

Marți, 8 martie 2011

67. reamintește că aproximativ 800 de miliarde EUR, ceea ce reprezintă valoarea înzecită a AOD, se pierd anual în țările în curs de dezvoltare datorită practicilor ilegale, cum ar fi fluxurile ilegale de capital și evaziunea fiscală, iar prevenirea și reducerea acestor pierderi ar putea avea un rol determinant în realizarea ODM; îndeamnă UE și statele membre să introducă lupta împotriva paradisurilor fiscale, a corupției și a structurilor fiscale dăunătoare printre prioritățile tuturor forurilor internaționale, pentru a permite țărilor în curs de dezvoltare să își majoreze resursele financiare interne;

68. reamintește responsabilitatea comună a G20 în ceea ce privește atenuarea impactului produs de criză în țările în curs de dezvoltare, acestea fiind puternic afectate de efectele sale indirecte;

69. insistă că, pentru a asigura transparența AOD, trebuie promovată răspunderea prin consolidarea mecanismelor naționale de control și a monitorizării parlamentare a ajutoarelor; invită UE și G20 să își urmărească programul de luptă împotriva paradisurilor fiscale și a secretului fiscal, promovând raportarea pentru fiecare țară în parte;

70. invită Consiliul și Comisia să promoveze și să depună eforturi pentru implementarea instrumentelor inovatoare de finanțare pentru dezvoltare, cum ar fi o taxă internațională pe tranzacțiile financiare, taxe pe transport, măsuri de combatere a fluxurilor ilicite de capital și reducerea costurilor aferente transferurilor de bani;

71. constată că prezenta criză economică și financiară va provoca o nouă criză a datoriilor în multe țări în curs de dezvoltare și invită Comisia și statele membre să își reînnoiască eforturile pentru reducerea datoriei țărilor în curs de dezvoltare;

72. reamintește că țările în curs de dezvoltare sunt cel mai puțin pregătite pentru combaterea schimbărilor climatice, dar riscă să fie în mare măsură principalele victime ale acestui fenomen; solicită să fie pus în aplicare angajamentul financiar asumat de UE în cadrul Acordului de la Copenhaga și în contextul Alianței mondiale împotriva schimbărilor climatice; insistă ca UE să își asume un rol central în cadrul inițiativelor comune ale țărilor industrializate de a contribui mai mult și mai concret la susținerea procesului de dezvoltare în lumea a treia, față de care aceste țări au o răspundere istorică;

*

* *

73. încredințează Președintelui sarcina de a transmite prezenta rezoluție Comisiei privind provocările politice a Parlamentului European, Comisiei, Consiliului European, BEI, BCE, FMI, precum și Adunării Parlamentare Paritare ACP-UE.

Reducerea inegalităților în materie de sănătate

P7_TA(2011)0081

Rezoluția Parlamentului European din 8 martie 2011 referitoare la reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE (2010/2089(INI))

(2012/C 199 E/04)

Parlamentul European,

— având în vedere articolul 168 și articolul 184 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene,

— având în vedere articolul 2 din Tratatul privind Uniunea Europeană,

— având în vedere articolul 35 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene,

Marți, 8 martie 2011

- având în vedere articolul 23 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene referitor la egalitatea dintre bărbați și femei în toate domeniile,
- având în vedere Comunicarea Comisiei intitulată „Solidaritate în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE” (COM(2009)0567),
- având în vedere Decizia nr. 1350/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 octombrie 2007 de instituire a unui Al doilea program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2008-2013) ⁽¹⁾,
- având în vedere Decizia Consiliului 2010/48/CE din 26 noiembrie 2009 privind încheierea de către Comunitatea Europeană a Convenției Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu handicap ⁽²⁾,
- având în vedere avizul Comitetului pentru protecție socială referitor la „Solidaritatea în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE”,
- având în vedere concluziile Consiliului din 8 iunie 2010 referitoare la „Echitate și sănătate în toate politicile: solidaritate în domeniul sănătății”,
- având în vedere raportul referitor la cea de-a doua evaluare comună a Comitetului pentru protecție socială și a Comisiei privind impactul social al crizei economice și reacțiile politice,
- având în vedere concluziile Consiliului privind „Valorile și principiile comune în sistemele de sănătate ale Uniunii Europene” ⁽³⁾,
- având în vedere rezoluția Consiliului din 20 noiembrie 2008 privind sănătatea și bunăstarea tinerilor,
- având în vedere Raportul final al Comisiei privind factorii sociali legați de sănătate (OMS, 2008),
- având în vedere avizul Comitetului Regiunilor privind „Solidaritatea în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE” ⁽⁴⁾,
- având în vedere rezoluția sa din 1 februarie 2007 privind „Promovarea unei alimentații sănătoase și a activității fizice: o dimensiune europeană pentru prevenirea excesului de greutate, a obezității și a bolilor cronice” ⁽⁵⁾, precum și rezoluția sa din 25 septembrie 2008 referitoare la Cartea albă privind problemele de sănătate legate de alimentație, excesul de greutate și obezitate ⁽⁶⁾,
- având în vedere rezoluția sa din 9 octombrie 2008 referitoare la Cartea albă intitulată „Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013” ⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ JO L 301, 20.11.2007, p. 3.

⁽²⁾ JO L 23, 27.1.2010, p. 35.

⁽³⁾ JO C 146, 22.6.2006, p. 1.

⁽⁴⁾ JO C 232, 27.8.2010, p. 1.

⁽⁵⁾ JO C 250 E, 25.10.2007, p. 93.

⁽⁶⁾ JO C 8 E, 14.1.2010, p. 97.

⁽⁷⁾ JO C 9 E, 15.1.2010, p. 56.

Marți, 8 martie 2011

- având în vedere articolul 48 din Regulamentul său de procedură,
 - având în vedere raportul Comisiei pentru mediu, sănătate publică și siguranță alimentară și avizul Comisiei pentru piața internă și protecția consumatorilor, precum și cel al Comisiei pentru drepturile femeii și egalitatea de gen (A7-0032/2011),
- A. întrucât universalitatea, accesul la îngrijire de înaltă calitate, echitatea și solidaritatea reprezintă valori și principii comune care stau la baza sistemelor de sănătate din cadrul statelor membre ale UE;
 - B. întrucât, pe de-o parte, cetățenii duc, în medie, o viață mai îndelungată și mai sănătoasă decât generațiile anterioare, iar, pe de altă parte, UE se confruntă, în contextul îmbătrânirii populației, cu o provocare importantă, și anume cu inegalitățile mari în materie de sănătate fizică și psihică existente și care devin din ce în ce mai pronunțate între statele membre ale UE și în cadrul acestora;
 - C. întrucât diferența privind speranța de viață la naștere dintre grupurile socioeconomice cele mai defavorizate și grupurile socioeconomice cele mai favorizate este de 10 ani la bărbați și de 6 ani la femei;
 - D. întrucât dimensiunea de gen în materie de speranță de viață constituie, de asemenea, o chestiune foarte importantă care trebuie abordată în contextul inegalităților în materie de sănătate;
 - E. întrucât, în afară de factorii genetici, starea sănătății este influențată, înainte de toate, de stilurile de viață ale oamenilor, de accesul acestora la servicii medicale, inclusiv la informații și la educație cu privire la sănătate, la tratament preventiv al bolilor și la tratament în cazul bolilor care durează puțin și al celor care durează mult; întrucât grupurile socioeconomice defavorizate sunt mai predispuse la o alimentație precară și la dependența de tutun și alcool, toți aceștia constituind factori care contribuie într-o mare măsură la apariția multor boli și afecțiuni, inclusiv a unor boli cardiovasculare și a cancerului;
 - F. întrucât în toate statele membre au fost descoperite inegalități în materie de sănătate între persoane aparținând unor grupuri educaționale, ocupaționale și de venit superioare și, respectiv, inferioare;
 - G. întrucât există dovezi că există o dimensiune de gen în ceea ce privește ratele de malnutriție care sugerează faptul că femeile sunt afectate într-o mai mare măsură de malnutriție și că această inegalitate crește pe măsură ce coborâm pe scara socioeconomică;
 - H. întrucât inegalitățile de gen și de vârstă din domeniul cercetării biomedicale și insuficienta reprezentare a femeilor în studiile clinice afectează îngrijirile acordate pacienților;
 - I. întrucât evaluarea comparativă a inegalităților în materie de sănătate reprezintă un prim pas fundamental în direcția luării unor măsuri eficiente;
 - J. întrucât rata mortalității este, de obicei, mai ridicată în grupurile educaționale, ocupaționale și de venit inferioare și întrucât se pot observa inegalități semnificative și în prevalența formelor specifice de dizabilități, a bolilor specifice cronice netransmisibile, a afecțiunilor cavității bucale și a formelor de boli psihice;
 - K. întrucât fenomenul fumatului cunoaște o răspândire rapidă în rândul femeilor, în special al tinerelor, cu consecințe devastatoare pentru starea lor de sănătate viitoare; întrucât, în cazul femeilor, fumatul este agravat de numeroase dezavantaje;

Marți, 8 martie 2011

- L. întrucât Comisia a constatat existența unei variații sociale în privința stării de sănătate în cadrul tuturor statelor membre ale UE (Comunicarea Comisiei din 20 octombrie 2010 intitulată „Solidaritate în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE”); întrucât Organizația Mondială a Sănătății definește această variație socială ca fiind legătura dintre inegalitățile socioeconomice și inegalitățile în materie de sănătate și de acces la servicii medicale;
- M. întrucât numeroase proiecte și studii au confirmat că începutul excesului în greutate și al obezității este caracterizat prin disparități precoce legate de mediul socioeconomic și că cel mai mare număr de cazuri de exces în greutate și de obezitate apar în grupurile socioeconomice mai defavorizate; întrucât această situație ar putea duce la inegalități și mai mari în materie de sănătate și socioeconomice din cauza riscului crescut de apariție a unor boli legate de obezitate;
- N. întrucât, în ciuda progreselor înregistrate pe plan socioeconomic și în ceea ce privește mediul, care au dus, pe durate lungi de timp, la o ameliorare generală a stării de sănătate a populației, există încă diverși factori, precum condițiile de igienă, de trai și de muncă, malnutriția, educația, venitul, consumul de alcool și fumatul, care continuă să aibă un impact direct asupra inegalităților în materie de sănătate;
- O. întrucât se preconizează că schimbările climatice vor genera o serie de consecințe potențiale asupra sănătății din cauza frecvenței sporite a evenimentelor meteorologice extreme, precum valuri de căldură și inundații, a evoluției bolilor infecțioase și a expunerii crescute la radiații ultraviolete; întrucât nu toate statele UE sunt pregătite în aceeași măsură să facă față acestor provocări;
- P. întrucât inegalitățile în materie de sănătate nu reprezintă numai o consecință a multiplilor factori economici, de mediu sau referitori la modul de viață, ci și o consecință a dificultăților privind accesul la servicii medicale;
- Q. întrucât inegalitățile în materie de sănătate sunt legate, de asemenea, și de dificultățile privind accesul la servicii medicale, atât din motive economice (nu atât în cazul serviciilor medicale costisitoare, care, în statele membre, sunt acoperite în mod adecvat, cât mai degrabă în cazul asistenței medicale de rutină, precum servicii medicale stomatologice și oftalmologice), cât și din motive privind distribuirea precară a resurselor medicale în anumite regiuni ale UE;
- R. întrucât lipsa de specialiști în domeniul medical în anumite zone ale UE, precum și posibilitatea acestora de a se muta în alte zone ale UE reprezintă o reală problemă și întrucât această situație generează inegalități majore în ceea ce privește accesul pacienților la servicii medicale și siguranța acestora;
- S. întrucât persoanele care locuiesc în zone ultraperiferice și insulare au în continuare un acces limitat la servicii medicale prompte și de înaltă calitate;
- T. întrucât pacienții care suferă de boli sau afecțiuni cronice formează un grup specific afectat de inegalități legate de accesul la diagnosticare și la asistență medicală, la servicii sociale și de asistență de altă natură și dezavantajat, confruntându-se inclusiv cu dificultăți financiare, cu un acces precar la locuri de muncă, cu discriminare din punct de vedere social și cu stigmatizare;
- U. întrucât violența împotriva femeilor reprezintă un fenomen foarte răspândit în toate țările și la nivelul tuturor claselor sociale și are un efect dramatic asupra sănătății fizice și emoționale a femeilor și a copiilor;
- V. întrucât infertilitatea este o afecțiune medicală recunoscută de Organizația Mondială a Sănătății cu un impact deosebit asupra stării de sănătate a femeilor și întrucât, din studiul național privind sensibilizarea realizat în Regatul Unit, reiese că peste 94 % din femeile care suferă de infertilitate suferă și de diverse forme de depresie;
- W. întrucât există mari inegalități între statele membre în ceea ce privește accesul la tratamente de fertilizare;

Marți, 8 martie 2011

- X. întrucât Eurostat, Oficiul de Statistică al UE, a precizat că rata șomajului în cele 27 de state membre ale UE a crescut la 9,6 % în septembrie 2010, iar Comitetul pentru protecție socială al Consiliului Uniunii Europene și-a exprimat, în cadrul avizului său din 20 mai 2010, preocuparea cu privire la faptul că actuala criză economică și financiară va avea consecințe negative asupra accesului cetățenilor la serviciile medicale și asupra bugetelor sectoarelor sanitare din cadrul statelor membre;
- Y. întrucât actuala criză economică și financiară poate afecta grav sectorul serviciilor medicale din mai multe state membre ale UE în ceea ce privește atât oferta, cât și cererea;
- Z. întrucât restricțiile cauzate de actuala criză economică și financiară, împreună cu consecințele viitoarei provocări demografice cu care Uniunea va trebui să se confrunte, ar putea submina în mod grav sustenabilitatea financiară și organizațională a sistemelor de sănătate din statele membre, împiedicând astfel accesul egal la servicii medicale pe teritoriile acestora;
- AA. întrucât combinarea sărăciei cu alte forme de vulnerabilitate, precum vârsta fragedă sau vârsta înaintată, dizabilitatea sau apartenența la o minoritate, crește și mai mult riscurile apariției inegalităților în materie de sănătate și întrucât o stare de sănătate precară poate duce, la rândul ei, la sărăcie și/sau la excludere socială;
- AB. întrucât primii ani de viață au efecte pe termen lung cu privire la multe aspecte referitoare la sănătate și la bunăstare – de la obezitate, boli cardiace și sănătate psihică, până la educație, realizări profesionale, statut economic și calitatea vieții;
- AC. întrucât inegalitățile în materie de sănătate pot avea implicații economice semnificative pentru UE și pentru statele membre; întrucât se estimează că pierderile legate de inegalitățile în materie de sănătate se ridică la aproximativ 1,4 % din PIB;
- AD. întrucât, în multe state ale UE, accesul echitabil la servicii medicale pentru migranții fără acte nu este asigurat nici în practică, nici în temeiul legislației;
- AE. întrucât în statele membre încă se mai ivesc situații în care membrii unor diverse grupuri sociale (de exemplu, persoane cu dizabilități) se confruntă cu obstacole privind acceptarea în condiții de egalitate în unități sanitare, fapt care limitează accesul acestora la serviciile medicale;
- AF. întrucât, în contextul îmbătrânirii populației, statele membre se confruntă cu probleme privind dependența și creșterea nevoilor în materie de servicii și tratamente în domeniul geriatriei; întrucât, prin urmare, este necesară o schimbare a abordării legate de organizarea serviciilor medicale; și întrucât inegalitățile legate de accesul persoanelor în vârstă la serviciile medicale cresc din ce în ce mai mult,
1. salută sugestiile-cheie făcute de Comisie în comunicarea sa intitulată „Solidaritate în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE”: (1) o distribuție mai echitabilă a sănătății ca parte a obiectivelor generale privind dezvoltarea economică și socială; (2) îmbunătățirea bazei de date și de cunoștințe (inclusiv măsurarea, monitorizarea, evaluarea și raportarea); (3) obținerea angajamentului din partea întregii societăți privind reducerea inegalităților în materie de sănătate; (4) satisfacerea necesităților grupurilor vulnerabile; și (5) sporirea contribuției politicilor UE la reducerea inegalităților în materie de sănătate;
2. subliniază importanța acordării serviciilor medicale într-un mod care respectă drepturile fundamentale; subliniază nevoia de menținere și de îmbunătățire a accesului universal la sisteme de sănătate și la servicii medicale accesibile;
3. subliniază importanța îmbunătățirii accesului la servicii de prevenire a bolilor, de promovare a sănătății, precum și la servicii medicale primare și de specialitate și a reducerii inegalităților dintre diferitele grupuri sociale și de vârstă și subliniază că aceste obiective ar putea fi realizate prin optimizarea cheltuielilor publice în domeniul serviciilor medicale de prevenire și de recuperare și prin programe destinate grupurilor vulnerabile;

Marți, 8 martie 2011

4. invită Comisia și statele membre să depună în continuare eforturi în vederea combaterii inegalităților socioeconomice, fapt ce va permite, în cele din urmă, reducerea unor inegalități în materie de sănătate; de asemenea, pe baza valorilor universale privind demnitatea umană, libertatea, egalitatea și solidaritatea, invită Comisia și statele membre să se concentreze asupra nevoilor grupurilor vulnerabile, inclusiv a grupurilor defavorizate de migranți și a persoanelor care aparțin minorităților etnice, a copiilor și a adolescenților, a persoanelor cu dizabilități, acordând o atenție deosebită bolilor psihice, pacienților diagnosticați cu boli sau afecțiuni cronice, persoanelor în vârstă, celor care trăiesc în sărăcie și persoanelor dependente de alcool și de droguri;

5. invită statele membre să se asigure că cele mai vulnerabile grupuri, inclusiv grupurile migranților fără acte, au dreptul la un acces echitabil la servicii medicale și că îl și primesc; invită statele membre să verifice cât este de fezabilă acordarea de asistență medicală pentru migranții clandestini, furnizând o definiție bazată pe principii comune pentru elementele de bază legate de serviciile medicale astfel cum sunt definite în legislația lor națională;

6. invită statele membre să țină seama de nevoile specifice ale femeilor migrante în materie de protecție a sănătății, mai ales în ceea ce privește garantarea acordării de către sistemele de sănătate a unor servicii corespunzătoare de mediere lingvistică; consideră că sistemele respective ar trebui să dezvolte inițiative de formare care să le permită medicilor și altor categorii de personal din domeniu să adopte o abordare interculturală bazată pe recunoașterea și respectarea diversității și a sensibilităților persoanelor din diferite regiuni geografice; consideră, de asemenea, că trebuie acordată prioritate măsurilor și campaniilor de informare care vizează combaterea mutilării genitale a femeilor și care să includă stabilirea unor pedepse severe pentru cei care o practică;

7. invită UE și statele membre să găsească rapid soluții pentru combaterea discriminării bazate pe originea etnică, în special în anumite state membre în care Directiva 2000/43/CE a Consiliului nu a fost pusă în aplicare și în care femeile care aparțin minorităților etnice nu beneficiază sau dispun doar de o protecție socială limitată și nu au sau dispun doar de un acces limitat la serviciile de medicale;

8. invită statele membre să promoveze accesul la consiliere și la informare juridică de bună calitate în coordonare cu organizațiile societății civile pentru a sprijini cetățenii de rând, inclusiv migranții fără acte, astfel încât aceștia să afle cât mai multe informații cu privire la drepturile lor individuale;

9. subliniază că criza economică și financiară și măsurile de austeritate adoptate de statele membre, în special în ceea ce privește oferta, pot duce la o scădere a nivelului de fonduri alocate sănătății publice și promovării sănătății, prevenirii bolilor și serviciilor medicale pe termen lung ca urmare a reducerilor de buget și a veniturilor mai scăzute provenite din încasarea de impozite, în timp ce cererea de servicii medicale și pe termen lung poate crește ca urmare a unei combinații de factori care contribuie la deteriorarea stării de sănătate a populației în general;

10. accentuează faptul că inegalitățile în materie de sănătate din UE reprezintă o povară importantă pentru statele membre și pentru sistemele lor de sănătate și că funcționarea eficientă a pieței interne, precum și politicile publice solide și, dacă este posibil, coordonate în materie de acțiuni preventive pot aduce îmbunătățiri în acest domeniu;

11. accentuează faptul că contracararea unor factori socioeconomi precum obezitatea, fumatul etc., accesibilitatea sistemelor de sănătate (periclitată de nerambursarea costurilor serviciilor medicale și ale medicamentelor, de acțiunile preventive necorespunzătoare și de repartizarea inegală a personalului medical) și diagnosticarea eficace ar trebui considerate aspecte-cheie ale măsurilor de combatere a inegalităților în materie de sănătate și că accesibilitatea și costurile rezonabile ale tratamentelor farmaceutice ar trebui considerate, de asemenea, aspecte-cheie ale sănătății fiecărei persoane; invită, prin urmare, statele membre să se asigure că Directiva privind transparența (89/105/CEE) este pusă în aplicare în mod corespunzător și că concluziile Comunicării din 2008 a Comisiei privind ancheta din sectorul farmaceutic sunt abordate în mod adecvat;

12. subliniază faptul că serviciile medicale nu sunt și nu ar trebui considerate un bun sau un serviciu general;

Marți, 8 martie 2011

13. invită Consiliul și statele membre să evalueze și să aplice noi măsuri de creștere a eficienței cheltuielilor acestora în domeniul sănătății, în special investind în asistența medicală preventivă pentru a reduce viitoarele cheltuieli pe termen lung și povara socială, și să restructureze sistemele de sănătate pentru a oferi acces echitabil la servicii medicale de foarte bună calitate (în special la servicii medicale de bază) fără nicio discriminare peste tot în UE și încurajează Comisia să analizeze modul în care sunt utilizate fondurile europene actuale pentru a promova și mai mult investițiile în infrastructura, cercetarea și formarea în domeniul sănătății și să promoveze și să intensifice prevenirea bolilor;
14. invită Comisia și statele membre să se asigure de faptul că accesul echitabil al pacienților mai în vârstă la servicii medicale și la tratamente este inclus în politicile și programele acestora din domeniul sănătății și să transforme accesul adecvat al persoanelor mai în vârstă la servicii medicale și la tratamente într-o prioritate a anului 2012, „Anul european al îmbătrânirii active și al solidarității între generații”; invită statele membre să promoveze inițiative de abordare a izolării sociale a pacienților mai în vârstă deoarece aceasta are un impact semnificativ asupra stării de sănătate pe termen lung a pacienților; subliniază că este necesar ca Uniunea Europeană și statele membre ale acesteia să anticipeze, prin intermediul unei strategii adecvate pe termen lung, efectele sociale și economice ale îmbătrânirii populației europene pentru a garanta sustenabilitatea financiară și organizațională a sistemelor de sănătate, precum și pentru a furniza pacienților servicii medicale în mod egal și continuu;
15. invită statele membre să își îmbunătățească capacitatea de monitorizare atentă, la nivel național, regional și local, a impactului social și a celui în materie de sănătate ale crizei;
16. invită Comisia să promoveze acumularea de experiență privind educația în materie de sănătate, promovarea unui stil de viață sănătos, prevenirea, diagnosticarea timpurie și tratamentele adecvate, în special cu privire la consumul de băuturi alcoolice, la fumat, la regimul alimentar și la obezitate, precum și la droguri; invită statele membre să promoveze activitatea fizică, alimentația corectă și programele „Școli sănătoase” destinate copiilor, în special în regiunile mai dezavantajate, și să crească nivelul de educație personală, socială și în materie de sănătate, în vederea promovării unui comportament mai sănătos și a încurajării unui comportament pozitiv legat de stilul de viață;
17. încurajează toate statele membre să investească în infrastructura socială, educațională, de mediu și în domeniul sănătății în conformitate cu principiul „sănătate în toate politicile” și să coordoneze măsuri privind calificarea, formarea și mobilitatea personalului medical, garantând astfel capacitatea și durabilitatea infrastructurii și a forței de muncă în domeniul medical, atât la nivelul UE, cât și la nivel național;
18. subliniază că inegalitățile în materie de sănătate din Uniune nu vor fi depășite fără o strategie comună și generală pentru forța de muncă europeană din domeniul sănătății, care să includă politici coordonate de gestionare a resurselor, de educație și de formare, standarde minime de calitate și de siguranță și înregistrarea personalului medical;
19. solicită statelor membre să asigure faptul că informațiile cu privire la sănătate, la stilurile de viață sănătoase, la serviciile medicale, la metodele de prevenire, la diagnosticarea timpurie a bolilor și la tratamente adecvate sunt disponibile într-o formă și în limbi pe care toți cetățenii să le poată înțelege, prin intermediul unor tehnologii noi de informare și de comunicare, în special în ceea ce privește serviciile medicale disponibile online;
20. invită statele membre să promoveze introducerea tehnologiilor telemedicinii, care pot reduce în mod semnificativ disparitățile geografice privind accesul la anumite tipuri de servicii medicale, în special în ceea ce privește serviciile acordate de specialiști, mai ales în regiunile de frontieră;
21. invită statele membre să promoveze politici publice destinate asigurării unor condiții de trai sănătoase pentru toți nou-născuții, copiii și adolescenții, inclusiv servicii medicale acordate înainte de concepere, servicii de îngrijire a mamei și măsuri de susținere a părinților și, mai ales, de susținere a femeilor însărcinate și a celor care alăptează, pentru a asigura tuturor nou-născuților un start sănătos în viață și pentru a evita apariția altor inegalități în materie de sănătate, recunoscând astfel că este important să se investească în dezvoltarea timpurie a copilului și în abordările care țin seama de toate etapele vieții;

Marți, 8 martie 2011

22. invită statele membre să se asigure că toate femeile însărcinate și toți copiii, indiferent de statutul acestora, au dreptul la protecție socială astfel cum este definit în cadrul legislației naționale și că aceștia beneficiază cu adevărat de această protecție;
23. amintește de obligația care îi revine UE în temeiul Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu handicap de a garanta dreptul persoanelor cu dizabilități la cel mai înalt standard posibil de sănătate fără ca acestea să fie discriminate pe bază de handicap; insistă asupra faptului că includerea dizabilităților în toți indicatorii de evaluare a stării de sănătate relevanți reprezintă un pas esențial înspre îndeplinirea acestei obligații;
24. invită UE și statele membre să integreze starea de sănătate a femeilor și problematica îmbătrânirii (femeile în vârstă) cu titlu de factori în integrarea dimensiunii egalității între femei și bărbați și să introducă dimensiunea de gen în bugetul alocat politicilor, programelor și cercetării în materie de sănătate, de la dezvoltarea și conceperea acestora, până la studiul de impact; solicită ca programele-cadru de cercetare finanțate de UE și agențiile publice de finanțare să includă un studiu de impact asupra dimensiunii de gen în politicile lor și să prevadă colectarea și analizarea datelor legate de gen și vârstă cu scopul de a identifica diferențele esențiale dintre femei și bărbați în materie de sănătate, pentru a sprijini modificarea politicilor, și să introducă și să centralizeze instrumente epidemiologice pentru a analiza cauzele discrepanței dintre speranța de viață a femeilor și cea a bărbaților;
25. consideră că UE și statele membre ar trebui să le garanteze femeilor un acces facil la mijloacele de contracepție și dreptul la avort în condiții de siguranță;
26. invită Comisia să ofere statelor membre exemple de bune și de cele mai bune practici pentru a încuraja o mai mare uniformitate în ceea ce privește accesul la tratamente de fertilizare;
27. îndeamnă UE și statele membre să pună accentul pe drepturile omului în cazul femeilor, în special în ceea ce privește prevenirea și interzicerea sterilizării forțate a femeilor și a mutilării genitale a acestora și pedepsirea celor care săvârșesc aceste fapte;
28. invită UE și statele membre să recunoască violența bărbaților împotriva femeilor ca o problemă de sănătate publică, indiferent de forma pe care o ia aceasta;
29. invită UE și statele membre să ia măsurile necesare pentru a elimina discriminarea împotriva femeilor în ceea ce privește accesul la tehnicile de reproducere asistată (TRA) din motive de stare civilă, orientare sexuală, origini etnice sau culturale;
30. invită statele membre să urmeze exemplul Organizației Mondiale a Sănătății privind recunoașterea obezității ca boală cronică și să ofere, prin urmare, acces la programele de prevenire a obezității și să garanteze accesul la tratamente în cazul cărora s-a dovedit că au rezultate medicale pozitive pentru persoanele care suferă de obezitate și care au nevoie de un tratament medical, și în vederea prevenirii apariției altor boli;
31. invită UE și statele membre să integreze dimensiunea de gen în controlul tutunului, astfel cum se recomandă în Convenția-cadru a OMS pentru controlul tutunului, și să introducă companii antifumat care să vizeze tinerele fete și femeile;
32. invită statele membre să încurajeze și să sprijine cercetarea medicală și farmaceutică în domeniul bolilor care afectează în special femeile, în ceea ce privește toate etapele vieții lor, nu doar vârsta reproductivă;
33. invită statele membre să soluționeze problemele de inegalitate legate de accesul la servicii medicale care afectează viața de zi cu zi, de exemplu în domeniul stomatologiei și în cel al oftalmologiei;

Marți, 8 martie 2011

34. sugerează UE și statelor membre să instituie politici coerente și măsuri de susținere destinate femeilor care nu lucrează sau care ocupă locuri de muncă în sectoare în care acestea nu beneficiază de o asigurare de sănătate personală și să caute soluții pentru a oferi acestor femei asigurare;
35. îndeamnă Comisia, în contextul colaborării sale cu autoritățile competente din statele membre, să promoveze cele mai bune practici privind stabilirea prețurilor medicamentelor și rambursarea costurilor acestora, inclusiv modele funcționale pentru diferențierea prețurilor produselor farmaceutice, astfel încât să se optimizeze accesibilitatea costurilor și să se reducă inegalitățile în materie de acces la medicamente;
36. reamintește că adoptarea unui brevet european, cu un regim lingvistic adecvat și un sistem unificat de rezolvare a litigiilor, este esențială pentru revitalizarea economiei europene;
37. ia act de faptul că activitatea deja efectuată în cadrul Comisiei pentru piața internă și protecția consumatorilor cu privire la siguranța produselor și la publicitate, printre altele, a contribuit la abordarea anumitor aspecte privind inegalitățile în materie de sănătate existente în UE și subliniază, în acest sens, importanța monitorizării atente a informațiilor pe care societățile farmaceutice le comunică pacienților, în special grupurilor celor mai vulnerabile și mai puțin informate, precum și necesitatea creării unui sistem eficient și independent de farmacovigilență;
38. invită statele membre să își adapteze sistemele de sănătate la nevoile grupurilor celor mai defavorizate, prin dezvoltarea unor metode de stabilire a onorariilor încasate de personalul medical care să garanteze accesul la îngrijiri medicale pentru toți pacienții;
39. îndeamnă Comisia să depună toate eforturile posibile pentru a încuraja statele membre să ofere rambursări pacienților și să facă urgent tot ce este necesar pentru a reduce inegalitățile în materie de acces la medicamente pentru tratarea acelor probleme de sănătate sau boli precum osteoporoza postmenopauză și boala Alzheimer, care nu sunt rambursabile în anumite state membre;
40. subliniază că, în numeroase țări, în afara guvernelor naționale, autoritățile regionale au un rol important în ceea ce privește sănătatea publică, promovarea sănătății, prevenirea bolilor și furnizarea de servicii medicale și că acestea trebuie, prin urmare, să fie implicate în mod activ; subliniază că administrațiile regionale și locale și alte părți interesate au, de asemenea, o contribuție vitală, inclusiv la locurile de muncă și în școli, în special în ceea ce privește educația în materie de sănătate, promovarea unor stiluri sănătoase de viață, prevenirea eficientă a bolilor, precum și screeningul timpuriu și diagnosticarea timpurie a bolilor;
41. invită statele membre să sprijine o „abordare la nivel local privind îngrijirea medicală” și să ofere servicii medicale integrate, accesibile la nivel local sau regional, care să permită pacienților să fie mai bine susținuți în propriul lor mediu local și social;
42. încurajează toate statele membre să își reevalueze politicile privind chestiuni care au un impact semnificativ asupra inegalităților în materie de sănătate, cum ar fi cele referitoare la tutun, alcool, alimente, produse farmaceutice, precum și la sănătatea publică și la furnizarea de servicii medicale;
43. încurajează statele membre să dezvolte parteneriate în regiunile frontaliere în vederea împărțirii costurilor cu infrastructura și cu personalul și a reducerii inegalităților în materie de sănătate, în special în ceea ce privește accesul la aparatul de ultimă generație;
44. solicită Comisiei să studieze efectele deciziilor bazate pe evaluări la nivel național și regional ale eficacității medicamentelor și aparatului medical pe piața internă, inclusiv în ceea ce privește accesul pacienților și inovarea de noi produse și practici medicale, care constituie unele dintre elementele principale care afectează egalitatea în materie de sănătate;

Marți, 8 martie 2011

45. consideră că aplicarea Directivei 2011/24/UE privind drepturile pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere ar trebui urmată de studii de impact pentru a evalua cât mai eficient posibil eficiența acesteia în combaterea inegalităților în materie de sănătate și pentru a garanta că directiva menține un nivel corespunzător de protecție publică și garantează siguranța pacienților, în special în ceea ce privește repartizarea geografică a resurselor medicale, atât umane, cât și materiale;

46. constată că o asistență medicală transfrontalieră de înaltă calitate și eficientă necesită o transparență sporită a informațiilor destinate publicului, pacienților, autorităților de reglementare și furnizorilor de servicii medicale cu privire la o gamă largă de chestiuni, inclusiv drepturile pacienților, accesul la căi de atac și reglementările aplicabile în cazul personalului medical;

47. regretă că Directiva privind asistența medicală transfrontalieră nu a fost însoțită de o propunere legislativă privind mobilitatea personalului medical care să ia în considerare riscul legat de „exportul de inteligență” în cadrul UE, care ar spori în mod periculos inegalitățile geografice în anumite state membre, și invită Comisia să remedieze această situație, eventual în contextul viitoarei revizuirii a Directivei privind recunoașterea calificărilor profesionale (2005/36/CE);

48. îndeamnă statele membre să pună pe deplin în aplicare actuala Directivă privind recunoașterea calificărilor profesionale (2005/36/CE); în ceea ce privește complexitatea calificărilor medicale, încurajează Comisia să abordeze în evaluarea sa și în cadrul revizuirii directivei unele dintre lacunele în materie de reglementare care au potențialul de a face pacienții vulnerabili în fața riscurilor și de a le compromite acestora dreptul la un tratament în condiții de siguranță; invită, de asemenea, Comisia să analizeze posibilitatea de a introduce obligația înregistrării cu ajutorul sistemului IMI pentru autoritățile competente și de a crește măsura în care autoritățile competente pot schimba în mod proactiv informații disciplinare legate de personalul medical, prin crearea unui mecanism de alertă adecvat;

49. îndeamnă Comisia să realizeze, în cadrul viitoarei sale propuneri legislative privind calificările profesionale, progrese în vederea creării unui mecanism consolidat de recunoaștere a calificărilor în statele membre;

50. subliniază că o inovare sporită duce adesea la o accesibilitate crescută a tratamentelor, fapt deosebit de important pentru comunitățile izolate sau rurale;

51. invită Comisia să promoveze, în colaborare cu statele membre, dezvoltarea serviciilor de telemedicină ca o modalitate de reducere a disparităților geografice privind furnizarea de servicii medicale atât la nivel regional, cât și la nivel local;

52. invită Consiliul și Comisia să recunoască într-o mai mare măsură, în cadrul strategiei Europa 2020, faptul că sănătatea fizică și psihică și bunăstarea sunt esențiale pentru combaterea excluderii, să includă în procedurile de monitorizare a strategiei Europa 2020 indicatori comparativi stratificați în funcție de statutul socioeconomic și de sănătatea publică și să țină seama de discriminarea bazată pe criterii de vârstă, în special cu privire la studiile clinice privind tratamente care să corespundă într-o mai mare măsură nevoilor persoanelor în vârstă;

53. consideră că UE și statele membre trebuie să sprijine societatea civilă și organizațiile de femei care promovează drepturile femeilor, inclusiv drepturile sexuale și reproductive ale acestora, dreptul la un stil de viață sănătos și dreptul la muncă, pentru a se asigura că femeile își fac auzită vocea cu privire la chestiunile legate de politica din domeniul sănătății de la nivel european și național;

54. încurajează toate statele membre să susțină și să dezvolte capacitatea și schimburile și cooperarea la nivel internațional între toate părțile interesate relevante din cadrul mai multor sectoare în vederea dezvoltării și punerii în aplicare a politicilor prin care sunt reduse inegalitățile în materie de sănătate;

Marți, 8 martie 2011

55. invită statele membre să sprijine și să pună în aplicare o abordare comună în vederea elaborării de politici la nivel local, regional și național, depunând astfel eforturi în vederea adoptării unei abordări privind integrarea sănătății în toate politicile (HiAP);
56. invită Comisia și statele membre să elaboreze un set comun de indicatori de monitorizare a inegalităților în materie de sănătate în funcție de vârstă, sex, statut socioeconomic și așezare geografică, precum și a riscurilor care rezultă în urma alcoolismului și a dependenței de droguri și să stabilească o metodologie de auditare a situației sănătății în statele membre care să aibă ca scop identificarea și prioritizarea domeniilor în care trebuie realizate îmbunătățiri și stabilite cele mai bune practici;
57. subliniază faptul că inegalitățile în materie de sănătate au la bază inegalități sociale în ceea ce privește condițiile de trai și modelele de comportament social legate de gen, de rasă, de standardele de educație, de ocuparea forței de muncă și de distribuția inegală nu numai a veniturilor, ci și a serviciilor medicale, a prevenirii bolilor și a serviciilor de promovare a sănătății;
58. subliniază faptul că riscurile privind sănătatea la care sunt expuși cei care fac parte din grupurile sociale defavorizate (mai sărace) sunt cele care stau la baza inegalităților în materie de sănătate, ținând cont că aceste riscuri sunt accentuate prin combinarea sărăciei cu alte vulnerabilități;
59. invită Comisia să se asigure că misiunile de reducere a inegalităților în materie de sănătate și de îmbunătățire a accesului la servicii de sănătate fizică și psihică sunt abordate și integrate pe deplin în cadrul inițiativelor sale actuale precum Parteneriatul privind îmbătrânirea sănătoasă și activă și Platforma UE de combatere a sărăciei și a excluderii sociale și în cadrul viitoarelor inițiative privind dezvoltarea copilului în primele stadii de viață și politicile privind tineretul axate pe educație, formare și ocuparea forței de muncă;
60. solicită o coordonare mai bună între agențiile UE care joacă un rol important în combaterea inegalităților în materie de sănătate, în special între Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor și Agenția Europeană pentru Sănătate și Securitate în Muncă;
61. invită Comisia să sprijine statele membre în vederea unei mai bune utilizări a metodei deschise de coordonare pentru a susține proiectele care abordează factorii care stau la baza inegalităților în materie de sănătate;
62. invită Comisia să dezvolte modalități de angajare și de implicare a tuturor părților interesate relevante la nivel european în promovarea reținerii și a diseminării bunelor practici în domeniul sănătății publice;
63. atrage atenția asupra importanței deosebite, dintre diferiții factori legați de sănătate, a unui regim variat, de înaltă calitate și îndeamnă Comisia, în acest sens, să crească gradul de utilizare a programelor eficiente stabilite în cadrul PAC (distribuirea gratuită de lapte și fructe în școli și de alimente în cadrul grupurilor defavorizate);
64. invită statele membre să creeze o rețea de servicii sociale, medicale și de consiliere specifice, cu linii de asistență prin telefon dedicate femeilor, cuplurilor și familiilor, în scopul prevenirii violenței în familie și al oferirii de ajutor și de sprijin profesional calificat celor care au nevoie, în cooperare cu celelalte organisme din domeniu;
65. invită Comisia să sprijine statele membre în vederea unei mai bune utilizări a politicii de coeziune și a fondurilor structurale ale UE pentru a susține proiectele care contribuie la abordarea factorilor sociali legați de sănătate și la reducerea inegalităților în materie de sănătate; invită, de asemenea, Comisia să sprijine statele membre să utilizeze mai bine programul PROGRESS;

Marți, 8 martie 2011

66. îndeamnă statele membre să pună capăt reducerilor actuale ale cheltuielilor publice destinate serviciilor medicale, care joacă un rol central în oferirea unui nivel ridicat de protecție a sănătății pentru femei și bărbați.
67. invită Comisia să introducă o abordare bazată pe factorii economici și de mediu legați de sănătate și pe „echitate și sănătate în toate politicile” în elaborarea tuturor politicilor interne și externe ale UE, în special în vederea realizării Obiectivelor de dezvoltare ale mileniului, și, îndeosebi, a unei stări bune de sănătate a mamelor;
68. îndeamnă toate statele membre să recunoască importanța sănătății pentru societate și să privească dincolo de o abordare bazată pe PIB când evaluează dezvoltarea societății, a comunității și dezvoltarea individuală;
69. invită Consiliul să promoveze eforturile de abordare a inegalităților în materie de sănătate ca o prioritate politică în toate statele membre, ținând seama de factorii sociali legați de sănătate și de factorii de risc privind stilul de viață, precum alcoolul, tutunul și alimentația, prin măsuri în domeniul politice precum protecția consumatorilor, ocuparea forței de muncă, locuințele, politica socială, mediul, agricultura și industria alimentară, educația, condițiile de trai și de muncă și cercetarea, respectând principiul „sănătate în toate politicile”;
70. invită Comisia să sprijine acțiunile finanțate în cadrul planurilor de acțiune în domeniul sănătății publice actuale și viitoare în vederea abordării factorilor sociali legați de sănătate;
71. invită Comisia să elaboreze orientări de îmbunătățire a mecanismelor de monitorizare a inegalităților în materie de sănătate peste tot în UE (între statele membre și în cadrul acestora) prin îmbunătățirea procesului de colectare a datelor prin compilarea unor informații mai sistematice și comparabile, care să vină în completarea datelor existente cu privire la inegalitățile în materie de sănătate, și printr-o monitorizare și o analizare regulate;
72. solicită Comisiei să aibă în vedere elaborarea unei propuneri de recomandare a Consiliului, sau a oricărei alte inițiative comunitare adecvate, în vederea încurajării și sprijinirii dezvoltării de către statele membre a unor strategii naționale sau regionale integrate de reducere a inegalităților în materie de sănătate;
73. invită Comisia să evalueze, în cadrul rapoartelor sale intermediare, eficiența măsurilor de reducere a inegalităților în materie de sănătate și îmbunătățirea stării de sănătate care decurg din politicile privind factorii sociali, economici și de mediu legați de sănătate;
74. invită Comisia să aplice abordarea HiAP în ceea ce privește elaborarea politicilor la nivelul UE și să realizeze evaluări eficiente ale impactului care să țină seama de rezultatele privind echitatea în materie de sănătate;
75. consideră că piețele deschise și competitive și buna lor funcționare pot stimula inovarea, investițiile și cercetarea în sectorul sănătății și recunoaște că acest lucru trebuie să fie însoțit de un sprijin financiar puternic destinat sectorului cercetării publice pentru a dezvolta în continuare modele durabile și eficiente de asistență medicală și pentru a promova dezvoltarea unor noi tehnologii și a aplicațiilor lor în acest sector (de exemplu, telemedicina), precum și de o metodologie comună de evaluare a tehnologiei din domeniul sănătății, toate în beneficiul fiecărei persoane, inclusiv al celor din grupurile socioeconomice mai defavorizate, ținându-se, totodată, seama de îmbătrânirea populației;
76. invită Comisia și statele membre să sprijine programele de informare și de sensibilizare ale cetățenilor și să intensifice dialogul cu societatea civilă, partenerii sociali și ONG-urile în ceea ce privește sănătatea și serviciile medicale;
77. consideră că este esențial ca numărul femeilor care participă la elaborarea politicilor în materie de sănătate, la planificarea programelor și la furnizarea de servicii medicale să crească;
78. încredințează Președintelui sarcina de a transmite prezenta rezoluție Consiliului și Comisiei.