Europa-Parlamentet
2024-2029

Udvalget om Kvinders Rettigheder og Ligestilling

2025/2074(INI)

8.1.2026

UDKAST TIL BETÆNKNING

om kønsbestemte uligheder på sundhedsområdet, især med hensyn til kønsspecifikke sygdomme
(2025/2074(INI))

Udvalget om Kvinders Rettigheder og Ligestilling

Ordfører: Billy Kelleher

INDHOLD

Side

FORSLAG TIL EUROPA-PARLAMENTETS BESLUTNING 3

BEGRUNDELSE.....9

BILAG: ERKLÆRING OM INPUT 12

FORSLAG TIL EUROPA-PARLAMENTETS BESLUTNING

om kønsbestemte uligheder på sundhedsområdet, især med hensyn til kønsspecifikke sygdomme

(2025/2074(INI))

Europa-Parlamentet,

– der henviser til artikel 2 og artikel 3, stk. 3, i traktaten om Den Europæiske Union,

– der henviser til artikel 8, 9, 151, 153 og 157 i traktaten om Den Europæiske Unions funktionsmåde,

– der henviser til Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) nr. 536/2014 af 16. april 2014 om kliniske forsøg med humanmedicinske lægemidler og om ophævelse af direktiv 2001/20/EF[1],

– der henviser til Kommissionens forslag til Europa-Parlamentets og Rådets forordning af 16. juli 2025 om oprettelse af Den Europæiske Fond for Konkurrenceevne, herunder særprogrammet for forsvarsforsknings- og innovationsaktiviteter, om ophævelse af forordning (EU) 2021/522, (EU) 2021/694, (EU) 2021/697, (EU) 2021/783 og om ændring af forordning (EU) 2021/696, (EU) 2023/588 og (EU) [EDIP] (COM(2025)0555),

– der henviser til sin beslutning af 17. december 2025 om det europæiske borgerinitiativ "My Voice, My Choice: Adgang til sikker abort"[2],

– der henviser til sin beslutning af 24. juni 2021 om situationen for så vidt angår seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder i EU inden for rammerne af kvinders sundhed[3],

– der henviser til Rådets henstilling af 21. juni 2024 om kræftformer, der kan forebygges ved vaccination[4],

– der henviser til Rådets henstilling af 9. december 2022 om bedre forebyggelse gennem tidlig påvisning: en ny EU-tilgang til kræftscreening, som erstatter Rådets henstilling 2003/878/EF[5],

– der henviser til Kommissionens meddelelse af 16. december 2025 om EU's plan for hjerte-kar-sundhed: Safe Hearts-planen (COM (2025)1024),

– der henviser til Kommissionens meddelelse af 7. marts 2025 med titlen "En køreplan for kvinders rettigheder" (COM(2025)0097),

---

[1] EUT L 158 af 27.5.2014, s. 1, ELI: https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2014/536/2022-12-05?eliuri=eli%3Areg%3A2014%3A536%3A2022-12-05&locale=da
[2] Vedtagne tekster, P10_TA(2025)0338.
[3] EUT C 81 af 18.2.2022, s. 43.
[4] EUT C, C/2024/4259, 28.6.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/4259/oj.
[5] EUT C 473 af 13.12.2022, s. 1.

– der henviser til Kommissionens meddelelse af 3. februar 2021 med titlen "Den europæiske kræfthandlingsplan" (COM(2021)0044),

– der henviser til de foreslåede retningslinjer fra Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA), der blev udsendt til høring den 4. juni 2025 med titlen "ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline",

– der henviser til rapporten fra Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling (OEDC) fra januar 2024 med titlen "Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection",

– der henviser til forretningsordenens artikel 55,

– der henviser til udtalelse fra Udvalget om Folkesundhed,

– der henviser til betænkning fra Udvalget om Kvinders Rettigheder og Ligestilling (A10-0000/2026).

A. der henviser til, at medicinsk forskning historisk set har været om mænd, hvilket har ført til manglende forståelse af kvinders anatomi; der henviser til, at denne systemiske ulighed inden for medicin har en indvirkning på diagnostik, behandling, sygelighed og dødelighed blandt underrepræsenterede befolkningsgrupper;

B. der henviser til, at selv om den lovgivningsmæssige udvikling har forbedret inklusiviteten i kliniske forsøg, er kvinders repræsentation fortsat lavere end mænds, og forskellen er særlig akut for gravide og ammende kvinder[6];

C. der henviser til, at transkønnede personer og marginaliserede samfund er fraværende fra de fleste kliniske forsøg, hvilket betyder, at deres reaktion på behandling ofte er ukendt[7];

D. der henviser til, at 72 % af undersøgelserne af kliniske lægemiddelforsøg ikke leverer kønsopdelte data[8];

E. der henviser til, at enkeltpersoners mulighed for at udøve deres seksuelle og reproduktive sundhed og rettigheder (SRSR) skal sikres for at opnå ligestilling mellem kønnene;

F. der henviser til, at mere end 20 millioner kvinder[9] i EU stadig ikke har adgang til sikker og lovlig abort, da flere medlemsstater opretholder skadelige lovgivningsmæssige og proceduremæssige hindringer;

---

[6] Færre end 0,4 % af forsøgene i EU omfatter gravide eller ammende kvinder ifølge data fra informationssystemet for kliniske forsøg, som Det Europæiske Lægemiddelagentur henviste til den 4. juni 2025. Det Europæiske Lægemiddelagentur, "New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials", 2025, https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials?utm_source=chatgpt.com.

[7] Brotto, L.A. og Galea, L.A.M., 'Gender inclusivity in women's health research', *BJOG*, Vol. 129, No. 12, 2022, https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.17231.

[8] Care4EveryBody undersøgelse, "Mind the Gap: Costs, consequences and correction of sex and gender inequality in medicine" (2023), https://www.care4everybody.org/wp-content/uploads/2023/12/Mind-the-Gap-Costs-Consequences-and-Correction-of-Gender-Inequality-in-Medicine.pdf.

G. der henviser til, at endometriose er en kronisk lidelse, der rammer 10-15 % af kvinder i den reproduktive alder[10];

H. der henviser til, at det trods forekomsten af endometriose i gennemsnit tager 6-10 år at stille en diagnose;

I. der henviser til, at 85% af kvinder oplever symptomer i forbindelse med overgangsalderen, og det anslås, at 1,2 mia. kvinder på verdensplan vil være i overgangsalderen i 2030[11];

J. der henviser til, at kræft er den næststørste dødsårsag i EU og har en højere dødelighed blandt mænd end kvinder[12];

K. der henviser til, at Kommissionens og Rådets mål fra 2022 om at tilbyde kræftscreening til mindst 90 % af de berettigede inden 2025 ikke opfyldes overalt i EU;

L. der henviser til, at hjerte-kar-sygdomme er den hyppigste dødsårsag i EU, og at dødeligheden er højere blandt kvinder end blandt mænd, på trods af udbredte samfundsmæssige misforståelser[13];

M. der henviser til, at 14% af LGBTQI+-personer har rapporteret, at de har oplevet diskrimination i sundhedsvæsenet, og at mange medlemsstater kun giver begrænset adgang til sundhedspleje specifikt for transpersoner;

N. der henviser til, at kun 5 % af de globale forsknings- og udviklingsmidler blev afsat til forskning i kvinders sundhed i 2020[14];

Generelle betragtninger

1. understreger, at uligheder mellem kønnene på sundhedsområdet er mangesidede og skyldes systemiske uligheder som følge af årtiers medicinsk forskning baseret på den mandlige anatomi, hvilket igen har formet hele plejeforløbet fra diagnostik til behandling;

---

[9] Dette tal er baseret på antallet af kvinder, der bor i Polen og Malta, og som ikke har adgang til abort på grund af restriktive love i deres bopælslande og restriktioner og begrænsninger i andre EU-medlemsstater;
[10] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. et al. "Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis", *Scientific Reports* Vol. 11, No. 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3, Eder, C. and Roomaney R., 'Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis', *International Journal of Transgender Health*, Vol. 25, No. 4, 2025, 911-925, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.
[11] Davaki, K., studie bestilt af Europa-Parlamentets Udvalg om Kvinders Rettigheder og Ligestilling, "Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care", Temaafdelingen for Borgere, Ligestilling og Kultur, Generaldirektoratet for Borgernes Rettigheder og Retlige og Institutionelle Anliggender, Europa-Parlamentet, 2025, s. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.
[12] Eurostat, Statistics Explained, "Cancer statistics", data udtrukket i marts 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.
[13] Eurostat, Statistics Explained, "Cardiovascular diseases statistics", data udtrukket i juli 2025, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics.
[14] Nature Reviews Bioengineering, "Funding research on women's health", Vol. 2, 2024, pages 797-798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

2. fremhæver, at uligheder inden for sundhedspleje forværres af intersektionelle uligheder, f.eks. baseret på en persons socioøkonomiske status og uligheder, som personer fra etniske minoritets- eller migrantsamfund og LGBTQI+-samfundet oplever; påpeger, at uligheder også er tydelige i kønsspecifikke sygdomme, da forskning i disse sygdomme gentagne gange har været underfinansieret;

3. opfordrer de politiske beslutningstagere til at anvende en holistisk tilgang til at tackle uligheder og til at rette op på uoverensstemmelser, samtidig med at der udvikles nye innovative behandlinger og procedurer;

4. opfordrer Kommissionen til at indføre klare og bindende mål for at tackle uligheder på sundhedsområdet og til at indføre et gennemsigtigt overvågningssystem for disse mål;

Kliniske forsøg og forskning

5. udtrykker bekymring over, at trods forbedringer af inklusionen i kliniske forsøg er kvinders repræsentation fortsat lavere end mænds; understreger, at der ikke er nogen krav om inklusivitet i forundersøgelsesfasen, og at størstedelen af dyreforsøg stadig kun udføres på hanner[15]; opfordrer Kommissionen til at indføre yderligere foranstaltninger for at afhjælpe den fortsatte ubalance i deltagelsen i kliniske forsøg;

6. glæder sig over EMA's planlagte vedtagelse af nye retningslinjer for inddragelse af gravide og ammende personer i kliniske forsøg; opfordrer indtrængende EMA til at vedtage lignende retningslinjer for at forbedre inklusionen af andre underrepræsenterede grupper;

7. understreger, at den manglende forståelse af kønsbetingede forskelle i sundhed forværres af, at forskningsresultaterne sjældent opdeles efter køn; opfordrer Kommissionen til at gøre kønsopdelte data obligatoriske i alle EU-finansierede projekter;

Diagnostik og behandling

8. fremhæver, at diagnostiske metoder og behandlinger som følge af systemisk underfinansiering og mangel på forskning fortsat er mandscentrerede, hvilket kan føre til behandling af lavere standard og med højere risiko for kvinder og transkønnede personer;

9. opfordrer indtrængende lægestanden til at anvende en præcisionsmedicinsk tilgang til behandling for at supplere alle foranstaltninger, der træffes for at mindske ulighed og øge investeringerne i medicinsk forskning; opfordrer medlemsstaterne til at etablere pilotprogrammer om kønssensitiv sundhedspleje;

10. mener, at det er afgørende, at medlemsstaterne integrerer kønssensitiv sundhedsuddannelse i deres medicinske læseplaner;

Kønsspecifikke betingelser

[15] Galea, L.A.M. og Parekh, R.S., "Ending the neglect of women's health in research", BMJ, vol. 381, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37308180/.

11. glæder sig meget over det europæiske borgerinitiativ "My Voice, My Choice"; gentager sin opfordring til Kommissionen om at gøre fuld brug af sin kompetence inden for sundhedspolitik til at yde støtte til medlemsstaterne med hensyn til at sikre universel adgang til SRSR og til at forankre SRSR og retten til sikker og lovlig abort i Den Europæiske Unions charter om grundlæggende rettigheder;

12. gentager sin opfordring til Kommissionen om at oprette en frivillig, solidaritetsbaseret, opt-in EU-finansieringsmekanisme, der vil gøre det muligt for medlemsstaterne at yde abortbehandling til personer, der ikke kan få adgang til den i deres hjemland, uden at gribe ind i nationale love og bestemmelser; opfordrer endvidere Kommissionen til at fremsætte et forslag herom;

13. beklager, at kun 10 af de 145 983 EU-finansierede projekter har fokuseret specifikt på endometriose siden oprettelsen af EU's informationstjeneste for forskning og udvikling for næsten 40 år siden[16];

14. beklager, at overgangsalderen trods forekomsten af negative symptomer hos kvinder stadig ikke er en fast del af den primære sundhedspleje og fortsat er socialt stigmatiseret;

15. opfordrer indtrængende Kommissionen til at benytte den kommende strategi for ligestilling mellem kønnene for 2026-2030 til at foreslå konkrete foranstaltninger, der prioriterer investeringer i kønsspecifikke forhold; understreger, at investeringer i kønsspecifikke forhold bør afspejle deres alvor og udbredelse;

Finansiering

16. anerkender, at EU-finansiering kan spille en væsentlig rolle med hensyn til at tilskynde til større investeringer i forskning i kønsspecifikke spørgsmål og tackle ulighederne i adgangen til behandling; understreger, at der er få incitamenter for den private sektor til at investere i forebyggende sundhedspleje, og at dette derfor bør være en prioritet for Kommissionen og medlemsstaterne;

17. støtter kraftigt integration af kønsaspektet på tværs af alle relevante politikker og EU-budgettet; opfordrer Kommissionen til at iværksætte særlige finansieringsindkaldelser til kønsspecifikke betingelser og projekter, der har til formål at lukke hullet i kønsspecifikke sundhedsdata;

18. mener, at en forbedring af ligestillingen mellem kønnene inden for sundhedsforskning er en konkurrencemæssig mulighed for EU; understreger, at afsættelse af EU-midler til at tackle uligheder mellem kønnene på sundhedsområdet kombineret med foranstaltninger til at lukke datahullerne kan tilskynde til investeringer og fremme innovation i EU;

°

° °

[16] Vigano, P., Casalechi, M. og Dolmans, M., "European Union underinvestment in endometriosis research", Journal of Endometriosis and Uterine Disorders, vol. 5, 2024, 100058, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949838423000464.

19. pålægger sin formand at sende denne beslutning til Rådet og Kommissionen.

BEGRUNDELSE

Uligheder mellem kønnene inden for sundhedspleje i Den Europæiske Union er fortsat en betydelig udfordring på trods af visse lovgivningsmæssige tiltag og officielle tilsagn om at forbedre ligestillingen. Denne betænkning undersøger de mangesidede årsager til de vedvarende uligheder mellem kønnene på sundhedsområdet og ser på hele sundhedsplejecyklussen, fra kliniske forsøg og udvikling af lægemidler til diagnostik og behandling. Betænkningen fremhæver også ulighederne, der findes i behandlingen af kønsspecifikke sygdomme såsom overgangsalder, endometriose osv.

Selv om hovedparten af de uligheder, der behandles i denne betænkning, vedrører kønsbaserede uligheder, der berører kvinder, gælder mange af årsagerne til ulighed i lige så høj grad for andre grupper, såsom transkønnede og etniske minoriteter, og ordføreren har til hensigt, at de foranstaltninger, han foreslår, også skal gavne disse grupper.

Ordføreren mener, at de politiske beslutningstagere i betragtning af de komplekse årsager til uligheden mellem kønnene skal anlægge en holistisk tilgang til disse og arbejde tæt sammen med lægestanden og civilsamfundet. Ordføreren gentager sin støtte til integration af kønsaspektet i alle relevante politikker og EU-budgettet og mener, at det er en nødvendig katalysator for at tackle de specifikke årsager til ulighed.

En stor del af uligheden skyldes systemiske skævheder i det medicinske økosystem. Medicinsk forskning og udvikling af lægemidler har historisk set været mandscentreret. Denne skævhed tager ikke højde for, at sygdomme kan forekomme forskelligt i den kvindelige krop, og at den kvindelige anatomi kan reagere forskelligt på lægemidler og behandlinger. Disse videnskløfter forværres af den vedvarende og gentagne underfinansiering af forskning i kvinders sundhed og kønsspecifikke sygdomme, hvor kun 5 % af de globale forsknings- og udviklingsmidler blev afsat til forskning i kvinders sundhed i 2020[1].

På trods af de betydelige medicinske fremskridt i de seneste 50 år og forbedringer af de nationale sundhedssystemer står kvinder konstant over for fejldiagnosticering, afvisning af deres symptomer og bivirkninger. Ofte findes der ganske enkelt ikke nogen kendt effektiv behandling for deres lidelse, som det er tilfældet med endometriose og præmenstruel dysfori (PMD).

De uligheder, som kvinder er udsat for i sundhedsvæsenet, afspejles ofte og forstærkes endda af intersektionel ulighed, som andre underrepræsenterede grupper står over for, herunder transkønnede og etniske minoritets- og migrantsamfund, samt af geografiske uligheder.

Kliniske forsøg

Forordning (EU) nr. 536/2014 om kliniske forsøg indførte forpligtelser, der har til formål at fremme inklusivitet, herunder behovet for videnskabeligt at begrunde, hvorfor visse grupper er udelukket. Ikke desto mindre er kvinders repræsentation i kliniske forsøg fortsat lavere end mænds, og forskellen er særlig akut for gravide og ammende kvinder, idet mindre end 0,4 % af de kliniske forsøg i EU omfatter gravide kvinder[2]. Desuden er der ingen forpligtelser til at

[1] Nature Reviews Bioengineering, "Funding research on women's health", vol. 2, 2024, s. 797-798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.
[2] Mindre end 0,4 % af forsøgene i EU omfatter gravide eller ammende kvinder ifølge data fra informationssystemet for kliniske forsøg (CTIS), som Det Europæiske Lægemiddelagentur henviste til den 4.

sikre mangfoldighed i forundersøgelsesfasen, hvor størstedelen af dyreforsøgene stadig kun udføres på hanner[3].

Betænkningen fremhæver også manglen på kønsopdelte data, hvilket bidrager til videnskløften inden for kvinders sundhed.

Diagnostik og behandling

Den historiske mandscentrerede tilgang til medicin er blevet integreret i diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer, og manglen på en kønssensitiv tilgang til medicin kan føre til behandling af lavere standard og med højere risiko for kvinder.

Hjerte-kar-sygdomme er f.eks. den hyppigste dødsårsag blandt kvinder i EU, men symptomerne forekommer på en såkaldt "atypisk" måde, og derfor er kvinder dobbelt så tilbøjelige til at få stillet en forkert diagnose for hjertesvigt[4]. Behandlingen af smerter og mental sundhed er også tydelige eksempler på indgroede skævheder i diagnostik og behandling.

Ordføreren mener, at det er afgørende, at medlemsstaterne i tæt samarbejde med lægestanden og uddannelsesinstitutionerne integrerer kønssensitiv sundhedsuddannelse i læseplanen for lægebehandling. Ordføreren understreger også, at eventuelle ændringer af behandlinger ved sengekanten bør baseres på patienternes reelle erfaringer.

Kønsspecifikke betingelser

På grund af kronisk underfinansiering og manglende prioritering af forskning halter de medicinske fremskridt inden for kønsspecifikke spørgsmål bagefter, og forskellen er særlig udtalt for kvindespecifikke spørgsmål.

Endometriose

Endometriose er en kronisk tilstand, der kan forårsage symptomer såsom svære smerter, kraftig blødning og træthed. Det anslås, at endometriose rammer 10-15 % af kvinderne i den reproduktive alder[5]. På grund af manglende forståelse blandt sundhedspersonale og indbyggede skævheder, der fører til, at symptomerne afvises – ofte som "normale menstruationssmerter" – tager det i gennemsnit 6 til 10 år at diagnosticere sygdommen. Denne forsinkelse er systemisk og ikke tilfældig.

Overgangsalderen

---

juni 2025. Det Europæiske Lægemiddelagentur, "New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials", 2025, https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials.

[3] Galea, L.A.M. og Parekh, R.S., "Ending the neglect of women's health in research", BMJ, vol. 381, doi: 10,1136/bmj.p1303.

[4] Roche Diagnostics Limited, "Heart failure: The hidden costs of late diagnosis', August 2020, https://hfreport.roche.com/image/6721401/Roche%20HF%20report%20portrait%20final.pdf.

[5] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. *et al.* 'Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis', *Scientific Reports* vol.11, no.20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. og Roomaney R., "Transgender and non-binary people's perception of their health in relation to their endometriosis", International Journal of Transgender Health, vol. 25, nr. 4, 2025, 911-925, doi: 10.1177/13591053241266249 https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

85% af kvinder oplever symptomer i forbindelse med overgangsalderen, og det anslås, at 1,2 mia. kvinder på verdensplan vil være i overgangsalderen i 2030[6]. Adgangen til pleje varierer dog meget fra land til land, og den er stadig ofte præget af social stigmatisering. Desuden hindres behandlingen af overgangsalderen af lange ventetider, begrænsede specialtjenester og inkonsekvente retningslinjer for hormonerstatningsterapi (HRT). Mange patienter oplyser, at symptomerne afvises som "normal aldring", hvilket forstærker kønsspecifikke antagelser om kvinders sundhed og modstandsdygtighed. Desuden fokuserer størstedelen af den eksisterende medicinske forskning på fertilitetsårene og overser derfor puberteten, perimenopausen og menopausen.

Seksuel sundhed og reproduktive rettigheder

En persons mulighed for at udøve sine seksuelle og reproduktive rettigheder (SRSR) og sin ret til kropslig integritet og autonomi skal sikres for at opnå ligestilling mellem kønnene. Ordføreren mener derfor, at SRSR og retten til sikker og lovlig abort bør forankres i Den Europæiske Unions charter om grundlæggende rettigheder.

Vedtagelsen af Parlamentets svar på det europæiske borgerinitiativ "My Voice, My Choice" i december 2025 var en betydningsfuld præstation, der udsendte en kraftig opfordring til Kommissionen om at træffe foranstaltninger. Desuden sender betænkningen et vigtigt signal til EU-borgerne om, at Parlamentet støtter kvinders og pigers rettigheder og vil kæmpe for at sikre ligestilling.

Finansiering

Ordføreren anerkender, at EU-finansiering kan spille en væsentlig rolle med hensyn til at tilskynde til langt større investeringer i forskning i kønsspecifikke spørgsmål og tackle uligheder i adgangen til behandling i hele Unionen. Han mener, at det kan være nødvendigt med særlige finansieringsindkaldelser til kønsspecifikke sygdomme.

I denne betænkning fremhæver ordføreren, at investering i at lukke hullet i kønsspecifikke sundhedsdata udgør en konkurrencemæssig mulighed for Europa. Det kunne ikke blot bidrage til at afhjælpe tabet for EU's økonomi som følge af sygeorlov på grund af kønsspecifikke sygdomme[7], men også tiltrække private investeringer og skabe et solidt grundlag for yderligere innovation i Europa.

Som et første skridt skal Kommissionen anvende den kommende strategi for ligestilling mellem kønnene (2026-2030) til at styrke og bygge videre på principperne om kvinders sundhed, der er fastsat i køreplanen for kvinders rettigheder fra 2025, ved at foreslå konkrete foranstaltninger, der prioriterer og tilskynder til investeringer i kønsspecifikke sygdomme.

---

[6] Davaki, K., Undersøgelse efter anmodning af FEMM-udvalget "Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care", Temaafdelingen for Borgere, Ligestilling og Kultur, Generaldirektoratet for Borgernes Rettigheder, Retlige og Institutionelle Anliggender, Europa-Parlamentet, 2025, s. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

[7] Det Verdensøkonomiske Forum anslår, at en mindskelse af investeringsunderskuddet i kvinders sundhedspleje kan sætte skub i den globale økonomi med 1 billion USD om året senest i 2040. Det Verdensøkonomiske Forum, "Closing the Women's Health Gap: A $1 Trillion Opportunity to Improving Lives and Economies ", https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women_Health_Gap_2024.pdf.

BILAG: ERKLÆRING OM INPUT

I henhold til artikel 8 i bilag I til forretningsordenen erklærer ordføreren, at han i sin betænkning har medtaget input om forhold, der vedrører sagens emne, som han har modtaget som led i udarbejdelsen af udkastet til betænkning fra følgende interesserepræsentanter, der er omfattet af anvendelsesområdet for den interinstitutionelle aftale om et obligatorisk åbenhedsregister[1], eller fra følgende repræsentanter for offentlige myndigheder i tredjelande, herunder deres diplomatiske missioner og ambassader:

1. Interesserepræsentanter, der er omfattet af anvendelsesområdet for den interinstitutionelle aftale om et obligatorisk åbenhedsregister
European Cancer Organisation
Hologic BV
Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung
EDANA
Essity
European Association of Urology
Center for Reproductive Rights
European Heart Network
Care4Everybody
Astra Zeneca
Vaccines Europe
Ferring Pharmaceuticals
Delta (CHIREC) Hospital
European Pain Federation (EFIC)
European Institute of Women's Health (EIWH)
European Alliance for Cardiovascular Health (EACH)
Cancer Patients Europe
Bayer AG
European Federation of Pharmaceutical Industries (EFPIA)
International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Daiichi Sankyo Europe GmbH
ILGA-Europe
MedTech Europe Cardiovascular Sector Group
Trans Europe and Central Asia (TGEU)
EUROPA DONNA (The European Breast Cancer Coalition)
European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)
EuroHealthNet
2. Repræsentanter for offentlige myndigheder i tredjelande, herunder deres diplomatiske missioner og ambassader

Ordføreren har udarbejdet ovenstående liste på eget ansvar.

[1] Interinstitutionel aftale af 20. maj 2021 mellem Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union og Europa-Kommissionen om et obligatorisk åbenhedsregister (EUT L 207 af 11.6.2021, s. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).

Når fysiske personer er identificeret på listen ved deres navn, deres funktion eller begge, erklærer ordføreren at have forelagt de pågældende fysiske personer Europa-Parlamentets databeskyttelsesmeddelelse nr. 484 (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do), hvori de gældende betingelser for behandling af deres personoplysninger og rettighederne forbundet med denne behandling er fastlagt.