot vērā Padomes 2008. gada 20. novembra rezolūciju par jauniešu veselības aizsardzību un labklājību,
- ņemot vērā Veselību sociālo faktoru komitejas gala ziņojumu (PVO, 2008),
- ņemot vērā Reģionu komitejas atzinumu “Solidaritāte veselības aprūpē — nevienlīdzības mazināšana veselības jomā ES” ⁽⁴⁾,
- ņemot vērā 2007. gada 1. februāra rezolūciju par veselīga uztura un fiziskās aktivitātes veicināšanu — liekā svara, aptaukošanās un hronisko slimību profilakse Eiropas mērogā ⁽⁵⁾, kā arī 2008. gada 25. septembra rezolūciju par Balto grāmatu par Eiropas stratēģiju attiecībā uz uzturu, lieko svaru un veselības jautājumiem, kas saistīti ar aptaukošanos ⁽⁶⁾,
- ņemot vērā 2008. gada 9. oktobra rezolūciju par Balto grāmatu “Kopā par veselību. ES Stratēģiskā pieeja 2008.–2013. gadam” ⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ OV L 301, 20.11.2007., 3. lpp.

⁽²⁾ OV L 23, 27.1.2010., 35. lpp.

⁽³⁾ OV C 146, 22.6.2006., 1. lpp.

⁽⁴⁾ OV C 232, 27.8.2010., 1. lpp.

⁽⁵⁾ OV C 250 E, 25.10.2007., 93. lpp.

⁽⁶⁾ OV C 8 E, 14.1.2010., 97. lpp.

⁽⁷⁾ OV C 9 E, 15.1.2010., 56. lpp.

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

- ņemot vērā Reglamenta 48. pantu,
- ņemot vērā Vides, sabiedrības veselības un pārtikas nekaitīguma komitejas ziņojumu un Iekšējā tirgus un patērētāju aizsardzības komitejas un Sieviešu tiesību un dzimumu līdztiesības komitejas atzinumus (A7-0032/2011),
 - A. tā kā universalitāte, kvalitatīvas aprūpes pieejamība, taisnīgums un solidaritāte ir kopīgas vērtības un principi, kas ir ES dalībvalstu veselības sistēmu pamatā;
 - B. tā kā, neraugoties uz to, ka iedzīvotāji vidēji dzīvo ilgāk un veselīgāk nekā iepriekšējās paaudzes, sabiedrības novecošanas kontekstā ES sastopas ar nopietnu problēmu — ievērojamām atšķirībām fiziskās un garīgās veselības jomā, kas pastāv un pieaug starp dažādām ES dalībvalstīm un arī to iekšienē;
 - C. tā kā paredzamā mūža ilguma atšķirības starp zemākām un augstākām sociālekonomiskajām grupām sasniedz 10 gadus vīriešiem un sešus gadus sievietēm;
 - D. tā kā dzimumu aspekts paredzamā dzīves ilguma jomā arī ir svarīgs jautājums, kas jārisina saistībā ar nevienlīdzību veselības jomā;
 - E. tā kā papildus ģenētiskiem faktoriem veselību vislielākā mērā ietekmē iedzīvotāju dzīvesveids, piekļuve aprūpei, tostarp informācijai un izglītībai veselības jomā, slimību profilaksei, kā arī piekļuve īstermiņa un ilgtermiņa slimību ārstēšanai; tā kā zemākās sociālekonomiskās grupas vairāk apdraud uzturvielu nepietiekamība, kā arī atkarība no alkohola un tabakas — šie ir faktori, kas veicina daudzas slimības un saslimšanas, tostarp sirds asinsvadu slimības un vēzi;
 - F. tā kā nevienlīdzība veselības jomā starp cilvēkiem ar augstāku un zemāku izglītību, dažādām nodarbinātības grupām un atšķirīgu ienākumu grupām ir sastopama visās dalībvalstīs;
 - G. tā kā ir dati, ka dzimumu aspekts ir svarīgs arī nepareiza uztura jomā, saskaņā ar kuriem sievietes vairāk cieš no nepareiza uztura un šī nevienlīdzība saasinās, sociālekonomiskajam slānim pazeminoties;
 - H. tā kā dzimumu un vecumu nevienlīdzība biomedicīniskajā pētniecībā un sieviešu nepietiekamā pārstāvētība klīniskos izmēģinājumos negatīvi ietekmē pacientu aprūpi;
 - I. tā kā ar veselību saistītas nevienlīdzības līmeņa salīdzinoša noteikšana ir pirmais solis ceļā uz efektīvu rīcību;
 - J. tā kā saslimstības rādītāji parasti ir augstāki grupās ar zemu izglītības, kvalifikācijas un ienākumu līmeni un būtiska izplatības nevienlīdzība ir vērojama arī attiecībā uz specifisku invaliditātes veidu un hronisku nelipīgu slimību, mutēs, dobuma slimību un garīgo slimību paveidu lielāko daļu;
 - K. tā kā ātri pieaug tabakas lietošana sieviešu, īpaši jaunu sieviešu, vidū, kas postoši ietekmēs viņu veselību nākotnē; tā kā smēķēšanas atstātajām sekām uz sievietēm ir jāpieskaita daudzas problēmas, kas tās vēl vairāk palielina;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

- L. tā kā Komisija ir norādījusi, ka visās ES dalībvalstīs veselības gradientu ietekmē sociālie faktori (Komisijas 2010. gada 20. oktobra paziņojums "Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES"); un tā kā Pasaules Veselības organizācija definē šo sociālo gradientu, kā sakarību starp sociālekonomisko nevienlīdzību ar nevienlīdzību veselības jomā un nevienlīdzību veselības aprūpes pieejamībā;
- M. tā kā vairāki projekti un pētījumi ir apstiprinājuši, ka jo īpaši liekā svara un aptaukošanās problēmu izplatība ir saistīta ar agrīnām atšķirībām sociālekonomiskajā vidē un augstākie liekā svara un aptaukošanās rādītāji ir reģistrēti zemākajās sociālekonomiskajās grupās; tā kā šī situācija var novest pie vēl lielākas nevienlīdzības veselības un sociālekonomiskā ziņā, jo palielinās to saslimšanu risks, kas saistīts ar aptaukošanos;
- N. tā kā neraugoties uz sociālekonomisko un vides jomas progresu, kas kopumā uzlaboja tautas veselības stāvokli ilgtermiņā tomēr joprojām nevienlīdzību veselības jomā joprojām tieši ietekmē vairāki faktori, piemēram, higiēna, dzīves un darba apstākļi, nepareizs uzturs, izglītība, ienākumu līmenis, alkohola patēriņš un smēķēšana;
- O. tā kā ir sagaidāms, ka klimata pārmaiņas potenciāli ietekmēs veselību vairākos veidos, jo biežāki kļūs ekstremāli laika apstākļi, piemēram, karstuma viļņi un plūdi, mainīsies infekcijas slimību izplatība, kā arī pieaugs ultravioletā starojuma iedarbība; tā kā ne visas ES dalībvalstis ir vienlīdz gatavas risināt šīs problēmas;
- P. tā kā nevienlīdzība veselības jomā rodas ne tikai vairāku ekonomisku, vides un ar dzīves veidu saistītu faktoru ietekmē, bet to izraisa arī problēmas, kas saistītas ar veselības aprūpes pieejamību;
- Q. tā kā nevienlīdzība veselības jomā ir saistīta arī ar veselības aprūpes pieejamības problēmām — gan ekonomisku iemeslu dēļ (ne tik daudz nopietnas ārstēšanas jomā, kas tiek dalībvalstīs korekti nodrošināta, bet attiecībā uz ikdienišķiem pakalpojumiem, piemēram, zobārstniecību un acu aprūpi), gan medicīnisko resursu nevienmērīgas izplatības dēļ dažās ES daļās;
- R. tā kā profesionālu medicīnas darbinieku trūkums dažās ES daļās, kā arī medicīnas darbinieku iespējas bez sarežģījumiem pārcelties uz citām ES daļām ir nopietna problēma, un tā kā šī iemesla dēļ rodas būtiska nevienlīdzība attiecībā uz veselības aprūpes pieejamību un pacientu drošību;
- S. tā kā cilvēkiem, kuri dzīvo attālās un salu teritorijās joprojām, ir ierobežota savlaicīgas un kvalitatīvas veselības aprūpes pieejamība;
- T. tā kā pacienti, kas dzīvo ar hroniskām slimībām vai saslimšanām, ir īpaša grupa, kam jāsaņemas ar nevienlīdzību attiecībā uz diagnozes un aprūpes pieejamību, sociālajiem un cita veida atbalsta pakalpojumiem, kā arī jāsaņemas ar problēmām finansiālā jomā, nodarbinātības jomā, jāpiedzīvo sociālā diskriminācija un stigmatizācija;
- U. tā kā vardarbība pret sievietēm ir plaši izplatīta parādība visās valstīs un visos sociālajos slāņos un tā smagi ietekmē sievietes un bērnu fizisko un emocionālo veselību;
- V. tā kā neauglība ir Pasaules Veselības organizācijas atzīta veselības problēma, kas jo īpaši ietekmē sievietes veselību, un tā kā Apvienotās Karalistes Valsts līmeņa apsekojums atklāja, ka vairāk nekā 94 % sievietes, kuras cieš no neauglības, cieš arī no dažādiem depresijas paveidiem;
- W. tā kā starp dalībvalstīm pastāv ļoti lielas atšķirības neauglības ārstēšanas iespēju ziņā;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

- X. tā kā atbilstīgi Eirostata — ES oficiālā statistikas dienesta datiem bezdarba līmenis 27 ES dalībvalstīs 2010. gada septembrī sasniedza 9,6 %, un tā kā Eiropas Savienības Padomes Sociālās aizsardzības komitejas 2010. gada 20. maija atzinumā ir paudusi bažas, ka pašreizējā ekonomikas un finanšu krīze negatīvi ietekmēs veselības aprūpes pieejamību iedzīvotājiem, kā arī dalībvalstu veselībai paredzētos budžetus;
- Y. tā kā pašreizējā ekonomikas un finanšu krīze var smagi skart veselības aprūpes nozari vairākās ES dalībvalstīs, attiecībā gan uz piedāvājumu, gan pieprasījumu;
- Z. tā kā pašreizējās ekonomikas un finanšu krīzes radītie ierobežojumi un ES draudošo demogrāfisko problēmu sekas var smagi apdraudēt dalībvalstu veselības aprūpes sistēmu finansālo un organizatorisko ilgtspējību, tādējādi apgrūtinot vienlīdzīgai aprūpes pieejamību to teritorijā;
- AA. tā kā nabadzība apvienojumā ar citiem neaizsargātības faktoriem, piemēram, bērnību vai vecumu, invaliditāti vai piederību kādai minoritātei, var arī turpmāk palielināt ar veselības nevienlīdzību saistītus riskus, un tā kā atgriezeniski — slikta veselība var novest pie nabadzības un/vai sociālās atstumtības;
- AB. tā kā pirmie dzīves gadi ietekmē dažādus veselības un labklājības aspektus visas dzīves garumā — sākot no aptaukošanās, sirds slimībām un garīgās veselības līdz izglītībai, profesionālajiem sasniegumiem, ekonomiskajam statusam un dzīves kvalitātei;
- AC. tā kā nevienlīdzība veselības jomā būtiski ietekmē ES un dalībvalstu ekonomiku; tā kā ir aprēķināts, ka ar nevienlīdzību veselības jomā saistītie zaudējumi sasniedz aptuveni 1,4 % no IKP;
- AD. tā kā neregistrētiem migrantiem daudzās ES valstīs nav nodrošināta veselības aprūpes vienlīdzīga pieejamība ne tikai praksē, bet nav paredzēta arī ar likumu;
- AE. tā kā dalībvalstīs joprojām ir gadījumi, kad dažādu sociālo grupu pārstāvji (piemēram cilvēki ar invaliditāti) saskaras ar šķēršļiem vienlīdzīgai piekļuvei veselības aprūpes iestādēm, kā dēļ viņiem tiek ierobežota veselības pakalpojumu pieejamība;
- AF. tā kā, to sabiedrībai novecojot, dalībvalstīm nākas risināt problēmas, kas saistītas ar veco ļaužu nespēju par sevi parūpēties, kā arī pieaugošu vajadzību pēc geriatriskās aprūpes un ārstēšanas; tā kā šī iemesla dēļ ir jāpārskata pieeja veselības aprūpes organizēšanai; tā kā palielinās nevienlīdzība, kas saistīta ar veselības aprūpes pieejamību veciem cilvēkiem,
1. atzinīgi vērtē galvenos ierosinājumus Komisijas paziņojumā "Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES": 1) panākt objektīvāku veselības aspekta iekļaušanu mūsu vispārējos sociālās un ekonomiskās izaugsmes mērķos, 2) uzlabot datu un zināšanu bāzi (tostarp noteikšanas, uzraudzības, novērtēšanas un ziņošanas mehānismus), 3) visā sabiedrībā veidot apņēmību samazināt nevienlīdzību veselības jomā, 4) ievērot neaizsargātu iedzīvotāju grupu vajadzības un 5) izstrādāt ES politikas ieguldījumu, lai mazinātu nevienlīdzību veselības jomā;
 2. uzsver, cik nozīmīga ir veselības aprūpes nodrošināšana atbilstīgi pamattiesībām; norāda, ka jāturpina un jāuzlabo veselības aprūpes sistēmu un veselības aprūpes par pieņemamu cenu pieejamība;
 3. uzsver, cik nozīmīgi ir uzlabot slimību profilakses, veselības veicināšanas, primārās un specializētās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un samazināt nevienlīdzību starp dažādām sociālām un vecuma grupām, un uzsver, ka šos mērķus varētu sasniegt, optimizējot valsts profilaktiskās un ārstējošās veselības aprūpes izdevumus, kā arī izdevumus programmām, kas paredzētas konkrētām mazākaizsargātām grupām;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

4. aicina Komisiju un dalībvalstis pastiprināt centienus sociālekonomiskās nevienlīdzības novēršanā, kas rezultātā palīdzētu mazināt dažus nevienlīdzības aspektus saistībā ar veselības aprūpi; turklāt, pamatojoties uz cilvēka cieņas, brīvības, līdztiesības un solidaritātes universālajām vērtībām, aicina Komisiju un dalībvalstis pievērst uzmanību mazāk aizsargāto grupu vajadzībām, tostarp nelabvēlīgā situācijā esošu migrantu un etniskām minoritātēm piederošu cilvēku, bērnu un pusaudžu, kā arī invalīdu vajadzībām, īpašu uzmanību pievēršot garīgo slimību jautājumiem, pacientu, kuriem diagnosticētas hroniskas slimības vai saslimšanas, vecāka gadagājuma cilvēku, nabadzībā dzīvojošu cilvēku un alkoholisma un narkomānijas skartu cilvēku vajadzībām;

5. aicina dalībvalstis nodrošināt, ka pašas neaizsargātākās grupas, tostarp neregistrēti migranti, ir tiesīgas saņemt veselības aprūpi un tām tiek nodrošināta taisnīga piekļuve šai aprūpei; aicina dalībvalstis izskatīt iespēju neregistrētu migrantu veselības aprūpes nodrošināšanai, izstrādājot kopējos principos pamatotu definīciju veselības aprūpes pamatelementiem, kas noteikti valsts tiesību aktos;

6. aicina dalībvalstis ņemt vērā īpašās imigranšu veselības aizsardzības vajadzības un īpaši parūpēties par to, lai veselības sistēmas nodrošinātu pienācīgus valodu starpniecības pakalpojumus; šīm sistēmām ir jārada izglītības iniciatīvas ar mērķi nodrošināt, lai ārsti un citi speciālisti apgūtu starpkultūru pieeju, kuras pamatā ir daudzveidības atzīšana un cieņa pret to, kā arī izpratne par cilvēkiem no dažādiem ģeogrāfiskiem reģioniem; par prioritāti jānosaka arī pasākumi un informācijas kampaņas, kuru mērķis ir apkarot sieviešu ģenitāliju kroplīšanu, paredzot stingrus sodus personām, kas to praktizē;

7. aicina ES un dalībvalstis nekavējoties atrast risinājumus, lai apkarotu uz etnisko izcelsmi balstītu diskrimināciju jo īpaši tajās dalībvalstīs, kurās netiek īstenota Padomes Direktīva 2000/43/EK un kurās etnisko minoritāšu sievietēm nav pieejama vai ir tikai daļēji pieejama sociālā aizsardzība un pilnībā liegti vai ir tikai daļēji pieejami veselības aprūpes pakalpojumi;

8. aicina dalībvalstis sadarbībā ar pilsoniskās sabiedrības organizācijām uzlabot kvalitatīvu juridisko konsultāciju un informācijas pieejamību, lai palīdzētu sabiedrības ierindas locekļiem, tostarp migrantiem bez dokumentiem, uzzināt vairāk par savām indivīda tiesībām;

9. uzsver, ka ekonomikas un finanšu krīze un dalībvalstu veiktie taupības pasākumi, īpaši piedāvājuma jomā, var novest pie tā, ka budžeta samazināšanas un nodokļu zemāku ieņēmumu dēļ samazinās finansējums sabiedrības veselības pakalpojumiem un veselības veicināšanai, kā arī slimību profilaksei un ilgstošas aprūpes pakalpojumiem, tajā pašā laikā, iespējams, ka pieaugs pieprasījums pēc veselības aprūpes un ilgstošas aprūpes, dažādu, iedzīvotāju veselības stāvokli pasliktinošu, iemeslu dēļ;

10. uzsver, ka ES pastāvošā nevienlīdzība veselības jomā ir būtisks dalībvalstu un to veselības aizsardzības sistēmu apgrūtinājums un ka ar efektīvu iekšējā tirgus darbību, kā arī stingru un, ja iespējams, koordinētu valsts profilakses politiku ir iespējams panākt uzlabojumus šajā jomā;

11. uzsver, ka nelabvēlīgie sociāli ekonomiskie faktori, piemēram, liekais svars, smēķēšana u.tml., veselības aprūpes sistēmu pieejamība (risks nesaņemt aprūpes un zāļu izdevumu atmaksu, nepietiekama profilakse un medicīniskās demogrāfijas sadrumstalotība) un efektīva diagnostika būtu jāuzskata par galvenajiem aspektiem nevienlīdzīgas veselības aprūpes novēršanas pasākumos un ka arī medikamentozās ārstēšanas pieejamība par pieņemamām cenām būtu jāuzskata par svarīgu aspektu atsevišķu cilvēku veselības aprūpē; tāpēc aicina dalībvalstis nodrošināt, ka pārskatāmības direktīva (89/105/EEK) tiek pareizi īstenota un ka pienācīgi tiek ņemti vērā secinājumi, kas iekļauti Eiropas Komisijas 2008. gada paziņojumā par farmācijas nozares apsekojumu;

12. uzsver, ka veselības aprūpe nav uzskatāma un to nedrīkstētu uzskatīt par vispārēju preci vai pakalpojumu;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

13. aicina Padomi un dalībvalstis īstenot un izvērtēt jaunus pasākumus, lai nodrošinātu valsts izdevumu veselības aprūpes jomā efektivitāti, jo īpaši veicot ieguldījumus profilaktiskajā veselības aprūpē, lai izvairītos no ilgtermiņa izmaksām un sociālā sloga nākotnē, pārstrukturēt veselības aprūpes sistēmas, lai nodrošinātu vienlīdzīgu piekļuvi kvalitatīvai veselības aprūpei (jo īpaši medicīniskai pamataprūpei) bez jebkādas diskriminācijas visā ES, un mudina Komisiju izpētīt iespējas izmantot esošos ES fondus, lai turpmāk atbalstītu ieguldījumus veselības aprūpes infrastruktūrā, pētniecībā un apmācībā, kā arī sekmētu un uzlabotu slimību profilaksi;
14. aicina Komisiju un dalībvalstis nodrošināt, ka vecāka gadagājuma cilvēkiem paredzēta vienlīdzīga piekļuve veselības aprūpei un ārstēšanas iespējām ir iekļauta veselības politikā un programmās un ka saistībā ar 2012. gadu — Eiropas aktīvu vecumdienu un paaudžu solidaritātes gadu, prioritāte tiek piešķirta tam, lai nodrošinātu, ka vecāka gadagājuma cilvēki pienācīgi varētu saņemt veselības aprūpi un ārstēšanu; aicina dalībvalstis veicināt iniciatīvas vecāka gadagājuma pacientu sociālās izolācijas izskaušanai, jo tai ir liela ietekme uz pacienta veselību ilgtermiņā; uzsver, ka Eiropas Savienībai un tās dalībvalstīm attiecīgā ilgtermiņa stratēģijā jāparedz sociālās un ekonomiskās sekas, ko rada Eiropas iedzīvotāju novecošana, lai nodrošinātu veselības aprūpes sistēmas finansiālo un organizatorisko ilgtspējību, kā arī aprūpes pakalpojumu vienlīdzīgu un pastāvīgu sniegšanu pacientiem;
15. aicina dalībvalstis panākt, lai valsts, reģionu un vietējā līmenī tiktu uzlabota krīzes ietekmes uz veselības un sociālo jomu uzraudzība;
16. aicina Komisiju sekmēt pieredzes apkopošanu saistībā ar veselības izglītību, veselīga dzīvesveida popularizēšanu, profilaksi, agrīnu diagnostiku un pienācīgu ārstēšanu, jo īpaši saistībā ar alkohola lietošanu, smēķēšanu, uzturu un lieko svaru, kā arī narkotikām; aicina dalībvalstis, jo īpaši nelabvēlīgākos reģionos, popularizēt fiziskās aktivitātes, veselīgu uzturu un programmas “Veselīgas skolas”, kas paredzētas bērniem, un veicināt personīgās, sociālās un veselības izglītības līmeni, lai popularizētu veselīgu uzvedību un veicinātu pozitīvu uzvedību saistībā ar dzīvesveidu;
17. mudina visas dalībvalstis ieguldīt sociālajā, izglītības, vides un veselības pakalpojumu infrastruktūrā saskaņā ar principu “veselības aspektu iekļaušana visās politikas jomās”, kā arī koordinēt savu rīcību attiecībā uz veselības aizsardzības speciālistu kvalifikāciju, apmācību un mobilitāti, tādējādi nodrošinot veselības infrastruktūrai un darbiniekiem darbību un stabilitāti ES un valsts līmenī;
18. uzsver, ka Savienībā esošo nevienlīdzību veselības jomā nevarēs novērst bez tādas kopīgas un visaptverošas stratēģijas attiecībā uz Eiropas veselības aprūpes darbiniekiem, kurā tiktu iekļauta resursu pārvaldības koordinēta politika, izglītība un apmācības, obligāti kvalitātes un drošības standarti, kā arī speciālistu reģistrācija;
19. aicina dalībvalstis panākt, lai informācija par veselību, veselīgu dzīvesveidu, veselības aprūpi, profilakses iespējām, slimību agrīno diagnostiku un piemērotu ārstēšanu būtu pieejama ikvienam saprotamā formātā un valodā, izmantojot jaunās informācijas un komunikācijas tehnoloģijas, īpašu vērību pievēršot medicīnas pakalpojumiem tiešsaistē;
20. aicina dalībvalstis sekmēt telemedicīnas tehnoloģiju ieviešanu, kas ievērojami samazinās “ģeogrāfisko nevienlīdzību” saistībā ar dažu veselības aprūpes veidu pieejamību, sevišķi pieminot specializēto aprūpi, jo īpaši pierobežas apgabalos;
21. aicina dalībvalstis veicināt tādas valsts politikas virzienus, kuru mērķis ir nodrošināt veselīgus dzīves apstākļus ikvienam bērnam un pusaudzim, tostarp atbalstot veselības aprūpi pirms ieņemšanas, topošo un jauno māšu aprūpi, kā arī vecākus, un jo īpaši atbalstīt grūtnieces un sievietes, kas baro bērnu ar krūti, lai jaundzimušajiem nodrošinātu veselīgu dzīves sākumu, kā arī izvairītos no jebkādas turpmākas nevienlīdzības veselības jomā, turklāt atzīstot, ka ir svarīgi sniegt atbalstu bērna agrīnajā attīstības posmā, kā arī turpināt to visā dzīves garumā;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

22. aicina dalībvalstis visām grūtniecēm un bērniem neatkarīgi no statusa nodrošināt tiesības uz sociālo aizsardzību un atbilstīgi attiecīgās valsts tiesību aktiem to patiešām saņemt;
23. atgādina, ka ES saskaņā ar ANO Konvenciju par personu ar invaliditāti tiesībām ir pienākums nodrošināt šādām personām tiesības uz visaugstāko iespējamo veselības aprūpes līmeni, nepieļaujot diskrimināciju invaliditātes dēļ; uzstāj, ka izšķirošais solis, pildot šo pienākumu, ir iekļaut invaliditāti visos attiecīgajos veselības novērtēšanas rādītājos;
24. aicina ES un dalībvalstis līdz ar dzimumu līdztiesības principu iekļaut tādus aspektus kā sieviešu veselības stāvoklis un novecošana savā veselības politikā, programmās un pētniecībā un no izstrādes un sagatavošanas līdz pat ietekmes novērtēšanai ievērot dzimumu līdztiesības principu budžeta plānošanā; aicina no ES līdzekļiem finansēto pētniecības pamatprogrammu organizatorus un valsts finansējuma aģentūras savā politikā iekļaut dzimumu dimensijas ietekmes novērtējumu un atļaut vākt un analizēt dzimumspecifiskus un vecumspecifiskus datus, lai noteiktu, kādas ir pamata atšķirības starp sievietēm un vīriešiem veselības ziņā, lai veicinātu politikas maiņu, kā arī ieviest un apkopot epidemioloģiskās metodes, kas dod iespēju analizēt vīriešu un sieviešu paredzamā dzīves ilguma atšķirību cēloņus;
25. uzskata, ka ES un dalībvalstīm ir jānodrošina sievietēm vienkārša piekļuve kontracepcijas līdzekļiem un tiesības uz drošiem abortiem;
26. aicina Komisiju sniegt dalībvalstīm labas un labākās prakses piemērus, lai veicinātu, ka neauglības ārstēšanas pieejamība būtu vienmērīgāka;
27. aicina ES un dalībvalstis lielāku uzmanību pievērst sieviešu cilvēktiesībām, īpaši novēršot, aizliedzot un veicot kriminālvajāšanu, pret tiem, kas vainojami par sieviešu piespiedu sterilizāciju un dzimumorgānu apgraižāšanu;
28. aicina ES un dalībvalstis atzīt, ka vīriešu vardarbība pret sievietēm neatkarīgi no vardarbības veida ir sabiedrības veselības jautājums;
29. aicina ES un dalībvalstis veikt pasākumus, kas nepieciešami, lai attiecībā uz iespējām izmantot mākslīgās apaugļošanas tehnoloģijas novērstu sieviešu diskrimināciju ģimenes stāvokļa, seksuālās orientācijas vai etniskās un kultūras izcelsmes dēļ;
30. aicina dalībvalstis sekot Pasaules Veselības organizācijas piemēram, atzīstot, ka liekais svars ir hroniska slimība, un tādējādi nodrošinot liekā svara profilakses programmu pieejamību un tādas ārstēšanas pieejamību cilvēkiem ar lieko svaru, kuriem vajadzīga ārstnieciskā palīdzība, kas nepārprotami sniedz ārstniecisko efektu, turklāt paturot prātā mērķi nepieļaut vēl citas slimības;
31. aicina ES un dalībvalstis iekļaut dzimumu līdztiesības principu tabakas kontroles pasākumos, kā to iesaka PVO Pamatkonvencija par tabakas kontroli, kā arī ieviest meitenēm un sievietēm paredzētas pret-smēķēšanas kampaņas;
32. aicina dalībvalstis veicināt un atbalstīt to slimību medicīnisko un farmaceitisko pētniecību, kuras vairāk skar sievietes, uzmanību pievēršot visiem viņu dzīves posmiem un ne tikai reproduktīvajam vecumam;
33. aicina dalībvalstis atrisināt nevienlīdzības problēmas, kas saistītas ar piekļuvi tādiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kuri ietekmē cilvēku ikdienas dzīvi, piemēram, zobārsta un oftalmologa pakalpojumiem;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

34. iesaka Eiropas Savienībai un dalībvalstīm ieviest saskaņotu politiku un solidaritātes pasākumus sievietēm, kas nestrādā vai kas strādā jomās, uz kurām neattiecas individuālā veselības apdrošināšana, un meklēt veidus, kā panākt, lai šīs sievietes būtu apdrošinātas;
35. ņemot vērā Komisijas sadarbību ar dalībvalstu kompetentajām iestādēm, mudina to veicināt labāko praksi zāļu cenu noteikšanā un zāļu izdevumu atmaksāšanā, tostarp atbalstīt izmantojamus zāļu cenu diferencēšanas modeļus, lai tādējādi optimizētu cenu pieņemamību un samazinātu zāļu nevienlīdzīgu pieejamību;
36. atgādina, ka Eiropas ekonomikas atdzīvināšanā izšķiroša nozīme ir Eiropas patenta pieņemšanai ar atbilstošiem valodu lietošanas noteikumiem un vienotu strīdu izšķiršanas sistēmu;
37. atzīmē, ka Iekšējā tirgus un patērētāju aizsardzības komitejas veikums arī produktu drošības un reklāmas jomā ir palīdzējis novērst dažus veselības jomā ES pastāvošās nevienlīdzības aspektus, un, ņemot to vērā, uzsver, ka liela nozīme ir ciešai tās informācijas uzraudzībai, kuru farmaceitiskie uzņēmumi sniedz pacientiem, it īpaši vismazāk aizsargātajām un sliktāk informētajām grupām, kā arī uzsver, ka vajadzīga efektīva un neatkarīga zāļu drošuma uzraudzība;
38. aicina dalībvalstis pielāgot savas veselības sistēmas visnelabvēlīgākā stāvoklī esošo personu vajadzībām, pilnveidojot veselības aprūpes speciālistu prasīto maksu noteikšanas metodes tā, lai visiem pacientiem nodrošinātu aprūpes pieejamību;
39. iesaka Komisijai darīt visu iespējamo, lai mudinātu dalībvalstis piedāvāt izdevumu atmaksu pacientiem un īstenot visus pasākumus, kas ir nepieciešami, lai samazinātu nevienlīdzīgo medikamentozās ārstēšanas pieejamību, kad konstatēta patoloģija vai saslimšana ar pēcmenopauzes osteoporozī un Alcheimera slimību, kurām dažās dalībvalstīs medikamentozo ārstēšanos neatmaksā, un risināt šo jautājumu steidzami;
40. uzsver, ka līdztekus valstu valdībām daudzās valstīs reģionālām iestādēm ir nozīmīga loma sabiedrības veselības, veselības veicināšanas, slimību profilakses un veselības aprūpes pakalpojumu jomā, un tāpēc tās ir aktīvi jāiesaista šajās darbībās; norāda uz to, ka būtisku ieguldījumu var sniegt arī reģionālās un vietējās pašvaldības, kā arī citas ieinteresētās personas, tostarp darba vietas un skolas, jo īpaši attiecībā uz veselības izglītību, veselīga dzīvesveida popularizēšanu, efektīvu slimību profilaksi, savlaicīgu skrīningu un slimību diagnozi;
41. aicina dalībvalstis atbalstīt "vietējās aprūpes pieeju" un nodrošināt vispusīgu veselības aprūpi vietējā vai reģionālā līmenī, kas ļautu slimniekiem saņemt labāku aprūpi savā ierastajā un sociālajā vidē;
42. mudina visas dalībvalstis pārskatīt savas politiskās nostādnēs, kuras būtiski ietekmē nevienlīdzību veselības aprūpes jomā, piemēram, saistībā ar tabaku, alkoholu, uzturu, farmaceitiskiem līdzekļiem, kā arī sabiedrības veselību un veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu;
43. mudina dalībvalstis veidot partnerības pierobežas reģionos, lai dalītu infrastruktūras un personāla izmaksas, tajā pašā laikā samazinot nevienlīdzību veselības jomā, it īpaši rūpējoties par modernu iekārtu pieejamības iespējām;
44. aicina Komisiju izpētīt to lēmumu ietekmi, kuru pamatā ir valstu un reģionu veiktie novērtējumi par zāļu un medicīnas ierīču efektivitāti iekšējā tirgū, tostarp par pacientu iespējām tās izmantot un par to jauno ražojumu un ārstniecības metožu inovatīti, kas ir vieni no galvenajiem faktoriem, no kuriem atkarīga vienlīdzība veselības jomā;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

45. uzskata, ka, īstenojot Direktīvu Nr. 2011/24/ES par pārrobežu veselības aprūpi, būtu jāveic ietekmes novērtēšana, lai iespējami precīzi noteiktu, kā minētā direktīva iespaido nevienlīdzības novēršanu veselības jomā, un nodrošinātu, ka tā saglabā pienācīgu iedzīvotāju aizsardzības līmeni un garantē pacientu drošību, īpaši attiecībā uz medicīnisko resursu (gan personāla, gan materiālo resursu) piešķiršanu pēc ģeogrāfiskā sadalījuma;
46. atzīmē, ka kvalitatīvai un efektīvai pārrobežu veselības aprūpei ir vajadzīga lielāka pārredzamība par sabiedrībai, pacientiem, regulatoriem un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem paredzētu informāciju par plašu tematu loku, tostarp par pacientu tiesībām, pārsūdzības iespējām un veselības aprūpes speciālistu darba reglamentāciju;
47. pauž nožēlu, ka Direktīvu par pārrobežu veselības aprūpi nepapildina priekšlikums tiesību aktam par veselības aprūpes speciālistu mobilitāti, ņemot vērā Eiropas Savienībā pastāvošo intelektuālā darbaspēka emigrācijas risku, kas varētu būtami palielināt ģeogrāfisko nevienlīdzību dažās dalībvalstīs, un aicina Komisiju labot šo kļūdu, iespējams, izmantojot Direktīvas par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu (2005/36/EK) gaidāmo pārskatīšanu;
48. mudina dalībvalstis pilnībā īstenot spēkā esošo Direktīvu par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu (2005/36/EK); attiecībā uz medicīnisko kvalifikāciju sarežģītību mudina Komisiju, lai tā, novērtējot un pārskatot šo direktīvu, novērs dažas reglamentējošas nepilnības, kas var padarīt pacientus neaizsargātus un apdraudēt pacientu tiesības uz drošu ārstēšanu; aicina Komisiju turpmāk apsvērt, vai nebūtu jāievieš pienākums kompetentajām iestādēm reģistrēties Iekšējā tirgus informācijas sistēmā, un precizēt, kādā apjomā kompetentās iestādes var aktīvi apmainīties ar disciplināro informāciju par veselības aprūpes speciālistiem, izveidojot brīdinājuma mehānismu;
49. mudina Komisiju gaidāmajā likumdošanas priekšlikumā par profesionālo kvalifikāciju, ko tā gatavos, ieteikt mehānismu kvalifikāciju atzīšanai dalībvalstīs;
50. norāda, ka intensīvāka inovācija bieži vien padara ārstēšanos plašāk pieejamu, kas īpaši svarīgi izolētām vai lauku apvidu kopienām;
51. aicina Komisiju sadarbībā ar dalībvalstīm veicināt telemedicīnas pakalpojumu ieviešanu, lai mazinātu "ģeogrāfisko nevienlīdzību" veselības aprūpes jomā gan reģionu, gan vietējā līmenī;
52. aicina Padomi un Komisiju stratēģijā "Eiropa 2020" nepārprotami uzsvērt to, ka fiziskā un garīgā veselība un labklājība ir galvenie faktori cīņā pret atstumtību, kā arī izmantot sociālekonomiskā statusa salīdzinošos indikatorus un sabiedrības veselības stāvokli, novērtējot stratēģijas "Eiropa 2020" efektivitāti, un arī ņemt vērā diskrimināciju vecuma dēļ, jo īpaši attiecībā uz tādu ārstēšanas metožu klīniskajiem izmēģinājumiem, kuras vairāk piemērotas vecākiem cilvēkiem;
53. uzskata, ka ES un dalībvalstīm ir jāatbalsta pilsoniskā sabiedrība un sieviešu organizācijas, kuras veicina sieviešu cilvēktiesības, tostarp seksuālās un reproduktīvās tiesības, tiesības uz veselīgu dzīvesveidu un tiesības uz darbu ar mērķi nodrošināt, lai sieviešu viedokli ņemtu vērā Eiropas un valsts veselības aizsardzības politikā;
54. mudina visas dalībvalstis uzlabot un veicināt veiktspēju un starptautisku apmaiņu, kā arī sadarbību visu ieinteresēto personu starpā, kuras pārstāv attiecīgās nozares, izstrādājot un īstenojot politiskās nostādes, kas palīdz samazināt nevienlīdzību veselības jomā;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

55. aicina dalībvalstis atbalstīt un panākt vienotu pieeju politikas veidošanai vietējā, reģionu un valsts līmenī, tādējādi īstenojot pieeju, ka veselības aspekti ir iekļaujami visās politikas jomās;
56. aicina Komisiju un dalībvalstis izveidot kopējo indikatoru kopumu, lai veiktu uzraudzību attiecībā uz nevienlīdzību veselības jomā atkarībā no vecuma, dzimuma, sociālekonomiskā stāvokļa, ģeogrāfiskā izvietojuma, kā arī riska faktoriem, ko rada alkoholiisms un atkarība no narkotiskām vielām, un izstrādāt metodiku, lai kontrolētu dalībvalstu situāciju veselības jomā, nosakot jomas, kurām nepieciešami uzlabojumi un labākās prakses piemērošana, kā arī lemjot par prioritāšu piešķiršanu šīm jomām;
57. uzsver, ka nevienlīdzība veselības aprūpes jomā sakņojas sociālajā nevienlīdzībā, kas aptver dzīves apstākļus un sociālās uzvedības modeļus, kuri saistīti ar dzimumu, rasi, izglītības līmeni, nodarbinātību, kā arī ne tikai ienākumu, bet arī medicīniskās palīdzības, slimību profilakses un veselības veicināšanas pakalpojumu nevienlīdzīgu sadali;
58. uzsver, ka atšķirības veselības jomā rada sociāli nelabvēlīgo (nabadzīgāko) iedzīvotāju grupu veselības apdraudējums, ņemot vērā to, ka šo apdraudējumu vēl biedējošāku padara nabadzība un neaizsargātība citās jomās;
59. aicina Komisiju nodrošināt, ka uzdevums samazināt nevienlīdzību veselības jomā un uzlabot piekļuvi fiziskās un garīgās veselības aprūpes pakalpojumiem tiek pilnībā risināts un iekļauts spēkā esošajās iniciatīvās, piemēram, partnerībā par veselīgām un aktīvām vecumdienām un ES platformā cīņai pret nabadzību un sociālo atstumtību, un turpmākajās iniciatīvās saistībā ar bērnu attīstības agrīno posmu un jaunatnes politikā, kas vērsta uz izglītību, apmācību un nodarbinātību;
60. aicina uzlabot koordināciju to ES aģentūru starpā, kurām ir nozīmīga loma nevienlīdzības novēršanā veselības jomā, jo īpaši starp Eiropas Dzīves un darba apstākļu uzlabošanas fondu, Eiropas Slimību profilakses un kontroles centru un Eiropas Darba drošības un veselības aizsardzības aģentūru;
61. aicina Komisiju palīdzēt dalībvalstīm labāk izmantot atvērto koordinācijas metodi, lai atbalstītu projektus, kuru mērķis ir novērst faktorus, kas izraisa nevienlīdzību veselības jomā;
62. aicina Komisiju izstrādāt risinājumus, kā Eiropas līmenī iesaistīt visas attiecīgās ieinteresētās personas, lai veicinātu labas prakses pārņemšanu un izplatīšanu sabiedrības veselības jomā;
63. pievērš uzmanību tam, ka vairāku veselību ietekmējošu faktoru starpā īpaša nozīme ir daudzveidīgam un kvalitatīvam uzturam, un šajā sakarībā mudina Komisiju plašāk izmantot efektīvās programmas, kuras izstrādātas KLP ietvaros (piena un augļu bezmaksas izplatīšana skolās un vismazāk nodrošināto iedzīvotāju grupu bezmaksas apgāde ar pārtiku);
64. aicina dalībvalstis izveidot īpašu sociālo, veselības un konsultāciju tīklu ar īpašām tālruņa palīdzības līnijām sievietēm, pāriem un ģimenēm, lai novērstu vardarbību mājās un nepieciešamības gadījumā nodrošinātu kvalificētu profesionālu palīdzību un atbalstu, sadarbojoties ar citām šajā jomā strādājošām iestādēm;
65. aicina Komisiju palīdzēt dalībvalstīm labāk izmantot ES kohēzijas politiku un struktūrfondus, lai atbalstītu projektus, kas palīdz pievērst uzmanību sociālajiem faktoriem, kuri ietekmē veselību, un mazināt nevienlīdzību veselības jomā; turklāt aicina Komisiju palīdzēt dalībvalstīm lietderīgāk izmantot programmu PROGRESS;

Otrdiena, 2011. gada 8. marts

66. mudina Eiropas Savienību pārtraukt pašreiz notiekošo veselības aizsardzības pakalpojumiem paredzēto līdzekļu samazināšanu, jo šie līdzekļi ir ļoti vajadzīgi, lai nodrošinātu augsta līmeņa veselības aprūpi sievietēm un vīriešiem.
67. aicina Komisiju, izstrādājot ikvienu ES iekšpolitikas vai ārpolitikas virzienu, iekļaut tajos uz veselības ekonomiskajiem un vides faktoriem balstītu pieeju, kā arī pieeju, kuras pamatā ir "taisnīgums un veselības aspekti katrā politikas jomā", jo īpaši darot to, lai sasniegtu Tūkstošgades attīstības mērķus, jo īpaši kvalitatīvai māšu veselībai;
68. mudina dalībvalstis atzīt, ka sabiedrības veselībai ir liela nozīme, un, novērtējot sabiedrības, kopienu un indivīdu attīstību, nevērtēt to tikai saistībā ar IKP līmeni;
69. aicina Padomi veicināt, lai visās dalībvalstīs kā politikas prioritāte tiktu izvirzīta to problēmu risināšana, kuras saistītas ar nevienlīdzību veselības jomā, ņemot vērā veselības sociālos faktoros un tādus dzīvesveida riska faktoros kā alkohols, tabaka un uzturs, kā arī veicot pasākumus tādās politikas jomās kā patērētāju aizsardzības politika, nodarbinātības, mājokļa, sociālā politika, vides, lauksaimniecības un pārtikas, izglītības, dzīves un darba apstākļu, kā arī pētniecības politika, kā to paredz princips, ka veselības aspekti ir jāņem vērā visās politikas jomās;
70. aicina Komisiju atbalstīt no pašreizējā un paredzamā sabiedrības veselības rīcības plāna budžeta finansējamus pasākumus, pievēršot uzmanību veselības sociālajiem faktoriem;
71. aicina Komisiju izstrādāt pamatnostādnes, lai uzlabotu uzraudzības mehānismus attiecībā uz nevienlīdzību veselības jomā visā ES (starp dalībvalstīm un to iekšienē), uzlabojot datu vākšanu, kuras procesā tiktu izmantota sistemātiskāka un salīdzināma informācija, kas papildinātu jau pieejamos datus par šo nevienlīdzību, kā arī veicot regulāru uzraudzību un analīzi;
72. prasa Komisijai apsvērt iespēju sagatavot priekšlikumu Padomes ieteikumam vai citai piemērotai Kopienas iniciatīvai, lai mudinātu dalībvalstis un atbalstītu tās izstrādāt integrētas valsts vai reģionālas stratēģijas par to, kā samazināt nevienlīdzību veselības aprūpes jomā;
73. aicina Komisiju progresa ziņojumos novērtēt efektivitāti pasākumiem, kas veikti, lai samazinātu nevienlīdzību veselības jomā un panāktu uzlabojumus veselības jomā, ko ļauj nodrošināt ar veselības sociālajiem, ekonomiskajiem un vides faktoriem saistīta politika;
74. aicina Komisiju īstenot tādu pieeju ES politikas veidošanai, kas paredz veselības aspektu iekļaušanu visās politikas jomās, un veikt efektīvus ietekmes novērtējumus, tajos ņemot vērā taisnīguma principa ievērošanu veselības aprūpē;
75. norāda, ka atvērti, konkurētspējīgi un pareizi funkcionējoši tirgi var stimulēt inovācijas, ieguldījumus un pētniecību veselības aprūpes jomā, un atzīst, ka tas jāpapildina ar stingru finansiālu atbalstu publiskajiem pētījumiem, lai turpinātu pilnveidot ilgtspējīgus un efektīvus veselības aprūpes modeļus un veicinātu jaunu tehnoloģiju izstrādi un to izmantošanu šajā jomā (piemēram, telemedicinā), kā arī kopēju medicīnisko tehnoloģiju novērtēšanas metodiku, lai visi minētie pasākumi labumu dotu katram pilsonim, arī tiem, kuru sociāli ekonomiskie apstākļi ir sliktāki, tajā pašā laikā ņemot vērā iedzīvotāju novecošanos;
76. aicina Komisiju un dalībvalstis atbalstīt sabiedrības informēšanas un izglītošanas programmas un veicināt dialogu ar pilsonisko sabiedrību, sociālajiem partneriem un NVO, kas veltīts veselības aprūpes un medicīniskiem pakalpojumiem;
77. uzskata, ka ir nepieciešams palielināt to sieviešu skaitu, kuras piedalās veselības politikas veidošanā, programmu plānošanā un pakalpojumu sniegšanā veselības jomā;
78. uzdod priekšsēdētājam nosūtīt šo rezolūciju Padomei un Komisijai.