

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

- (v) orzeczenia wszystkich wydziałów sądu pierwszej instancji i orzeczenia sądu odwoławczego powinny być wykonalne we wszystkich umawiających się państwach członkowskich bez konieczności przedstawienia tytułu wykonawczego;
- (vi) w Umowie należy wyjaśnić stosunek pomiędzy Umową a rozporządzeniem (WE) nr 44/2001;

Prawo materialne

15. jest zdania, że Sąd powinien opierać swoje orzeczenia na prawie unijnym, Umowie, europejskiej konwencji o patentach (EPC) i prawie krajowym, które przyjęto zgodnie z EPC, przepisach umów międzynarodowych dotyczących patentów i wiążących wszystkie umawiające się państwa członkowskie oraz na krajowym prawie umawiających się państw członkowskich, w świetle obowiązującego prawa unijnego;

16. podkreśla, że patent europejski o jednolitym skutku powinien przyznawać jego właścicielowi prawo do ochrony przed bezpośrednim i pośrednim korzystaniem z wynalazku przez stronę trzecią bez zgody właściciela patentu na terytorium umawiających się państw członkowskich, że właściciel patentu powinien być uprawniony do wynagrodzenia mu szkód powstałych wskutek bezprawnego korzystania z wynalazku oraz że właściciel powinien mieć prawo do wynagrodzenia zysku utraconego wskutek naruszenia i innych strat, zwrotu odpowiedniej opłaty licencyjnej albo zwrotu zysku osiągniętego w wyniku bezprawnego korzystania z wynalazku;

o
o o

17. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji, a także rządów i parlamentom państw członkowskich.

P7_TA(2012)0482

Zapobieganie chorobom kobiet związanym z wiekiem

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie zapobiegania chorobom związanym z wiekiem dotykającym kobiet (2012/2129(INI))

(2015/C 434/05)

Parlament Europejski,

- uwzględniając art. 168 TFUE,
- uwzględniając Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej,
- uwzględniając białą księgę pt. „Razem na rzecz zdrowia: strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013”(COM(2007) 0630),
- uwzględniając białą księgę pt. „Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” (COM(2007)0279),
- uwzględniając sprawozdanie Komisji Europejskiej w sprawie zdrowia kobiet w Unii Europejskiej,
- uwzględniając komunikat Komisji w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa (COM(2008)0689),
- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE” (COM(2009)0180),
- uwzględniając komunikat Komisji Europejskiej pt. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE” (COM(2009)0567),

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie” (COM (2009)0291),
- uwzględniając sprawozdanie pt. „Empower Women – Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region” (Wzmocnienie pozycji kobiet – walka z marketingiem przemysłu tytoniowego w regionie europejskim WHO) (WHO, 2010),
- uwzględniając sprawozdanie Komisji pt. „Starzenie się społeczeństwa, 2012 r.: podstawowe założenia i metodologia prognozy” (European Economy 4/11. Komisja Europejska, 2011),
- uwzględniając decyzję nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiającą drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 ⁽¹⁾,
- uwzględniając decyzję Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej ⁽²⁾,
- uwzględniając konkluzje Rady pt. „Innowacyjne podejścia do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej” z dnia 7 grudnia 2010 r.,
- uwzględniając sprawozdanie prezydencji belgijskiej z dnia 23 listopada 2010 r. w sprawie zróżnicowania wynagrodzenia ze względu na płeć,
- uwzględniając konkluzje szczytu ONZ w sprawie przewlekłych chorób niezakaźnych, który odbył się w dniach 19-20 września 2011r.,
- uwzględniając program ramowy w zakresie badań naukowych i innowacji „Horyzont 2020” (COM(2011)0808),
- uwzględniając sprawozdanie Eurostatu pt. „Aktywne starzenie się i solidarność międzypokoleniowa – obraz statystyczny Unii Europejskiej w 2012 r.”,
- uwzględniając sprawozdanie Eurobarometru pt. „Aktywne starzenie się” (2012),
- uwzględniając komunikat Komisji pt. „Działania w ramach Strategicznego planu realizacji Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu” (COM(2012)0083),
- uwzględniając białą księgę pt. „Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur” (COM(2012)0055),
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 26 października 2006 r. w sprawie raka piersi w rozszerzonej Unii Europejskiej ⁽³⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 1 lutego 2007 r. w sprawie „promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym” ⁽⁴⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie przeciwdziałania chorobom układu krążenia ⁽⁵⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 19 lutego 2009 r. w sprawie zdrowia psychicznego ⁽⁶⁾,

⁽¹⁾ Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s.3.

⁽²⁾ Dz.U. L 246 z 23.9.2011, s.5.

⁽³⁾ Dz.U. C 313 E z 20.12.2006, s. 273.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 250 E z 25.10.2007, s. 93.

⁽⁵⁾ Dz.U. C 175 E z 10.7.2008, s. 561.

⁽⁶⁾ Dz.U. C 76 E z 25.3.2010, s. 24.

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 6 maja 2009 r. w sprawie aktywnej integracji osób wykluczonych z rynku pracy ⁽¹⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 12 listopada 2009 r. w sprawie wspólnego planowania badań naukowych w celu zwalczania chorób neurodegeneracyjnych, w szczególności choroby Alzheimera ⁽²⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji ⁽³⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 6 maja 2010 r. w sprawie komunikatu Komisji pt. „Walka z rakiem: Partnerstwo europejskie” ⁽⁴⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 7 września 2010 r. w sprawie roli kobiet w starzejącym się społeczeństwie ⁽⁵⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 11 listopada 2010 r. w sprawie wyzwań demograficznych i solidarności między pokoleniami ⁽⁶⁾,
- uwzględniając swoje sprawozdanie z dnia 8 marca 2011 r. w sprawie ubóstwa kobiet w Unii Europejskiej ⁽⁷⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 13 września 2011 r. w sprawie sytuacji kobiet w wieku przedemerytalnym ⁽⁸⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 15 września 2011 r. w sprawie stanowiska i zobowiązań Unii Europejskiej przed posiedzeniem wysokiego szczebla ONZ w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania ⁽⁹⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie przeciwdziałania epidemii cukrzycy w UE ⁽¹⁰⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 24 maja 2012 r. zawierającą zalecenia dla Komisji w sprawie stosowania zasady równości wynagrodzeń dla pracowników płci męskiej i żeńskiej za taką samą pracę lub pracę tej samej wartości ⁽¹¹⁾,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 13 marca 2012 r. w sprawie równości kobiet i mężczyzn ⁽¹²⁾,
- uwzględniając art. 48 Regulaminu,
- uwzględniając sprawozdanie Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (A7-0340/2012),

Kontekst

- A. mając na uwadze, że Unia Europejska promuje godność człowieka, uznaje prawo każdego człowieka do dostępu do profilaktyki zdrowotnej i opieki medycznej, a art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej wyraźnie stanowi, że państwa członkowskie są odpowiedzialne za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej oraz za zarządzanie nimi, w tym za przydział zasobów. Kluczowe znaczenie ma to, by osoby w podeszłym wieku miały prawo do życia w sposób godny i niezależny i do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym,

⁽¹⁾ Dz.U. C 212 E z 5.8.2010, s. 23.

⁽²⁾ Dz.U. C 271 E z 7.10.2010, s. 7.

⁽³⁾ Dz.U. C 136 E z 11.5.2012, s. 35.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 81 E z 15.3.2011, s. 95.

⁽⁵⁾ Dz.U. C 308 E z 20.10.2011, s. 49.

⁽⁶⁾ Dz.U. C 74 E z 13.3.2012, s. 19.

⁽⁷⁾ Dz.U. C 199 E z 7.7.2012, s. 77.

⁽⁸⁾ Teksty przyjęte, P7_TA(2011)0360.

⁽⁹⁾ Teksty przyjęte, P7_TA(2011)0390.

⁽¹⁰⁾ Teksty przyjęte, P7_TA(2012)0082.

⁽¹¹⁾ Teksty przyjęte, P7_TA(2012)0225.

⁽¹²⁾ Teksty przyjęte, P7_TA(2012)0069.

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

- B. mając na uwadze, że starzenie się społeczeństwa jest jednym z podstawowych wyzwań dla Europy, mając na uwadze, że w UE żyje ponad 87 mln ludzi w wieku powyżej 65 lat (17,4 % całego społeczeństwa) i że zgodnie z przewidywaniami w 2060 r. będzie ich ponad 150 mln (ok. 30 %),
- C. mając na uwadze, że mimo znaczącego wydłużenia średniego trwania życia, któremu towarzyszy stale rosnący poziom życia w państwach uprzemysłowionych, co obecnie umożliwia osobom w podeszłym wieku prowadzenie znacznie bardziej aktywnego życia niż w minionych dziesięcioleciach, negatywne stereotypy i uprzedzenia wobec osób w podeszłym wieku nadal stanowią główną przeszkodę dla ich integracji społecznej, co prowadzi do wykluczenia społecznego mającego bezpośredni wpływ na ich jakość życia i zdrowie psychiczne,
- D. mając na uwadze, że średnia oczekiwana długość życia w chwili urodzenia kobiet jest wyższa niż w przypadku mężczyzn (82,4 lat w przypadku kobiet w porównaniu z 76,4 lat w przypadku mężczyzn), mając na uwadze, że różnica między średnim trwaniem życia w dobrym zdrowiu jest mniejsza, a wiek ten wynosi 61,7 lat dla mężczyzn i 62,6 lat dla kobiet,
- E. mając na uwadze, że w 2010 r. stopa zatrudnienia kobiet w grupie wiekowej 55-64 lata wynosiła 38,6 %, natomiast stopa zatrudnienia mężczyzn w tej samej grupie wiekowej wynosiła 54,5 %, mając na uwadze, że zgodnie z celami UE do 2020 r. zatrudnione powinno być 75 % populacji w grupie wiekowej 20-64 lata,
- F. mając na uwadze, że wynagrodzenie kobiet jest niższe niż wynagrodzenie mężczyzn (w UE średnia różnica w wynagrodzeniu między płciami wynosi 17,5 %), mając na uwadze, że różnica w wynagrodzeniach ze względu na płć w grupie wiekowej 55-64 lata wynosi ponad 30 % w niektórych państwach członkowskich i osiąga 48 % w przypadku osób w wieku ponad 65 lat, mając na uwadze, że różnica w wynagrodzeniach ze względu na płć prowadzi do różnic w emeryturach ze względu na płć, co często sprawia, że kobiety mają odpowiednio niższe emerytury i żyją poniżej granicy ubóstwa,
- G. mając na uwadze, że kobiety w celu pogodzenia życia rodzinnego i zawodowego często decydują się na elastyczne formy zatrudnienia, pracę w domu, w niepełnym wymiarze godzin, zatrudnienie tymczasowe lub nietypowe, co wpływa negatywnie na rozwój ich kariery zawodowej i ma poważne konsekwencje dla wysokości odprowadzanych składek emerytalnych, wskutek czego kobiety są szczególnie narażone na niestabilną sytuację i ubóstwo,
- H. mając na uwadze, że pokolenie kobiet powyżej 50 lat, często opisywane jako „pokolenie kanapkowe” lub jako „pracujące córki i pracujące matki”, ma mniejsze możliwości zadbania o własne zdrowie, ponieważ kobiety te często opiekują się swoimi rodzicami i wnukami,
- I. mając na uwadze, że w Europie 23,9 % społeczeństwa w grupie wiekowej 50-64 lata jest zagrożone ubóstwem (25,9 % kobiet i 21,7 % mężczyzn), mając na uwadze, że poziom ten w Unii Europejskiej waha się od 39 % do 49 % zależnie od kraju i osiąga 51 % w jednym państwie UE,
- J. mając na uwadze, że 75,8 % kobiet w wieku powyżej 65 lat żyje samotnie również z przyczyn takich jak rozwód, separacja lub wdowieństwo, a także mając na uwadze, że w Unii Europejskiej trzy na dziesięć gospodarstw domowych to jednoosobowe gospodarstwa domowe, w większości składające się z żyjących samotnie kobiet, w szczególności kobiet w podeszłym wieku, oraz że odsetek ten zwiększa się, mając na uwadze, że jednoosobowe gospodarstwa domowe bądź gospodarstwa utrzymujące się z dochodów jednej osoby są w większości państw członkowskich traktowane niekorzystnie, w ujęciu zarówno względnym, jak i bezwzględnym, w odniesieniu do opodatkowania, zabezpieczenia społecznego, kwestii mieszkaniowych, opieki zdrowotnej, ubezpieczenia i emerytur, mając na uwadze, że publiczne strategie polityczne nie powinny działać na niekorzyść osób, które – dobrowolnie bądź nie – żyją samotnie,
- K. mając na uwadze, że w 2009 r. stopa poważnego niedostatku materialnego w przypadku kobiet w wieku powyżej 65 lat wynosiła 7,6 % a w przypadku mężczyzn w tej samej grupie wiekowej 5,5 %,
- L. mając na uwadze, że kobiety starsze jako grupa w niekorzystnej sytuacji często spotykają się z dyskryminacją z wielu przyczyn jednocześnie (np. ich wiek, płć i pochodzenie etniczne), mając na uwadze, że środki ochrony socjalnej i dostęp do krajowych systemów opieki zdrowotnej byłyby korzystne dla starszych kobiet, które często mają niski status społeczno-ekonomiczny i napotykać rozmaite przeszkody,
- M. mając na uwadze, że na obszarach wiejskich dostęp do opieki zdrowotnej jest trudniejszy niż na obszarach miejskich, szczególnie ze względu na brak pracowników służby zdrowia i infrastruktury szpitalnej, w tym również izb przyjęć,
- N. mając na uwadze, że kobiety w podeszłym wieku, zwłaszcza żyjące w odosobnieniu, znajdują się często w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, co wpływa negatywnie na ich jakość życia i stan zdrowia fizycznego i psychicznego,

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

- O. mając na uwadze, że aby odpowiednio zaspokajać potrzeby kobiet starszych, niezbędne jest lepsze zrozumienie chorób, na które te kobiety zapadają,
- P. mając na uwadze, że wszystkie wymienione czynniki, w tym odosobnienie, wpływają na zdolność kobiet starszych do tworzenia i/lub utrzymywania więzi społecznych, a tym samym do prowadzenia aktywnego życia,

Choroby związane ze starzeniem się

- Q. mając na uwadze, że ze względu na dłuższe średnie trwanie życia i zależną od płci podatność na pewne choroby, kobiety częściej zapadają na choroby przewlekłe i powodujące inwalidztwo i są one zatem bardziej narażone na pogorszenie się jakości życia,
- R. mając na uwadze, że między mężczyznami i kobietami występują różnice, jeżeli chodzi o częstość występowania, przebieg i skutki wielu chorób,
- S. mając na uwadze, że według najnowszych dostępnych danych (Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem – IARC), najczęściej występujące nowotwory u kobiet to rak piersi (29,7 %), rak jelita grubego (13,5 %) i rak płuc (7,4 %),
- T. mając na uwadze, że co roku choroby układu krążenia są przyczyną ponad 2 mln zgonów w państwach członkowskich, co stanowi 42 % wszystkich zgonów w UE, i powodują 45 % zgonów wśród kobiet i 38 % zgonów wśród mężczyzn,
- U. mając na uwadze, że cukrzyca jest jedną z najczęstszych chorób niezakaźnych, na którą choruje ponad 33 mln obywateli UE, a liczba ta prawdopodobnie wzrośnie do 38 mln do 2030 r. oraz że w 2010 r. ok. 9 % osób dorosłych (w wieku 20-79 lat) w UE było chorych na cukrzycę,
- V. mając na uwadze, że wiek jest czynnikiem ryzyka rozwoju chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera (najpowszechniejsza forma demencji), mając na uwadze, że choroby neurodegeneracyjne częściej występują u osób powyżej 65 lat (zapada na nie ok. 1 osoba na 20 w wieku powyżej 65 lat, 1 osoba na 5 w wieku powyżej 80 lat i 1 osoba na 3 w wieku powyżej 90 lat), mając na uwadze, że ponad 7,3 mln osób w Europie cierpi na demencję, mając na uwadze, że badania pokazują, że odsetek kobiet powyżej 90 lat cierpiących na chorobę Alzheimera wynosi 81,7 %, natomiast w przypadku mężczyzn wynosi on 24 %; mając na uwadze, że napiętnowanie i brak świadomości w kwestii chorób neurodegeneracyjnych, takich jak demencja, powoduje późne diagnozowanie i słabe wyniki leczenia,
- W. mając na uwadze, że demencja częściej występuje u osób w wieku powyżej 65 lat (zapada na nią ok. 1 osoba na 20 w wieku powyżej 65 lat, 1 osoba na 5 w wieku powyżej 80 lat i 1 osoba na 3 w wieku powyżej 90 lat), mając na uwadze, że na ogół częstość występowania jest większa wśród starszych kobiet niż wśród starszych mężczyzn;
- X. mając na uwadze, że w przypadku kobiet istnieje większe ryzyko wystąpienia chorób kości i stawów (np. choroby zwyrodnieniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, osteoporozy i kruchości kości), mając na uwadze, że około 75 % złamań szyjki kości udowej z powodu osteoporozy dotyczy kobiet,
- Y. mając na uwadze, że głównymi czynnikami ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy, otyłości i przewlekłych chorób płuc jest palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta, nadużywanie alkoholu i zanieczyszczenie środowiska,
- Z. mając na uwadze, że depresja i stany lękowe to ciężkie postaci zaburzeń psychicznych, które występują częściej u kobiet niż u mężczyzn, i których częstość występowania u kobiet w Europie zgodnie z szacunkami WHO wynosi 2-15 % w przedziale wiekowym powyżej 65 lat,
- AA. mając na uwadze, że zaburzenia słuchu i wzroku również stanowią znaczące obciążenie na przestrzeni lat przeżytych z ograniczeniami funkcjonalnymi, zaś właściwa diagnoza w odpowiednim czasie, dobre leczenie oraz dostęp do wyrobów medycznych wysokiej jakości mogą zapobiegać dalszemu pogarszaniu się stanu zdrowia lub częściowo przywracać sprawność,
- AB. mając na uwadze, że około 600 tys. Europejczyków cierpi na stwardnienie rozsiane i większość chorych stanowią kobiety, mając na uwadze, że choroba ta jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą neurodegeneracyjną, jak również jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności niespowodowanej urazem u starszych kobiet,

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

Dostęp do usług zdrowotnych

- AC. mając na uwadze, że konieczne jest zapewnienie kobietom i mężczyznom równego dostępu do usług zdrowotnych i lepszej jakości opieki zdrowotnej oraz poświęcenie większej uwagi szczególnej sytuacji kobiet na obszarach wiejskich, gdzie wiele z nich żyje samotnie, przy poszanowaniu art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,
- AD. mając na uwadze, że z powodu nierówności uwarunkowanych płcią związanych z płacami, emeryturami i innymi dochodami, sytuacja ekonomiczna kobiet sprawia, że są one szczególnie narażone na niestabilność i ubóstwo i że dysponują mniejszą ilością środków finansowych na opiekę zdrowotną i leczenie, których potrzebują,
- AE. mając na uwadze, że telemedycyna może wpłynąć na poprawę dostępu do opieki zdrowotnej, której brakuje na obszarach trudno dostępnych, a także na poprawę jakości specjalistycznej opieki zdrowotnej, jakiej wymagają niektóre osoby starsze ze względu na ich szczególny stan zdrowia, a także na zwiększenie częstotliwości świadczenia tej opieki,

Badania i profilaktyka

- AF. mając na uwadze, że inwestycje w badania i innowacje mają zasadnicze znaczenie, jeżeli chodzi o utrzymanie wysokiego poziomu życia oraz stawienie dzięki temu czoła wielkiemu wyzwaniu związanemu ze starzeniem się społeczeństwa,
- AG. mając na uwadze, że profilaktyka i wczesna diagnostyka prowadzą do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego mężczyzn i kobiet, co może pozwolić na wydłużenie lat zdrowego życia i ograniczenie wydatków na opiekę zdrowotną i w ten sposób zapewnienie zachowania zdrowia w perspektywie długoterminowej,
- AH. mając na uwadze, że w ramach opieki zdrowotnej działania profilaktyczne muszą mieć charakter priorytetowy, a szczególną uwagę poświęcić należy grupom w niekorzystnej sytuacji,
- AI. mając na uwadze, że kompetencje zdrowotne stanowią warunek konieczny, aby obywatele mogli lepiej orientować się w złożonych strukturach systemów opieki zdrowotnej oraz lepiej zrozumieć własną rolę w zapobieganiu chorobom związanym z wiekiem w ciągu całego życia,
- AJ. mając na uwadze, że kwestia uzależnienia od płci w przypadku zapadalności na choroby i skuteczności produktów leczniczych nie jest obecnie w wystarczającym stopniu badana, ponieważ badania kliniczne prowadzone są głównie na młodych mężczyznach,
- AK. mając na uwadze, że według IARC poddanie ponad 70 % kobiet badaniom mammograficznym mogłoby ograniczyć o 20 %-30 % umieralność na raka piersi wśród kobiet w wieku po 50 roku życia,
- AL. mając na uwadze, że kobiety w większym stopniu stosują leki i ziołowe środki lecznicze, których działanie musi być jeszcze zbadane, tak aby zminimalizować ryzyko wystąpienia interakcji,
- AM. mając na uwadze, że wraz z upływem lat kobiety podlegają wielu zmianom hormonalnym i stosują specjalne leki mające zastosowanie w wieku rozrodczym i w okresie menopauzy,
- AN. mając na uwadze, że 9 % kobiet często przyjmuje leki przeciwdepresyjne, a odsetek mężczyzn w tym względzie wynosi 5 %,
- AO. mając na uwadze, że według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 4-6 % starszych osób doświadcza jakiejś formy przemocy w swoich domach, poczynając od przemocy fizycznej, seksualnej i psychicznej do wykorzystywania finansowego, zaniedbywania i porzucenia,

Kontekst

1. przyznaje, że chociaż kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, nie cieszą się one dłużej dobrym zdrowiem, tj. życiem bez istotnych ograniczeń w aktywności lub ograniczeń wynikających z niepełnosprawności (62,6 lat dla kobiet i 61,7 lat dla mężczyzn);
2. dnotowuje, że kobiety starsze muszą mieć odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej i pomocy w domu, tak aby mogły korzystać w równych praw i prowadzić niezależną egzystencję;
3. wzywa Komisję do opublikowania nowego sprawozdania na temat zdrowia kobiet, ze zwróceniem szczególnej uwagi na przedział wiekowy „65 +” oraz wskaźniki dotyczące aktywnego starzenia się;

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

4. uważa, że strategie polityczne mające na celu godzenie życia rodzinnego i zawodowego i propagowanie udziału społecznego wspomagają kobiety w procesie aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu, dlatego zachęca państwa członkowskie do wzmożenia wysiłków w tym kierunku;
5. wzywa państwa członkowskie, by wspierały pełną integrację, większe zaangażowanie i aktywny udział kobiet starszych w życiu społecznym;
6. podkreśla znaczenie oferty dotyczącej życia kulturalnego i kształcenia skierowanej do grupy tzw. trzeciego wieku;
7. wzywa do podjęcia konkretnych i skutecznych działań, takich jak przyjęcie dyrektywy w sprawie równego traktowania, tak aby podjąć kwestię dyskryminacji z wielu przyczyn jednocześnie, z jaką często spotykają się starsze kobiety;
8. popiera inicjatywy mające na celu zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom i lepsze promowanie zdrowia, jak również zachowanie niezależności przez osoby starsze;
9. wzywa Komisję i Radę do opublikowania sprawozdania na temat działań podjętych przez państwa członkowskie na rzecz aktywnego starzenia się oraz wpływu tych działań, w celu określenia najlepszych praktyk oraz rozważenia możliwości podjęcia w przyszłości działań na poziomie europejskim;
10. wzywa Komisję i państwa członkowskie do kreowania bardziej pozytywnej postawy wobec kwestii starzenia się, jak również zwiększenia świadomości obywateli UE co do różnych aspektów związanych ze starzeniem się i jego rzeczywistymi skutkami; było to jednym z głównych przesłań roku 2012, który ogłoszono rokiem aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej;
11. postrzega przyjęcie podejścia do cyklu życia, w którym bierze się pod uwagę wzajemne powiązania pomiędzy starzeniem się i kwestiami płci, jako krok naprzód w ramach strategii politycznych dotyczących starzenia się;
12. zauważa, że wydatki publiczne w dziedzinie ochrony zdrowia stanowią 7,8 % PKB UE i szacuje się, że do 2060 r. z powodu starzenia się społeczeństwa wydatki na długoterminową i krótkoterminową opiekę zdrowotną wzrosną o 3 %;
13. wzywa państwa członkowskie do poświęcenia uwagi starszym kobietom-immigrantkom, które cierpią z powodu ciężkich warunków ekonomicznych i socjalnych i często napotykają trudności z uzyskaniem dostępu do ochrony socjalnej i usług opieki zdrowotnej; uważa, że szczególną uwagę należy poświęcać kobietom żyjącym samotnie, wdowom i kobietom rozwiedzionym, których jakość życia i stan zdrowia uległy pogorszeniu w wyniku tej sytuacji;
14. wzywa Komisję i państwa członkowskie do pełnego uznania aspektu płci w ramach opieki zdrowotnej jako podstawowego elementu polityki zdrowotnej UE oraz krajowych strategii politycznych w dziedzinie ochrony zdrowia;
15. wzywa państwa członkowskie do zachowania właściwej równowagi między wdrażaniem drastycznych środków mających na celu walkę z kryzysem finansowym i gospodarczym a odpowiednim finansowaniem opieki zdrowotnej i społecznej, tak aby wspierać zarządzanie demograficznym trendem starzenia się społeczeństwa;
16. wzywa Komisję do opublikowania oceny skutków kryzysu gospodarczego i finansowego na kobiety w podeszłym wieku, ze zwróceniem szczególnej uwagi na dostęp do zapobiegawczej i leczniczej opieki zdrowotnej;
17. odnotowuje, że tworzenie wszechstronnych i szczegółowych strategii w sektorze zdrowia wymaga współpracy rządów, pracowników służby zdrowia, organizacji pozarządowych, organizacji zajmujących się zdrowiem publicznym, organizacji reprezentujących pacjentów, środków masowego przekazu i innych stron zainteresowanych starzeniem się w dobrym zdrowiu;
18. ponownie stwierdza konieczność budowania i promowania Unii Europejskiej bardziej wrażliwej na potrzeby i dobro kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku, z uwzględnieniem problematyki płci w ramach wszelkich podejmowanych działań i strategii politycznych służących podnoszeniu świadomości i informacyjnych w celu zapewnienia wszystkim możliwości aktywnego starzenia się w dobrym zdrowiu;

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

Choroby związane ze starzeniem się

19. podkreśla, że do wielu chorób u kobiet często nie przywiązuje się odpowiedniej wagi, jak w przypadku chorób serca, które są traktowane jako problem mężczyzn; ubolewa, że w wielu przypadkach zawały serca u kobiet nie są diagnozowane, ponieważ objawy na ogół różnią się od objawów występujących u mężczyzn; podkreśla, że terapie powinny być stosowane z uwzględnieniem biologicznych cech płciowych;
20. wzywa państwa członkowskie do wdrożenia programów informacyjnych skierowanych do kobiet mających na celu podniesienie świadomości w kwestii czynników ryzyka związanych z chorobami układu krążenia oraz specjalistycznych programów na rzecz ustawicznego kształcenia pracowników służby zdrowia;
21. ubolewa nad tym, że zbyt mało uwagi poświęca się problemowi wzrostu spożycia alkoholu wśród kobiet w podeszłym wieku w Europie i zachęca Komisję Europejską oraz państwa członkowskie do rozpoczęcia badań w celu zajęcia się tym problemem i zaradzenia jego wpływowi na zdrowie fizyczne i psychiczne kobiet w podeszłym wieku;
22. zauważa z niepokojem, że liczba palących kobiet rośnie, co powoduje zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuc i na choroby serca wśród kobiet; wzywa państwa członkowskie i Komisję do wprowadzenia programów zwalczania palenia tytoniu, ze szczególnym uwzględnieniem młodych kobiet (WHO szacuje, że w Europie odsetek palących kobiet wzrośnie z ok. 12 % do około 20 % do 2025 r.);
23. zwraca się do Komisji, aby zachęcała do podejmowania inicjatyw służących propagowaniu poprawy stanu zdrowia, również poprzez odpowiednie informowanie o zagrożeniach związanych z paleniem papierosów i spożywaniem alkoholu oraz o korzyściach płynących z odpowiedniego sposobu odżywiania się i odpowiedniej aktywności fizycznej, które umożliwiają zapobieganie otyłości i nadciśnieniu tętniczemu oraz związanym z nimi komplikacjom;
24. wzywa Komisję i państwa członkowskie do wdrożenia kampanii informacyjnych skierowanych do kobiet, które wkraczają w okres menopauzy lub przechodzą ten okres;
25. wzywa państwa członkowskie do podnoszenia świadomości społecznej w odniesieniu do chorób kości i stawów poprzez organizowanie publicznych kampanii informacyjnych i edukacyjnych na temat profilaktyki i leczenia tych chorób;
26. wzywa Komisję, by w ramach działań następczych podejmowanych w związku z wynikami szczytu ONZ w sprawie chorób niezakaźnych, który odbył się we wrześniu 2011 r., oraz procesem konsultacji publicznych zainicjowanym przez Komisję między marcem a kwietniem 2012 r. opracowała ona plan działania UE w sprawie chorób niezakaźnych;
27. w związku z planowanym przeglądem dyrektywy 2001/37/WE w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych wzywa Komisję do położenia szczególnego nacisku na sytuację osób młodych;
28. wzywa Komisję do opracowania i wdrożenia specjalnej strategii UE, w formie zalecenia Rady, na rzecz zapobiegania, diagnostyki i leczenia cukrzycy, a także mającej na celu informowanie i prowadzenie badań w tej dziedzinie, z dopilnowaniem tego, by uwzględniono problematykę płci i równości mężczyzn i kobiet; przy poszanowaniu art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej;
29. wzywa Komisję i państwa członkowskie do przyjęcia holistycznego i uwzględniającego kwestie płci podejścia do choroby Alzheimera i innych form demencji, tak aby poprawić jakość życia pacjentów i ich rodzin i zapewnić im bardziej godne traktowanie;
30. zachęca Komisję i państwa członkowskie do opracowania publicznych kampanii informacyjnych na temat choroby Alzheimera (informacje o chorobie, możliwościach leczenia, opieki) we współpracy z krajowymi i europejskimi stowarzyszeniami Alzheimera;
31. wzywa państwa członkowskie do pilnego opracowania krajowych planów i strategii dotyczących choroby Alzheimera, jeżeli jeszcze tego nie uczyniły;
32. zauważa z niepokojem, że w UE najwyższy wskaźnik samobójstw obserwuje się wśród osób powyżej 65 lat oraz że przypadki prób samobójczych wśród kobiet są częstsze niż wśród mężczyzn, a ich liczba rośnie ze względu na wzmożony wpływ pogorszenia koniunktury gospodarczej na kobiety w podeszłym wieku; nalega, by Komisja opublikowała ekspertyzę na temat związku między tymi danymi statystycznymi a dysproporcjonalnym wpływem kryzysu gospodarczego na kobiety starsze;

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

33. wzywa państwa członkowskie, aby we współpracy z Komisją Europejską i Eurostatem usprawniły gromadzenie danych, z podziałem według płci i wieku, oraz informacji dotyczących zdrowia psychicznego i związku między zdrowiem psychicznym i liczbą lat zdrowego trybu życia;

34. wzywa państwa członkowskie do organizowania specjalnych szkoleń dla lekarzy ogólnych i dla pracowników zajmujących się kwestiami zdrowia psychicznego, w tym lekarzy, psychologów, służb pielęgniarstwa, na temat zapobiegania i leczenia chorób neurodegeneracyjnych i zaburzeń depresyjnych, poświęcając szczególną uwagę dodatkowym wyzwaniom, wobec jakich stają starsze kobiety;

35. wzywa państwa członkowskie do nadania priorytetu działaniom w obszarze chorób upośledzających pamięć, takich jak demencja, oraz do intensyfikacji ich wysiłków w zakresie badań medycznych i społecznych, w celu poprawy jakości życia osób cierpiących na te choroby, a także jakości życia ich opiekunów, zapewnienia trwałego rozwoju świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych, jak również stymulowania wzrostu na szczeblu europejskim;

36. wzywa państwa członkowskie do dopilnowania, by pracownicy sektora publicznego i prywatnego, którzy opiekują się osobami w podeszłym wieku, uczestniczyli w aktualnie organizowanych programach szkoleniowych i podlegali regularnej ocenie;

37. wzywa państwa członkowskie do wspierania specjalistycznych studiów medycznych z zakresu gerontologii na uczelniach publicznych;

Dostęp do usług zdrowotnych

38. wzywa państwa członkowskie do wspierania niezbędnych inicjatyw, aby ułatwić dostęp do usług zdrowotnych starszym kobietom, w tym kobietom mieszkającym daleko od dużych centrów i na trudno dostępnych obszarach, niezależnie od ich sytuacji osobistej, finansowej i społecznej, z naciskiem na indywidualny charakter opieki, w tym możliwie jak najdłuższą opiekę w miejscu zamieszkania, jak również na specjalne ulgi i formy wsparcia dla opiekunek i na telemedycynę, w zakresie, w jakim może ona przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe i do skrócenia list oczekujących;

39. wzywa państwa członkowskie, by przy planowaniu swoich budżetów na świadczenia zdrowotne również analizowały, monitorowały i gwarantowały wymiar płci;

40. wzywa państwa członkowskie, by dalej rozwijały e-swiadczenia zdrowotne i uwzględniające kwestię płci rozwiązania oparte na nowoczesnych technologiach w służbie osobom starszym, tak aby wspierać niezależne funkcjonowanie w domu i sprawić, by świadczenia zdrowotne stały się bardziej efektywne w przypadku kobiet starszych odciętych od świata ze względu na ograniczoną sprawność ruchową i które częściej są wykluczone z korzystania z takich udogodnień; wzywa również państwa członkowskie, by ustanowiły sieć 24-godzinnych usług z zakresu porad telefonicznych;

41. wzywa do przyjęcia podejścia opartego na poszanowaniu praw, aby umożliwić osobom starszym odgrywanie aktywnej roli w procesie podejmowania decyzji co do rodzaju oraz kształtu świadczonych im usług opiekuńczych i socjalnych;

42. zwraca się do państw członkowskich o zapewnienie tego, by systemy zabezpieczenia społecznego, w tym ubezpieczeń zdrowotnych, uwzględniały brak zatrudnienia i problemy społeczne kobiet, tak aby kobiety te nie zostały pozostawione bez ochrony;

43. uważa, że ważne jest promowanie i ułatwianie dostępu do usług zdrowotnych, opiekuńczych i innych form usług kobietom, które mimo problemów ze zdrowiem muszą opiekować się innymi zależnymi od nich osobami;

44. nalega, by instytucje publiczne i prywatne, które świadczą opiekę zdrowotną osobom w podeszłym wieku i działają zgodnie z modelem szpitalnym, reorganizowane były w sposób bardziej przyjazny dla pacjentów, zapewniając im nie tylko opiekę medyczną, lecz także nadając priorytet każdej formie niezależnej bądź kreatywnej działalności, tak aby zapobiegać instytucjonalizacji tych osób;

45. zdecydowanie uważa, że należy konsultować się ze starszymi pacjentami przebywającymi w publicznych bądź prywatnych domach opieki w kwestii funkcjonowania tych instytucji;

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

46. podkreśla, że coraz liczniejszy personel medyczny i paramedyczny musi być doskonale wyszkolony i przygotowany na to, że ze względu na płeć i wiek starszych kobiet należy uwzględniać ich szczególne potrzeby psychologiczne oraz w zakresie relacji i informacji;
47. apeluje o to, by w ramach kształcenia personelu medycznego więcej uwagi poświęcono umiejętności słuchania i zagadnieniom psychologicznym; wzywa też do większego zaangażowania pracowników socjalnych w przedmiotową politykę zapobiegania;
48. popiera stowarzyszenia i serwisy telefoniczne zapewniające opiekę, ochronę i wsparcie psychologiczne osobom w podeszłym wieku;
49. wzywa państwa członkowskie i Komisję do tego, aby uwzględniając problematykę płci gromadziły dane i wymieniały się dobrymi praktykami, które mogłyby prowadzić do rozpoznania dobrych praktyk w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności w odniesieniu do biurokracji, oraz mogłyby przyczynić się do opracowania konkretnych środków i strategii politycznych umożliwiających podniesienie jakości życia kobiet starszych, a także do udzielania rządów porad w kwestii kreowania w państwach członkowskich otoczenia sprzyjającego zwiększaniu świadomości w zakresie chorób związanych z wiekiem;
50. zachęca państwa członkowskie do zwiększania profilaktycznej opieki zdrowotnej dla kobiet starszych, na przykład poprzez zapewnienie dostępnych i regularnych badań mammograficznych i cytologii, w celu zlikwidowania limitów wiekowych w dostępie do profilaktyki zdrowotnej, takiej jak badania przesiewowe pod kątem raka piersi, a także zwiększenia świadomości w kwestii znaczenia badań przesiewowych;
51. wzywa Komisję do zwiększenia wysiłków w celu rozpowszechniania w całej Unii Europejskiej kultury zapobiegania, a państwa członkowskie – do zwiększenia liczby specjalnych kampanii informacyjnych i uświadamiających w szkołach, uniwersytetach, miejscach pracy i ośrodkach dla osób starszych, we współpracy z pracownikami tych sektorów, władz lokalnych i organizacji pozarządowych;

Badania i profilaktyka

52. z zaniepokojeniem odnotowuje wyniki badań UE opublikowane w kwietniu 2011 r., które pokazują, że około 28 % kobiet, w wieku 60 lat lub powyżej było niewłaściwie traktowanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy; uważa, że należy nadać priorytet ochronie osób w podeszłym wieku przed nadużyciami, niewłaściwym traktowaniem, zaniedbywaniem i wykorzystywaniem, intencjonalnym i celowym bądź wynikającym z niedbalstwa; wzywa państwa członkowskie do intensyfikacji działań mających na celu zapobieganie nadużyciom wobec osób starszych w domu i w instytucjach;
53. w badaniach medycznych ważne jest przyjęcie podejścia uwzględniającego szczególnie problemy dotyczące odpowiednio mężczyzn i kobiet;
54. podkreśla, że w strategii na rzecz równości kobiet i mężczyzn (2010–2015) uznaje się, że kobiety i mężczyźni są narażeni na zagrożenia zdrowia i choroby właściwe dla danej płci, co powinno być odpowiednio uwzględnione w badaniach medycznych i usługach zdrowotnych;
55. wnosi o opracowanie w ramach programu „Horyzont 2020” strategicznego planu badań w dziedzinie zdrowia kobiet na najbliższe dziesięć lat oraz o utworzenie instytutu badań w dziedzinie zdrowia kobiet, aby zapewnić wdrożenie tego planu;
56. ważne jest zapewnienie obecności kobiet ekspertów w krajowych doradczych komitetach techniczno-naukowych ds. oceny leków;
57. wzywa Radę, Komisję i państwa członkowskie do włączenia nadużyć wobec osób starszych do wspólnego programu badań chorób neurodegeneracyjnych w charakterze tematu badawczego, tak aby oszacować częstotliwość ich występowania oraz wpływ na osoby cierpiące na demencję;
58. popiera Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, będące inicjatywą pilotażową mającą na celu wydłużenie o 2 lata liczby lat w dobrym zdrowiu obywateli UE do 2020 r. oraz zmierzającą do przysporzenia Europie trojakich korzyści poprzez poprawę zdrowia i jakości życia, jak również zwiększenie stabilności i efektywności systemów opieki;

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

59. z zadowoleniem przyjmuje projekty i inicjatywy mające na celu poprawę przyzwyczajeń żywieniowych i stylu życia (takie jak projekt EATWELL, platforma UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia, ramy w zakresie ograniczenia spożycia soli), jak również Partnerstwo europejskie na rzecz walki z rakiem;

60. podkreśla, że wszystkie cele i działania ujęte w drugim wspólnotowym programie działań w dziedzinie zdrowia powinny przyczynić się do propagowania lepszego zrozumienia oraz większego stopnia uznania odpowiednich potrzeb mężczyzn i kobiet i odpowiednich podejść do ochrony zdrowia;

61. z zadowoleniem przyjmuje wniosek Komisji dotyczący pakietu w dziedzinie polityki spójności (2014–2020), w którym wskazano aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu oraz innowacje jako priorytety inwestycyjne;

62. ubolewa, że 97 % budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia jest poświęcone na leczenie chorób niezakaźnych, a tylko 3 % na działania zapobiegawcze, podczas gdy koszty leczenia chorób niezakaźnych i zarządzania nimi gwałtownie rosną z powodu większego dostępu do diagnostyki i terapii; wzywa w związku z tym państwa członkowskie, by poświęcały większą część swoich budżetów na działania zapobiegawcze;

63. wzywa Komisję, by kładła większy nacisk na kwestię przyczyn chorób i w tym celu propagowała profilaktykę we wszystkich sektorach i na wszystkich szczeblach społecznych; wzywa Komisję do promocji zdrowia poprzez odpowiednio wczesną diagnostykę chorób, prowadzenie zdrowego trybu życia, odpowiednią opiekę zdrowotną i dopilnowanie, by starsi pracownicy mieli właściwe warunki pracy;

64. wzywa państwa członkowskie do większego skoncentrowania się na kampaniach zwiększających świadomość w kwestii osteoporozy oraz do udzielania jaśniejszych informacji na temat wczesnej diagnostyki osteoporozy w celu zapobiegania złamaniom, w tym poprzez bardziej powszechny dostęp do badań densytometrycznych kości;

65. popiera wyzwanie dotyczące płci zainicjowane przez WHO, według którego konieczna jest lepsza ocena czynników ryzyka wpływających na zdrowie kobiet; w tym kontekście z zadowoleniem przyjmuje zalecenia WHO dotyczące budowania przyjaznego otoczenia dla osób w podeszłym wieku oraz zwiększania możliwości dla kobiet starszych w zakresie wnoszenia produktywnego wkładu na rzecz społeczeństwa, w tym w ramach współpracy międzysektorowej, tak aby identyfikować i propagować działania poza sektorem zdrowia, które mogą przynieść lepsze skutki zdrowotne dla kobiet;

66. zwraca się do państw członkowskich, aby podczas szkoleń pracowników medycznych i paramedycznych podkreślały różnice w obrazie klinicznym i objawach chorób układu krążenia u kobiet, podkreślając korzyści płynące z szybkiej interwencji;

67. wzywa Komisję i Radę do wspierania w ramach programu „Horyzont 2020” ściślejszej współpracy naukowej i badań porównawczych nad stwardnieniem rozsianym w Unii Europejskiej, aby łatwiej można było zapewnić odpowiednie leczenie w celu zapobiegania tej chorobie, która powoduje poważne ograniczenia sprawności ruchowej, w szczególności u starszych kobiet;

68. wzywa Komisję do dalszego wspierania specjalnych kampanii podnoszących świadomość szczególnie skierowanych do starszych kobiet i koncentrujących się na zaleceniach uwzględniających kwestie płci i wieku dotyczących prawidłowego odżywiania się oraz znaczenia aktywności fizycznej jako czynników, które mogą odgrywać rolę w zapobieganiu upadkom i zmniejszyć występowanie chorób układu krążenia, osteoporozy i niektórych rodzajów raka;

69. apeluje o podjęcie działań w tym kontekście, poprzez informowanie i kształcenie, zarówno w szkołach, jak i poprzez komunikaty dotyczące zdrowia, w zakresie znaczenia zapewnienia właściwego odżywiania i zagrożeń dla zdrowia związanych z nieodpowiednią dietą;

70. wzywa Komisję do podjęcia dyskusji z Radą na rzecz skutecznego wspierania i wdrażania zalecenia w sprawie badań przesiewowych pod kątem nowotworów, z położeniem szczególnego nacisku na grupy populacji znajdujące się w niekorzystnej sytuacji społeczno-gospodarczej, aby zmniejszyć nierówności w zakresie opieki zdrowotnej; wzywa państwa członkowskie, które jeszcze tego nie uczyniły, do realizacji powyższego zalecenia, zgodnie z europejskimi wytycznymi w zakresie zapewniania jakości;

Wtorek, 11 grudnia 2012 r.

71. wzywa Komisję i Radę do dostosowania granicy wieku uprawniającego do dostępu do programów badań przesiewowych, przynajmniej w krajach, w których zachorowalność na daną chorobę była wyższa oraz w sytuacjach szczególnego ryzyka wynikającego z predyspozycji rodzinnych, a także do uwzględniania w tych programach również kobiet w podeszłym wieku, ze względu na większą średnią długość życia;

72. wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania praw kobiet w perspektywie zwalczania wszelkiej przemocy i dyskryminacji ze względu na wiek i płeć, także poprzez organizowanie kampanii podnoszących świadomość i informacyjnych skierowanych do wszystkich mieszkańców Unii, poczynając od najmłodszych;

73. wzywa państwa członkowskie do zintensyfikowania badań klinicznych dotyczących kobiet i uważa, że przedstawiony niedawno wniosek dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylecia dyrektywy 2001/20/WE mógłby zostać poddany przeglądowi, aby pójść w tym kierunku;

74. wzywa państwa członkowskie do opracowywania innowacyjnych rozwiązań bezpośrednio we współpracy z pacjentami, tak aby skuteczniej zaspokajać potrzeby osób starszych;

o
o o

75. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji.

P7_TA(2012)0483

Rosnące zagrożenia związane z opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe

Rezolucja ustawodawcza Parlamentu Europejskiego z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie wyzwań związanych z drobnoustrojami – rosnące zagrożenia związane z opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe (2012/2041 (INI))

(2015/C 434/06)

Parlament Europejski,

- uwzględniając konkluzje Rady z dnia 22 czerwca 2012 r. w sprawie skutków oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w sektorze medycznym i weterynaryjnym – perspektywa „Jedno zdrowie”,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 15 listopada 2011 r. dotyczący planu działania na rzecz zwalczania rosnącego zagrożenia związanego z opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe (COM(2011)0748),
- uwzględniając zalecenie Komisji z dnia 27 października 2011 r. w sprawie inicjatywy w zakresie wspólnego planowania badań „Wyzwanie związane z drobnoustrojami – wyłaniające się zagrożenia dla zdrowia ludzkiego” (C(2011)7660),
- uwzględniając własną rezolucję z dnia 27 października 2011 r. w sprawie zagrożenia zdrowia publicznego w wyniku oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe ⁽¹⁾,
- uwzględniając własną rezolucję z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie oporności na antybiotyki ⁽²⁾,
- uwzględniając dokument roboczy służb Komisji dotyczący oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe z dnia 18 listopada 2009 r. (SANCO/6876/2009r6),

⁽¹⁾ Teksty przyjęte, P7_TA(2011)0473.

⁽²⁾ Dz.U. C 377 E z 7.12.2012, s. 131.