Euroopa Parlament
2024-2029

Naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjon

2025/2074(INI)

8.1.2026

RAPORTI PROJEKT

soolise ebavõrdsuse kohta tervishoius, eelkõige seoses soospetsiifiliste terviseprobleemidega
(2025/2074(INI))

Naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjon

Raportöör: Billy Kelleher

SISUKORD

lk

EUROOPA PARLAMENDI RESOLUTSIOONI ETTEPANEK 3

SELETUSKIRI 9

LISA: SISENDI DEKLARATSIOON 13

EUROOPA PARLAMENDI RESOLUTSIOONI ETTEPANEK

soolise ebavõrdsuse kohta tervishoius, eelkõige seoses soospetsiifiliste terviseprobleemidega

(2025/2074(INI))

Euroopa Parlament,

– võttes arvesse Euroopa Liidu lepingu artiklit 2 ja artikli 3 lõiget 3,

– võttes arvesse Euroopa Liidu toimimise lepingu artikleid 8, 9, 151, 153 ja 157,

– võttes arvesse Euroopa Parlamendi ja nõukogu 16. aprilli 2014. aasta määrust (EL) nr 536/2014, milles käsitletakse inimtervishoius kasutatavate ravimite kliinilisi uuringuid ja millega tunnistatakse kehtetuks direktiiv 2001/20/EÜ[1],

– võttes arvesse komisjoni 16. juuli 2025. aasta ettepanekut võtta vastu Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus, millega luuakse Euroopa Konkurentsivõime Fond, sealhulgas kaitseuuringute ja -innovatsiooni eriprogramm, tunnistatakse kehtetuks määrused (EL) 2021/522, (EL) 2021/694, (EL) 2021/697 ja (EL) 2021/783 ning muudetakse määrusi (EL) 2021/696, (EL) 2023/588 ja (EL) [Euroopa kaitsetööstuse programm](COM(2025)0555),

– võttes arvesse oma 17. detsembri 2025. aasta resolutsiooni Euroopa kodanikualgatuse „My Voice, My Choice: ohutu ja kättesaadava abordi poolt“ kohta[2],

– võttes arvesse oma 24. juuni 2021. aasta resolutsiooni seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste olukorra kohta ELis seoses naiste tervisega[3],

– võttes arvesse nõukogu 21. juuni 2024. aasta soovitust vaktsiinennetatavate vähivormide kohta[4],

– võttes arvesse nõukogu 9. detsembri 2022. aasta soovitust, milles käsitletakse ennetamise tõhustamist varase avastamise kaudu: vähi sõeluuringuid käsitlev uus ELi lähenemisviis, millega asendatakse nõukogu soovitus 2003/878/EÜ[5],

– võttes arvesse komisjoni 16. detsembri 2025. aasta teatist ELi südame-veresoonkonna tervise kava kohta: kava „Kaitstud südamed“ (COM(2025)1024),

– võttes arvesse komisjoni 7. märtsi 2025. aasta teatist „Naiste õiguste tegevuskava“ (COM(2025)0097),

[1] ELT L 158, 27.5.2014, lk 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/reg/2014/536/2022-12-05.
[2] Vastuvõetud tekstid, P10_TA(2025)0338.
[3] ELT C 81, 18.2.2022, lk 43.
[4] ELT C, C/2024/4259, 28.6.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/4259/oj.
[5] ELT C 473, 13.12.2022, lk 1.

– võttes arvesse komisjoni 3. veebruari 2021. aasta teatist „Euroopa vähktõvevastase võitluse kava“ (COM(2021)0044),

– võttes arvesse Euroopa Ravimiameti (EMA) kavandatud suuniseid, mis avaldati konsulteerimiseks 4. juunil 2025 pealkirjaga „ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline“ (ICH E21 suunis rasedate ja rinnaga toitvate inimeste kliinilistesse uuringutesse kaasamise kohta – teaduslik suunis),

– võttes arvesse Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) 2024. aasta jaanuari aruannet „Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection“ (Vähiga seotud ebavõrdsuse kaotamine ELis: tähelepanu keskmes vähi ennetamine ja varajane avastamine),

– võttes arvesse kodukorra artiklit 55,

– võttes arvesse rahvatervishoiu komisjoni arvamust,

– võttes arvesse naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjoni raportit (A10-0000/2026),

A. arvestades, et meditsiiniuuringud on ajalooliselt olnud meestekesksed, mistõttu naiste anatoomiat ei mõisteta piisavalt; arvestades, et selline süsteemne ebavõrdsus meditsiinis mõjutab elanikkonna alaesindatud sektorite diagnoosimist, ravi, haigestumust ja suremust;

B. arvestades, et kuigi regulatiivsed muudatused on parandanud kliiniliste uuringute kaasavust, on naiste esindatus meeste omast endiselt väiksem ning erinevus on eriti suur rasedate ja rinnaga toitvate naiste puhul[6];

C. arvestades, et transsoolised inimesed ja tõrjutud kogukonnad ei osale enamikus kliinilistes uuringutes, mis tähendab, et nende ravivastus on sageli teadmata[7];

D. arvestades, et 72 % ravimiuuringutes ei esitata sooliselt disagregeeritud andmeid[8];

E. arvestades, et soolise võrdõiguslikkuse saavutamiseks tuleb tagada üksikisikute võimalus kasutada oma seksuaal- ja reproduktiivtervist ning seonduvaid õigusi;

F. arvestades, et enam kui 20 miljonil naisel[9] ELis puudub endiselt juurdepääs ohutule ja seaduslikule abordile, kuna mitmes liikmesriigis esineb endiselt kahjulikke regulatiivseid ja menetluslikke tõkkeid;

---

[6] Euroopa Ravimiamet viitas 4. juunil 2025 kliiniliste uuringute infosüsteemi andmetele, mille kohaselt on ELis vähem kui 0,4 % uuringutest tehtud rasedate või imetavate naistega. Euroopa Ravimiamet, „New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials“ (Uus suunis rasedate ja rinnaga toitvate inimeste kliinilistesse uuringutesse kaasamise kohta), 2025, https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials?utm_source=chatgpt.com.

[7] Brotto, L.A. ja Galea, L.A.M., „Gender inclusivity in women’s health research“ (Sooline kaasatus naiste terviseuuringutes), *BJOG*, kd 129, nr 12, 2022, https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.17231.

[8] Care4Everybody’i uuring „Mind the Gap: Costs, consequences and correction of sex and gender inequality in medicine“ (Lõhe: kulud, tagajärjed ja korrigeerimine seoses soolise ebavõrdsusega meditsiinis) (2023), https://www.care4everybody.org/wp-content/uploads/2023/12/Mind-the-Gap-Costs-Consequences-and-Correction-of-Gender-Inequality-in-Medicine.pdf.

G. arvestades, et endometrioos on krooniline haigus, mis mõjutab viljakas eas naistest 10–15 %[10];

H. arvestades, et vaatamata endometrioosi levimusele kulub diagnoosimiseks keskmiselt 6–10 aastat;

I. arvestades, et menopausi sümptomeid kogeb 85 % naistest ja 2030. aastaks kogeb maailmas menopausi hinnanguliselt 1,2 miljardit naist[11];

J. arvestades, et vähk on ELis teine peamine surmapõhjus ja selle puhul on meeste suremus suurem kui naistel[12];

K. arvestades, et komisjoni ja nõukogu 2022. aasta eesmärki pakkuda 2025. aastaks vähi sõeluuringuid vähemalt 90 %-le neist, kellel on selleks õigus, ei ole kogu ELis üldiselt saavutatud;

L. arvestades, et südame-veresoonkonna haigused on ELis peamine surmapõhjus, kusjuures naiste suremus on suurem kui meestel, hoolimata ühiskonnas valitsevatest väärarusaamadest[13];

M. arvestades, et 14 % LGBTQI+ inimestest on teatanud diskrimineerimisest tervishoiuasutustes ja paljud liikmesriigid pakuvad transsoolistele inimestele mõeldud tervishoiuteenustele vaid piiratud juurdepääsu;

N. arvestades, et 2020. aastal eraldati ülemaailmsest teadus- ja arendustegevuse rahastamisest naiste terviseuuringutele kõigest 5 %[14];

Üldised kaalutlused

1. rõhutab, et sooline ebavõrdsus tervishoius on mitmetahuline ja süsteemne ebavõrdsus, mis tuleneb aastakümneid kestnud meeste anatoomial põhinevatest

---

[9] See arv põhineb Poolas ja Maltas elavate naiste arvul, kellel puudub abordile juurdepääs nende elukohariigis kehtivate piiravate seaduste ning teistes ELi liikmesriikides kehtivate piirangute tõttu.
[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“ (Reaalsed andmed endometrioosi all kannatava 27 840 naise sümptomite ja diagnostilise lähenemisviisi kohta), *Scientific Reports* kd 11, nr 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. ja Roomaney R., „Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endmetriosis“ (Transsooliste ja mittebinaarsete inimeste arusaam oma tervishoiust seoses endometrioosiga), *International Journal of Transgender Health*, kd 25, nr 4, 2025, 911–925, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.
[11] Davaki, K., Euroopa Parlamendi naiste õiguste ja soolise võrdõiguslikkuse komisjoni tellitud uuring „Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care“ (Sooline ebavõrdsus meditsiiniuuringutes, ravimite väljatöötamises ja ravi kättesaadavuses), kodanike, võrdõiguslikkuse ja kultuuri poliitikaosakond, kodanike õiguste ning justiits- ja institutsiooniliste asjade peadirektoraat, Euroopa Parlament, 2025, lk 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.
[12] Eurostat, Statistics Explained, „Cancer statistics“, andmed 2024. aasta märtsi seisuga, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.
[13] Eurostat, Statistics Explained, „Cardiovascular diseases statistics“, andmed 2025. aasta juuli seisuga, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics.
[14] Nature Reviews Bioengineering, „Funding research on women's health“ (Naiste tervist käsitlevate teadusuuringute rahastamine), kd 2, 2024, lk 797–798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

meditsiiniuuringutest, mis on omakorda kujundanud kogu ravitsükli alates diagnostikast kuni ravini;

2. toonitab, et ebavõrdsust tervishoius süvendab intersektsionaalne ebavõrdsus, mis põhineb näiteks isiku sotsiaal-majanduslikul staatusel ning etnilistest vähemustest või rändajate kogukondadest ja LGBTQI+ kogukonnast pärit inimeste kogetud ebavõrdsusel; juhib tähelepanu sellele, et ebavõrdsus on ilmne ka soospetsiifiliste terviseprobleemide puhul, kuna nende uurimist on korduvalt alarahastatud;

3. nõuab, et poliitikakujundajad võtaksid ebavõrdsuse käsitlemisel ja lahknevuste korrigeerimisel kasutusele tervikliku lähenemisviisi, kuni töötatakse välja uued innovaatilised raviviisid ja -protseduurid;

4. innustab komisjoni lisama selged ja siduvad eesmärgid tervisealase ebavõrdsuse vähendamiseks ning rakendama nende eesmärkide suhtes läbipaistvat järelevalvesüsteemi;

Kliinilised uuringud ja teadusuuringud

5. väljendab muret selle pärast, et kuigi kaasavus kliinilistes uuringutes on paranenud, on naiste esindatus meeste omast endiselt väiksem; rõhutab, et uuringueelses etapis kaasavuse nõuded puuduvad ja et enamik loomkatseid tehakse endiselt ainult liigi isasloomadega[15]; kutsub komisjoni üles võtma täiendavaid meetmeid, et tegeleda kliinilistes uuringutes osalemises jätkuva tasakaalustamatusega;

6. väljendab heameelt selle üle, et EMA kavatseb vastu võtta uued suunised rasedate ja rinnaga toitvate inimeste kliinilistesse uuringutesse kaasamise kohta; nõuab tungivalt, et EMA võtaks vastu sarnased suunised, et parandada teiste alaesindatud kogukondade kaasamist;

7. rõhutab, et puudulikku arusaamist soolistest ja soopõhistest erinevustest tervishoius süvendab asjaolu, et teadusuuringute andmetulemused on harva sooliselt liigitatud; kutsub komisjoni üles muutma sooliselt liigitatud andmed kohustuslikuks kõigis ELi rahastatavates projektides;

Diagnoosimine ja ravi

8. toonitab asjaolu, et süsteemse alarahastamise ja teadusuuringute puudumise tõttu on diagnostikameetodid ja ravi endiselt meestekesksed, mis võib kaasa tuua naiste ja transsooliste inimeste ebakvaliteetse ja suurema riskiga ravi;

9. nõuab tungivalt, et meditsiinitöötajad kohaldaksid ravi suhtes täppismeditsiinilist lähenemisviisi, et täiendada ebavõrdsuse vähendamiseks võetud meetmeid ja suurendada investeeringuid meditsiiniuuringutesse; ergutab liikmesriike looma sootundlike tervishoiuteenuste katseprogramme;

10. peab oluliseks, et liikmesriigid integreeriksid sootundliku tervishoiualase koolituse oma meditsiiniõppekavadesse;

[15] Galea, L.A.M. ja Parekh, R.S., „Ending the neglect of women's health in research“ (Teadusuuringutes naiste tervise eiramise lõpetamine), *BMJ,* kd 381, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37308180/.

Soospetsiifilised terviseprobleemid

11. väljendab suurt heameelt Euroopa kodanikualgatuse „My Voice, My Choice“ üle; kordab oma üleskutset komisjonile, et too kasutaks täielikult ära oma pädevuse tervishoiupoliitikas, et toetada liikmesriike seksuaal- ja reproduktiivtervise ning seonduvate õiguste üldise kättesaadavuse tagamisel ning lisada seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused ning õigus ohutule ja seaduslikule abordile Euroopa Liidu põhiõiguste hartasse;

12. kordab oma üleskutset komisjonile luua vabatahtlik, solidaarsusel põhinev ja vabatahtliku osalemisega ELi finantsmehhanism, mis võimaldaks liikmesriikidel pakkuda aborditeenust inimestele, kellel ei ole sellele juurdepääsu oma koduriigis, sekkumata seejuures riiklikesse õigusnormidesse; kutsub lisaks komisjoni üles esitama sellekohase ettepaneku;

13. taunib asjaolu, et alates ELis ühenduse teadus- ja arendustegevuse teabeteenistuse loomisest peaaegu 40 aastat tagasi on 145 983-st ELi rahastatud projektist kõigest 10 keskendunud konkreetselt endometrioosile[16];

14. peab kahetsusväärseks asjaolu, et hoolimata menopausi negatiivsete sümptomite levimusest naiste seas ei ole menopausi ikka veel korrapäraselt integreeritud esmatasandi tervishoidu ja see on ühiskonnas endiselt häbimärgistatud;

15. nõuab tungivalt, et komisjon kasutaks tulevast soolise võrdõiguslikkuse strateegiat aastateks 2026–2030, et pakkuda välja konkreetsed meetmed, milles seatakse esikohale investeeringud soospetsiifilistesse terviseprobleemidesse; rõhutab, et soospetsiifilistesse terviseprobleemidesse investeerimine peaks kajastama nende tõsidust ja levimust;

Rahastamine

16. tunnistab, et ELi rahastamisel võib olla oluline roll suuremate investeeringute soodustamisel soospetsiifiliste probleemidega seotud teadusuuringutesse ja ebavõrdsuse käsitlemisel ravi kättesaadavusel; rõhutab, et erasektoril on vähe stiimuleid investeerida ennetavasse ravisse ning seetõttu peaks see olema komisjoni ja liikmesriikide prioriteet;

17. toetab kindlalt soolise võrdõiguslikkuse peavoolustamist kõigis asjaomastes poliitikavaldkondades ja ELi eelarves; nõuab, et komisjon algataks sihtotstarbelised rahastamiskonkursid soospetsiifiliste terviseprobleemide ja projektide jaoks, mille eesmärk on kaotada lõhe soopõhistes terviseandmetes;

18. on seisukohal, et soolise võrdõiguslikkuse parandamine tervishoiualastes teadusuuringutes on ELi jaoks konkurentsivõimalus; rõhutab, et ELi rahaliste vahendite eraldamine soolise ebavõrdsuse vähendamiseks tervishoius koos andmelünkade kaotamise meetmetega võib stimuleerida investeeringuid ja hoogustada innovatsiooni ELis;

°

[16] Vigano, P., Casalechi, M. ja Dolmans, M., „European Union underinvestment in endometriosis research“ (Euroopa Liidu alainvesteerimine endometrioosiuuringutesse), *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, kd 5, 2024, 100058, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949838423000464.

° °

19. teeb presidendile ülesandeks edastada käesolev resolutsioon nõukogule ja komisjonile.

SELETUSKIRI

Euroopa Liidus on sooline ebavõrdsus tervishoius endiselt suur probleem, hoolimata mõningatest regulatiivsetest meetmetest ja ametlikest kohustustest võrdõiguslikkust parandada. Käesolevas raportis uuritakse püsiva soolise ebavõrdsuse mitmetahulisi põhjuseid tervishoius ning võetakse arvesse kogu tervishoiutsüklit alates kliinilistest uuringutest ja ravimite väljatöötamisest kuni diagnostika ja ravini. Raportis rõhutatakse ka ebavõrdsust soospetsiifiliste terviseprobleemide, näiteks menopausi, endometrioosi jne ravis.

Kuigi käesolevas raportis käsitletud ebavõrdsuse põhirõhk on naistega seotud soolisel ebavõrdsusel, kehtivad paljud ebavõrdsuse allikad võrdselt ka teiste rühmade, näiteks transsooliste inimeste ja etniliste vähemuste kogukondade puhul, ning raportööri eesmärk on teha ettepanekuid meetmete võtmiseks, millest saavad kasu ka need rühmad.

Raportöör on veendunud, et soolise ebavõrdsuse keerulist päritolu arvestades peavad poliitikakujundajad lähenema sellele terviklikult ning tegema tihedat koostööd meditsiinitöötajate ja kodanikuühiskonnaga. Raportöör kordab oma toetust soolise võrdõiguslikkuse peavoolustamisele kõigis asjaomastes poliitikavaldkondades ja ELi eelarves ning on seisukohal, et see on vajalik katalüsaator konkreetsete ebavõrdsuse allikatega tegelemiseks.

Suur osa ebavõrdsusest tuleneb süsteemsest kallutatusest meditsiini ökosüsteemis. Meditsiiniuuringud ja ravimite väljatöötamine on ajalooliselt olnud meestekesksed. Selline kallutatus jätab tähelepanuta asjaolu, et terviseprobleemid võivad esineda naiste kehas teisel kujul ning naiste anatoomia võib reageerida ravimitele ja ravile erinevalt. Neid teadmistelünki süvendab naiste tervist ja soospetsiifilisi terviseprobleeme käsitlevate teadusuuringute järjepidev ja korduv alarahastamine, kusjuures 2020. aastal eraldati naiste terviseuuringutele ülemaailmsest teadus- ja arendustegevuse rahastamisest kõigest 5 %[1].

Hoolimata viimase 50 aasta jooksul tehtud märkimisväärsetest meditsiinilistest edusammudest ja riiklike tervishoiusüsteemide täiustamisest, seisavad naised jätkuvalt silmitsi väärdiagnooside, sümptomite eiramise ja ravimite kõrvaltoimetega. Sageli ei ole nende probleemi jaoks lihtsalt teadaolevat tõhusat ravi, näiteks endometrioosi ja premenstruaalse düsfoorilise häire (PMDD) korral.

Ebavõrdsust, mida naised tervishoius kogevad, peegeldab ja isegi võimendab sageli intersektsionaalne ebavõrdsus, millega seisavad silmitsi teised alaesindatud kogukonnad, sealhulgas transsoolised inimesed ning etnilised vähemused ja rändajate kogukonnad, samuti geograafiline ebavõrdsus.

Kliinilised uuringud

ELi kliiniliste uuringute määrusega (EL) nr 536/2014 kehtestati kohustused, mille eesmärk on edendada kaasatust, sealhulgas vajadus teatavate rühmade väljajätmist teaduslikult põhjendada. Sellegipoolest on naiste esindatus kliinilistes uuringutes meeste omast väiksem ning erinevus on eriti märkimisväärne rasedate ja rinnaga toitvate naiste puhul – ELis on

[1] Nature Reviews Bioengineering, „Funding research on women's health“ (Naiste tervist käsitlevate teadusuuringute rahastamine), kd 2, 2024, lk 797–798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

kliinilistes uuringutes osalevate rasedate naiste osakaal alla 0,4 %[2]. Lisaks puudub kohustust tagada mitmekesisus uuringueelses etapis, kuna enamik loomkatseid tehakse endiselt ainult liigi isasloomadega[3].

Raportis rõhutatakse ka sooliselt disagregeeritud andmete puudumist, mis suurendab teadmiste lõhet naiste tervise valdkonnas.

Diagnoosimine ja ravi

Ajalooliselt meestekeskne lähenemisviis meditsiinile on integreeritud diagnostika- ja raviprotseduuridesse ning sootundliku lähenemisviisi puudumine meditsiinis võib kaasa tuua naiste ebakvaliteetse ja suurema riskiga ravi.

Näiteks on südame-veresoonkonna haigused ELis naiste peamine surmapõhjus, kuid nende sümptomid esinevad nn ebatüüpilisel viisil ja seega on naiste puhul kaks korda suurem tõenäosus, et südamepuudulikkus diagnoositakse valesti[4]. Ka valu ja vaimse tervise ravi valdkonnas on hoiatavaid näiteid juurdunud eelarvamustest diagnostikas ja ravis.

Raportöör peab oluliseks, et liikmesriigid integreeriksid tihedas koostöös meditsiinitöötajate ja haridusasutustega sootundliku tervishoiualase koolituse meditsiiniõppekavadesse. Raportöör rõhutab samuti, et mis tahes muudatused patsientide peal kasutatavates protseduurides peaksid põhinema tegelikel patsiendikogemustel.

Soospetsiifilised terviseprobleemid

Kroonilise alarahastamise ja teadusuuringutes prioriteetide puudumise tõttu on soospetsiifiliste probleemidega seotud meditsiinilised edusammud toppama jäänud ning lõhe on eriti suur just naiste tervisega seotud probleemide puhul.

Endometrioos

Endometrioos on krooniline haigus, mis võib põhjustada selliseid sümptomeid nagu tugev valu, tugev verejooks ja väsimus. Hinnanguliselt mõjutab endometrioos viljakas eas naistest 10–15 %[5]. Meditsiinitöötajate puuduliku arusaamise ja sisseehitatud kallutatuse tõttu, mille tulemuseks on sümptomite eiramine – sageli nn normaalseks perioodivaluks liigitamise näol –

---

[2] Euroopa Ravimiamet viitas 4. juunil 2025 kliiniliste uuringute infosüsteemi andmetele, mille kohaselt on ELis vähem kui 0,4 % uuringutest tehtud rasedate või imetavate naistega. European Medicines Agency, „New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials“ (Uus suunis rasedate ja rinnaga toitvate inimeste kliinilistesse uuringutesse kaasamise kohta), 2025, https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials.

[3] Galea, L.A.M. ja Parekh, R.S., „Ending the neglect of women's health in research“ (Teadusuuringutes naiste tervise eiramise lõpetamine), *BMJ,* kd 381, doi: 10.1136/bmj.p1303.

[4] Roche Diagnostics Limited, „Heart failure: The hidden costs of late diagnosis“ (Südamepuudulikkus: hilise diagnoosi varjatud kulu), 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“ (Reaalsed andmed endometrioosi all kannatava 27 840 naise sümptomite ja diagnostilise lähenemisviisi kohta), *Scientific Reports* kd 11, nr 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. ja Roomaney R., „Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endmetriosis“ (Transsooliste ja mittebinaarsete inimeste arusaam oma tervishoiust seoses endometrioosiga), *International Journal of Transgender Health*, kd 25, nr 4, 2025, 911–925, doi: 10.1177/13591053241266249 https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

, kulub haiguse diagnoosimiseks keskmiselt 6–10 aastat. See viivitus on süsteemne, mitte juhuslik.

Menopaus

Naistest kogeb menopausi sümptomeid 85 % ja 2030. aastaks kogeb maailmas menopausi hinnanguliselt 1,2 miljardit naist[6]. Siiski on juurdepääs ravile riigiti väga erinev ja sageli on see probleem ikka veel ühiskonnas häbimärgistatud. Lisaks takistavad menopausiravi pikad ooteajad, piiratud eriarstiteenused ja hormoonasendusravi ebajärjekindlad suunised. Paljud patsiendid on teatanud, et sümptomeid eiratakse kui „tavapärast vananemist“, mis tugevdab soopõhiseid eelarvamusi naiste tervise ja vastupanuvõime kohta. Lisaks keskendub enamik olemasolevatest meditsiiniuuringutest viljakusaastatele ja jätab seetõttu puberteedi, perimenopausi ja menopausi tähelepanuta.

Seksuaaltervis ja reproduktiivõigused

Soolise võrdõiguslikkuse saavutamiseks tuleb tagada üksikisikute võimalus kasutada oma seksuaal- ja reproduktiivtervise õigusi ning õigust kehalisele puutumatusele ja autonoomiale. Seetõttu on raportöör veendunud, et seksuaal- ja reproduktiivtervis ning seonduvad õigused ning õigus ohutule ja seaduslikule abordile tuleks sätestada Euroopa Liidu põhiõiguste hartas.

Euroopa kodanikualgatusele „My Voice, My Choice“ antud Euroopa Parlamendi vastuse vastuvõtmine 2025. aasta detsembris oli oluline saavutus, millega kutsuti komisjoni tungivalt üles võtma meetmeid. Lisaks saadetakse raportiga ELi kodanikele sisuline signaal, et parlament toetab naiste ja tütarlaste õigusi ning võitleb võrdõiguslikkuse tagamise eest.

Rahastamine

Raportöör tunnistab, et ELi rahastamisel võib olla oluline roll palju suuremate investeeringute soodustamisel soospetsiifiliste probleemidega seotud teadusuuringutesse ja ebavõrdsuse käsitlemisel ravi kättesaadavusel kogu liidus. Raportöör on seisukohal, et soospetsiifiliste probleemidega tegelemiseks võib vaja minna sihtotstarbelisi rahastamiskonkursse.

Käesolevas raportis rõhutab raportöör, et investeerimine soopõhiste terviseandmete lõhe kaotamisse pakub Euroopale konkurentsivõimalust. Lisaks sellele, et see võib aidata vähendada haiguspuhkusest tulenevat kahju ELi majandusele soospetsiifiliste terviseprobleemide tõttu[7], võib see kaasata ka erainvesteeringuid ja luua tugeva aluse edasisele innovatsioonile Euroopas.

Esimese sammuna peab komisjon kasutama tulevast soolise võrdõiguslikkuse strateegiat (2026–2030), et tugevdada oma 2025. aasta naiste õiguste tegevuskavas sätestatud naiste

[6] Davaki, K., Euroopa Parlamendi FEMM-komisjoni tellitud uuring „Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care“ (Sooline ebavõrdsus meditsiiniuuringutes, ravimite väljatöötamises ja ravi kättesaadavuses), kodanike, võrdõiguslikkuse ja kultuuri poliitikaosakond, kodanike õiguste ning justiits- ja institutsiooniliste asjade peadirektoraat, Euroopa Parlament, 2025, lk 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

[7] Maailma Majandusfoorumi hinnangul võib naiste tervishoidu tehtavate investeeringute puudujääkide kõrvaldamine suurendada maailmamajandust 2040. aastaks ühe triljoni USA dollari võrra aastas. Maailma Majandusfoorum, „Closing the Women’s Health Gap: A $1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies“ (Naiste terviselõhe kaotamine: ühe triljoni USA dollari suurune võimalus inimelude ja majanduse parandamiseks), https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women_Health_Gap_2024.pdf.

tervise põhimõtteid ja neile tugineda, pakkudes välja konkreetsed meetmed, millega seatakse soospetsiifilised terviseprobleemid esikohale ja stimuleeritakse neisse investeerimist.

LISA: SISENDI DEKLARATSIOON

Vastavalt kodukorra I lisa artiklile 8 kinnitab raportöör, et kasutas raporti projekti koostamisel oma raportis toimikuga seotud küsimuste kohta sisendmaterjali, mida ta sai järgmistelt huvide esindajatelt, kes kuuluvad kohustuslikku läbipaistvusregistrit käsitleva institutsioonidevahelise kokkuleppe[1] kohaldamisalasse, või järgmistelt kolmandate riikide ametiasutuste, sealhulgas nende diplomaatiliste esinduste ja saatkondade esindajatelt:

1. Huvide esindajad, kes kuuluvad kohustuslikku läbipaistvusregistrit käsitleva institutsioonidevahelise kokkuleppe kohaldamisalasse
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. Kolmandate riikide ametiasutuste, sealhulgas nende diplomaatiliste esinduste ja saatkondade esindajad

Eespool esitatud loetelu koostamise eest vastutab ainuisikuliselt raportöör.

[1] Euroopa Parlamendi, Euroopa Liidu Nõukogu ja Euroopa Komisjoni 20. mai 2021. aasta institutsioonidevaheline kokkulepe kohustusliku läbipaistvusregistri kohta (ELT L 207, 11.6.2021, lk 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).

Kui füüsilised isikud on märgitud loetelus nimeliselt, ametikoha järgi või mõlema järgi, kinnitab raportöör, et on esitanud asjaomastele füüsilistele isikutele Euroopa Parlamendi andmekaitseteate nr 484 (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do), milles on kindlaks määratud nende isikuandmete töötlemise suhtes kohaldatavad tingimused ja sellise töötlemisega seotud õigused.