Eiropas Parlaments
2024-2029

Sieviešu tiesību un dzimumu līdztiesības komiteja

2025/2074(INI)

08.01.2026

ZIŅOJUMA PROJEKTS

par dzimumu nelīdztiesību veselības nozarē, jo īpaši saistībā ar dzimumspecifiskām saslimšanām
(2025/2074(INI))

Sieviešu tiesību un dzimumu līdztiesības komiteja

Referents: Billy Kelleher

SATURA RĀDĪTĀJS

Lpp.

EIROPAS PARLAMENTA REZOLŪCIJAS PRIEKŠLIKUMS 3

PASKAIDROJUMS 8

PIELIKUMS. PIENESUMA DEKLARĀCIJA 11

EIROPAS PARLAMENTA REZOLŪCIJAS PRIEKŠLIKUMS

par dzimumu nelīdztiesību veselības nozarē, jo īpaši saistībā ar dzimumspecifiskām saslimšanām

(2025/2074(INI))

Eiropas Parlaments,

– ņemot vērā Līguma par Eiropas Savienību 2. pantu un 3. panta 3. punktu,

– ņemot vērā Līguma par Eiropas Savienības darbību 8., 9., 151., 153. un 157. pantu,

– ņemot vērā Eiropas Parlamenta un Padomes 2014. gada 16. aprīļa Regulu (ES) Nr. 536/2014 par cilvēkiem paredzētu zāļu klīniskajām pārbaudēm un ar ko atceļ Direktīvu 2001/20/EK[1],

– ņemot vērā Komisijas 2025. gada 16. jūlija priekšlikumu Eiropas Parlamenta un Padomes regulai, ar ko izveido Eiropas Konkurētspējas fondu (“EKF”), tai skaitā īpašo programmu pētniecības un inovācijas darbībām aizsardzības jomā, atceļ Regulas (ES) 2021/522, (ES) 2021/694, (ES) 2021/697, (ES) 2021/783 un groza Regulas (ES) 2021/696, (ES) 2023/588, (ES) [EAIP] (COM(2025)0555),

– ņemot vērā 2025. gada 17. decembra rezolūciju par Eiropas pilsoņu iniciatīvu “Mana balss, mana izvēle: par drošu un pieejamu abortu”[2],

– ņemot vērā 2021. gada 24. jūnija rezolūciju par seksuālās un reproduktīvās veselības un tiesību uz to stāvokli Eiropas Savienībā sieviešu veselības kontekstā[3],

– ņemot vērā Padomes 2024. gada 21. jūnija ieteikumu par vakcīnnovēršamiem vēža veidiem[4],

– ņemot vērā Padomes 2022. gada 9. decembra ieteikumu par profilakses stiprināšanu ar agrīnas atklāšanas palīdzību: jauna ES pieeja vēža skrīningam, ar ko aizstāj Padomes Ieteikumu 2003/878/EK[5],

– ņemot vērā Komisijas 2025. gada 16. decembra paziņojumu par ES sirds un asinsvadu veselības plānu “Drošas sirdis” (COM(2025)1024),

– ņemot vērā Komisijas 2025. gada 7. marta paziņojumu “Sieviešu tiesību ceļvedis” (COM(2025)0097),

– ņemot vērā Komisijas 2021. gada 3. februāra paziņojumu “Eiropas Vēža uzveikšanas plāns” (COM(2021)0044),

---

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

– ņemot vērā Eiropas Zāļu aģentūras (*EMA*) ierosinātās vadlīnijas "ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline", kas 2025. gada 4. jūnijā publicētas apspriešanai,

– ņemot vērā Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (ESAO) 2024. gada janvāra ziņojumu "Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection",

– ņemot vērā Reglamenta 55. pantu,

– ņemot vērā Sabiedrības veselības komitejas atzinumu,

– ņemot vērā Sieviešu tiesību un dzimumu līdztiesības komitejas ziņojumu (A10-0000/2026),

A. tā kā medicīniskie pētījumi vēsturiski ir bijuši vērsti uz vīriešiem, tāpēc trūkst izpratnes par sieviešu anatomiju; tā kā šī sistēmiskā nevienlīdzība medicīnā ietekmē nepietiekami pārstāvēto iedzīvotāju grupu diagnostiku, ārstēšanu, saslimstību un mirstību;

B. tā kā par spīti tam, ka regulatīvās norises ir uzlabojušas iekļaušanu klīniskajās pārbaudēs, sieviešu pārstāvība joprojām ir mazāka nekā vīriešu pārstāvība un atšķirības ir īpaši akūtas grūtnieču un ar krūti barojošu sieviešu gadījumā[6];

C. tā kā lielākajā daļā klīnisko pārbaužu nav iekļautas transpersonas un marginalizētas kopienas, kas nozīmē, ka viņu reakcija uz ārstēšanu bieži vien nav zināma[7];

D. tā kā 72 % zāļu pārbaudes pētījumos nav pa dzimumiem un dzimtēm sadalītu datu[8];

E. tā kā, lai panāktu dzimumu līdztiesību, ir jāgarantē cilvēku spēja īstenot savas seksuālās un reproduktīvās veselības tiesības (SRVT);

F. tā kā vairāk nekā 20 miljoniem sieviešu[9] ES joprojām nav piekļuves drošam un likumīgam abortam, jo vairākas dalībvalstis ir paturējušas kaitējošus regulatīvos un procesuālos šķēršļus;

G. tā kā endometrioze ir hroniska slimība, kas skar 10–15 % reproduktīvā vecuma sieviešu[10];

---

[6] Saskaņā ar Klīnisko pārbaužu informācijas sistēmas datiem, uz ko Eiropas Zāļu aģentūra atsaucās 2025. gada 4. jūnijā, Eiropas Savienībā mazāk nekā 0,4 % klīnisko pārbaužu ietver grūtnieces vai sievietes, kas baro ar krūti. Eiropas Zāļu aģentūra, "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. un Galea, L.A.M., "Gender inclusivity in women's health research", *BJOG*, 129. sēj., Nr. 12, 2022, https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.17231.

[8] *Care4Everybody* pētījums "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.

[9] Šī statistika balstās uz Polijā un Maltā dzīvojošo sieviešu skaitu, kurām nav pieejami aborti, jo viņu dzīvesvietas valstīs ir spēkā ierobežojoši tiesību akti un citās ES dalībvalstīs ir noteikti ierobežojumi.

[10] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. u. c., "Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis", *Scientific Reports* 11. sēj., Nr. 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. un Roomaney R., "Transgender and non-binary

H. tā kā, neraugoties uz endometriozes izplatību, diagnozes noteikšanai ir vajadzīgi vidēji 6–10 gadi;

I. tā kā 85 % sieviešu ir menopauzes simptomi un tiek lēsts, ka 2030. gadā 1,2 miljardiem sieviešu visā pasaulē būs menopauze[11];

J. tā kā vēzis ir otrais galvenais nāves cēlonis ES un tā kā vīriešu mirstības rādītājs ir augstāks nekā sieviešu mirstības rādītājs[12];

K. tā kā visā ES nav sasniegts Komisijas un Padomes 2022. gadā 2025. gadam nospraustais 90 % mērķrādītājs attiecībā uz vēža skrīninga piedāvāšanu vismaz 90 % attiecīgo personu;

L. tā kā sirds un asinsvadu slimības ir galvenais nāves cēlonis ES, kur sieviešu mirstības rādītājs ir augstāks nekā vīriešu mirstības rādītājs, neraugoties uz maldīgajiem sabiedrībā valdošajiem priekšstatiem[13];

M. tā kā 14 % LGBTQI+ personu ir ziņojušas, ka veselības aprūpes kontekstā saskaras ar diskrimināciju, un daudzas dalībvalstis nodrošina tikai ierobežotu piekļuvi transpersonām paredzētai veselības aprūpei;

N. tā kā 2020. gadā tikai 5 % no globālā pētniecības un izstrādes finansējuma bija piešķirti sieviešu veselības pētniecībai[14],

Vispārīgi apsvērumi

1. uzsver, ka dzimumu nevienlīdzība veselības jomā ir daudzšķautņaina un tai raksturīgs sistēmiskums, kas izriet no tā, ka gadu desmitiem medicīniskie pētījumi bijuši balstīti uz vīriešu anatomiju, bet tas savukārt ir noteicis visu aprūpes ciklu no diagnostikas līdz ārstēšanai;

2. uzsver, ka nevienlīdzību veselības aprūpē pastiprina intersekcionālā nevienlīdzība, piemēram, personas sociālekonomiskā statusa dēļ, un nevienlīdzība, ar ko saskaras etnisko minoritāšu, migrantu kopienu un LGBTQI+ kopienas pārstāvji; norāda, ka nevienlīdzība ir acīmredzama arī dzimumspecifisku saslimšanu gadījumos, jo pētījumi par tām bieži ir nepietiekami finansēti;

---

people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis", *International Journal of Transgender Health*, 25. sēj., Nr. 4, 2025, 911.–925. lpp., https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

[11] Davaki, K., Eiropas Parlamenta Sieviešu tiesību un dzimumu līdztiesības komitejas pasūtīts pētījums "Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care", Pilsoņu, līdztiesības un kultūras politikas departaments, Pilsoņu tiesību, tiesiskuma un institucionālo lietu ģenerāldirektorāts, Eiropas Parlaments, 2025, 86. lpp., https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

[12] *Eurostat*, *Statistics Explained*, "Cancer statistics", 2024. gada martā izgūti dati, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.

[13] *Eurostat*, *Statistics Explained*, "Cardiovascular diseases statistics", 2025. gada jūlijā izgūti dati, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics.

[14] *Nature Reviews Bioengineering*, "Funding research on women's health", 2. sēj., 2024, 797.–798. lpp., https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

3. mudina rīcībpolitikas veidotājus izmantot holistisku pieeju nevienlīdzības novēršanai un novērst neatbilstības, kamēr tiek izstrādātas jaunas inovatīvas ārstēšanas metodes un procedūras;

4. mudina Komisiju iekļaut skaidrus un saistošus mērķrādītājus, lai novērstu nevienlīdzību veselības jomā, un ieviest pārredzamu šo mērķrādītāju uzraudzības sistēmu;

Klīniskās pārbaudes un pētniecība

5. pauž bažas par to, ka, neraugoties uz uzlabojumiem attiecībā uz iekļaušanu klīniskajās pārbaudes, sieviešu pārstāvība joprojām ir mazāka nekā vīriešu pārstāvība; uzsver, ka pirmspārbaudes posmā nav iekļaušanas prasību un ka lielākā daļa testu ar dzīvniekiem joprojām tiek veikti tikai ar sugas tēviņiem[15]; aicina Komisiju ieviest papildu pasākumus, lai novērstu pašreizējo nelīdzsvarotību attiecībā uz dalību klīniskajās pārbaudēs;

6. atzinīgi vērtē to, ka *EMA* plāno pieņemt jaunas vadlīnijas par grūtnieču un ar krūti barojošu personu iekļaušanu klīniskajās pārbaudēs; mudina *EMA* pieņemt līdzīgas vadlīnijas, ar ko uzlabot citu nepietiekami pārstāvētu kopienu iekļaušanu;

7. uzsver, ka izpratnes trūkumu par veselības atšķirībām atkarībā no dzimuma un dzimtes saasina tas, ka pētniecības rezultāti reti tiek sadalīti pēc dzimuma; aicina Komisiju noteikt, ka datu sadalīšana pēc dzimuma ir obligāta visos ES finansētajos projektos;

Diagnostika un ārstēšana

8. uzsver, ka sistēmiska finansējuma trūkuma un pētniecības nepietiekamības dēļ diagnostikas metodes un ārstēšana joprojām ir vērsta uz vīriešiem, bet tas var novest pie standartiem neatbilstošas un augstāka riska ārstēšanas sieviešu un transpersonu gadījumā;

9. mudina medicīnas speciālistus piemērot precīzijas medicīnas pieeju ārstēšanai, lai papildinātu visus pasākumus, kas veikti, lai samazinātu nevienlīdzību un palielinātu investīcijas medicīniskajā pētniecībā; mudina dalībvalstis izveidot izmēģinājuma programmas dzimumsensitīvas veselības aprūpes jomā;

10. uzskata, ka ir būtiski, lai dalībvalstis savās medicīnas mācību programmās iekļautu dzimumsensitīvas veselības aprūpes apmācību;

Dzimumspecifiskas saslimšanas

11. ļoti atzinīgi vērtē Eiropas pilsoņu iniciatīvu "Mana balss, mana izvēle"; vēlreiz aicina Komisiju pilnībā izmantot savu kompetenci veselības politikas jomā, lai palīdzētu dalībvalstīm garantēt vispārēju piekļuvi SRVT, un SRVT un tiesības uz drošu un likumīgu abortu iekļaut Eiropas Savienības Pamattiesību hartā;

12. vēlreiz aicina Komisiju izveidot brīvprātīgu, uz solidaritāti balstītu, izvēles ES finanšu mehānismu, kurš, neiejaucoties valsts normatīvajos aktos, dalībvalstīm dotu iespēju

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

nodrošināt aborta aprūpi cilvēkiem, kam tā nav iespējama savā mītnes valstī; turklāt aicina Komisiju nākt klajā ar attiecīgu priekšlikumu;

13. pauž nožēlu par to, ka kopš ES Kopienas Pētniecības un attīstības informācijas dienesta izveides gandrīz pirms 40 gadiem tikai 10 no 145 983 ES finansētajiem projektiem ir bijuši īpaši vērsti uz endometriozi[16];

14. pauž nožēlu par to, ka, neraugoties uz nelabvēlīgu menopauzes simptomu izplatību sieviešu vidū, menopauze joprojām netiek ierastā kārtā integrēta primārajā veselības aprūpē un joprojām ir sociālas stigmatizācijas objekts;

15. mudina Komisiju izmantot gaidāmo dzimumu līdztiesības stratēģiju 2026.–2030. gadam, lai ierosinātu konkrētus pasākumus, kuros prioritāte tiktu piešķirta investīcijām dzimumspecifisku saslimšanu jomā; uzsver, ka investīcijām dzimumspecifisku saslimšanu jomā būtu jāatspoguļo to smagums un izplatība;

Finansējums

16. atzīst, ka ES finansējums var būtiski pamudināt uz lielākām investīcijām ar dzimumu saistītu jautājumu pētniecībā un palīdzēt novērst nevienlīdzību piekļuvē ārstēšanai; uzsver, ka privātajam sektoram ir maz stimulu investēt profilaktiskajā aprūpē un ka tādēļ tai vajadzētu būt Komisijas un dalībvalstu prioritātei;

17. stingri atbalsta integrētu pieeju dzimumu līdztiesībai visās attiecīgajās rīcībpolitikās un ES budžetā; aicina Komisiju izsludināt īpašus finansējuma uzaicinājumus attiecībā uz dzimumspecifiskām saslimšanām un projektiem, kuru mērķis ir novērst dzimumspecifisku veselības datu trūkumu;

18. uzskata, ka dzimumu līdztiesības uzlabošana veselības pētniecībā ir ES konkurētspējas iespēja; uzsver, ka ES finansējuma veltīšana dzimumu nevienlīdzības novēršanai veselības jomā apvienojumā ar datu trūkuma novēršanas pasākumiem varētu stimulēt investīcijas un veicināt inovāciju ES;

°

° °

19. uzdod priekšsēdētājai šo rezolūciju nosūtīt Padomei un Komisijai.

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

PASKAIDROJUMS

Dzimumu nevienlīdzība veselības aprūpē Eiropas Savienībā joprojām ir būtiska problēma, neraugoties uz dažiem veiktajiem regulatīvajiem pasākumiem un oficiālajām saistībām uzlabot līdztiesību. Šajā ziņojumā ir aplūkoti daudzšķautņainie iemesli noturīgajai dzimumu nevienlīdzībai veselības jomā un ņemts vērā viss veselības aprūpes cikls, sākot no klīniskajām pārbaudēm un zāļu izstrādes līdz diagnostikai un ārstēšanai. Ziņojumā arī uzsvērta nevienlīdzība, kas pastāv dzimumspecifisku stāvokļu, piemēram, menopauzes, endometriozes u. c., ārstēšanā.

Lai gan šajā ziņojumā apspriestās nevienlīdzības būtība attiecas uz dzimumu nevienlīdzību, jo tā skar sievietes, daudzi nevienlīdzības avoti vienlīdz attiecas arī uz citām cilvēku grupām, piemēram, transpersonām un etnisko minoritāšu kopienām, un referents plāno, ka viņa ierosinātās darbības sniegtu labumu arī tām.

Referents uzskata, ka, ņemot vērā sarežģīto dzimumu nevienlīdzības izcelsmi, rīcībpolitikas veidotājiem ir jāīsteno holistiska pieeja un cieši jāsadarbojas ar medicīnas speciālistiem un pilsonisko sabiedrību. Referents vēlreiz pauž atbalstu integrētai pieejai dzimumu līdztiesības nodrošināšanai visās attiecīgajās rīcībpolitikās un ES budžetā un uzskata, ka tas ir nepieciešams katalizators nolūkā novērst konkrētos nevienlīdzības cēloņus.

Liela daļa nevienlīdzības izriet no sistēmiskas neobjektivitātes medicīnas ekosistēmā. Medicīniskā pētniecība un zāļu izstrāde vēsturiski ir bijusi vērsta uz vīriešiem. Šīs neobjektivitātes dēļ netiek ņemts vērā fakts, ka medicīnisks stāvoklis sievietes ķermenī var izpausties citādi un sievietes ķermenis var citādi reaģēt uz zālēm un ārstēšanu. Šīs zināšanu nepilnības papildina pastāvīga un regulāra finansējuma nepietiekamība pētījumiem par sieviešu veselību un dzimumspecifiskām saslimšanām; piemēram, 2020. gadā tikai 5 % no globālā pētniecības un izstrādes finansējuma tika piešķirti sieviešu veselības pētniecībai[1].

Neraugoties uz ievērojamo medicīnas progresu pēdējos 50 gados un uzlabojumiem valstu veselības aprūpes sistēmās, sievietes pastāvīgi saskaras ar nepareizu diagnozi, simptomu ignorēšanu un zāļu blakusparādībām. Iedarbīga ārstēšana viņu saslimšanai bieži vien nemaz nav zināma, piemēram, endometriozes un premenstruālo disforisko traucējumu (PMDT) gadījumā.

Nevienlīdzību, ar ko sievietes saskaras veselības aprūpē, bieži atkārto un pat pastiprina intersekcionālā nevienlīdzība, ar ko saskaras citas nepietiekami pārstāvētas kopienas, tostarp transpersonas, etniskās minoritātes un migrantu kopienas, kā arī ģeogrāfiskā nevienlīdzība.

Klīniskās pārbaudes

ES Klīnisko pārbaužu regula (ES) Nr.536/2014 ieviesa pienākumus kuru mērķis ir veicināt iekļautību, tostarp pienākumu zinātniski pamatot, kāpēc konkrētas grupas ir izslēgtas. Tomēr sieviešu pārstāvība klīniskajās pārbaudēs joprojām ir mazāka nekā vīriešu pārstāvība, un šī atšķirība ir īpaši akūta grūtniecēm un ar krūti barojošām sievietēm: piemēram, mazāk nekā 0,4 % klīnisko pārbaužu ES piedalās grūtnieces[2]. Turklāt nav pienākuma nodrošināt

[1] *Nature Reviews Bioengineering*, "Funding research on women's health", 2. sēj., 2024, 797.–798. lpp., https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

[2] Saskaņā ar Klīnisko pārbaužu informācijas sistēmas datiem, uz ko Eiropas Zāļu aģentūra atsaucās 2025. gada 4. jūnijā, Eiropas Savienībā mazāk nekā 0,4 % klīnisko pārbaužu ietver grūtnieces vai sievietes, kas baro ar krūti.

daudzveidību pirmspārbaudes posmā, lielākajai daļai testu ar dzīvniekiem joprojām tiekot veiktiem tikai ar sugas tēviņiem[3].

Ziņojumā arī uzsvērts, ka trūkst pa dzimumiem sadalītu datu, bet tas saasina zināšanu trūkumu sieviešu veselības jomā.

Diagnostika un ārstēšana

Vēsturiskā uz vīriešiem vērstā pieeja medicīnai atspoguļojas diagnostikas un ārstēšanas procedūrās, un dzimumsensitīvas pieejas trūkums medicīnā var novest pie standartiem neatbilstošas un augstāka riska ārstēšanas sieviešu gadījumā.

Piemēram, sirds un asinsvadu slimības ir galvenais sieviešu nāves cēlonis ES, tomēr to simptomi izpaužas "netipiski", tāpēc sieviešu gadījumā ir divkārt lielāka varbūtība, ka sirds mazspēja netiks diagnosticēta pareizi[4]. Arī sāpju un psihoemocionālās veselības ārstēšana sniedz spilgtus piemērus, kā diagnostikā un ārstēšanā iesakņojusies neobjektivitāte.

Referents uzskata, ka ir būtiski, lai dalībvalstis ciešā sadarbībā ar medicīnas speciālistiem un izglītības iestādēm medicīnas mācību programmās iekļautu dzimumsensitīvas veselības aprūpes apmācību. Referents arī uzsver, ka, veicot jebkādas izmaiņas pacienttuvās procedūrās, būtu jāņem vērā reālā pacientu pieredze.

Dzimumspecifiskas saslimšanas

Hroniskās finansējuma nepietiekamības un pētniecības prioritāšu trūkuma dēļ medicīnas progress dzimumspecifisku problēmu gadījumā atpaliek, un šī atšķirība ir īpaši izteikta sievietēm specifisku problēmu jomā.

Endometrioze

Endometrioze ir hroniska slimība, kas var izraisīt tādus simptomus kā stipras sāpes, smaga asiņošana un nogurums. Tiek lēsts, ka endometrioze skar 10–15 % reproduktīvā vecuma sieviešu[5]. Tā kā medicīnas speciālistiem trūkst izpratnes un ir raksturīga neobjektivitāte, kas noved pie simptomu ignorēšanas, bieži vien tām tiekot nosauktām par "normālām sāpēm menstruāciju laikā", slimības diagnosticēšanai ir vajadzīgi vidēji 6–10 gadi. Šī kavēšanās ir sistēmiska, nevis nejauša.

Menopauze

Eiropas Zāļu aģentūra, "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. un Parekh, R.S., "Ending the neglect of women's health in research", *BMJ,* 381. sēj., doi: 10.1136/bmj.p1303.

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

[5] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. u. c., "Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis", *Scientific Reports* 11. sēj., Nr. 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. un Roomaney R., "Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis", *International Journal of Transgender Health*, 25. sēj., Nr. 4, 2025, 911.–925. lpp., doi: 10.1177/13591053241266249 https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

85 % sieviešu ir menopauzes simptomi, un tiek lēsts, ka 2030. gadā 1,2 miljardiem sieviešu visā pasaulē būs menopauze[6]. Tomēr piekļuve aprūpei dažādās valstīs ir ļoti atšķirīga, un bieži vien menopauze ir sociālas stigmatizācijas objekts. Turklāt aprūpi menopauzes gadījumā kavē ilgs gaidīšanas laiks, ierobežoti specializētie pakalpojumi un nekonsekventas vadlīnijas par hormonu aizvietojošo terapiju (*HRT*). Daudzas pacientes ziņo, ka simptomi tiek ignorēti kā "normālas novecošanas" pazīmes, un šāda attieksme pastiprina dzimtiskotus pieņēmumus par sieviešu veselību un izturību. Turklāt lielākā daļa pašreizējo medicīnisko pētījumu ir vērsti uz reproduktīvo vecumu un tāpēc tajos nav ņemta vērā pubertāte, perimenopauze un menopauze.

Seksuālās veselības un reproduktīvās tiesības

Lai panāktu dzimumu līdztiesību, ir jāgarantē personu spēja īstenot savas seksuālās un reproduktīvās veselības tiesības (SRVT) un tiesības uz ķermeņa neaizskaramību un autonomiju. Tādēļ referents uzskata, ka Eiropas Savienības Pamattiesību hartā būtu jāiekļauj SRVT un tiesības uz drošu un likumīgu abortu.

Parlamenta atbildes uz Eiropas pilsoņu iniciatīvu "Mana balss, mana izvēle" pieņemšana 2025. gada decembrī bija liels sasniegums, kas ietvēra stingru pamudinājumu Komisijai rīkoties. Turklāt ziņojums ir jēgpilns signāls ES iedzīvotājiem, ka Parlaments atbalsta sieviešu un meiteņu tiesības un cīnīsies par līdztiesību.

Finansējums

Referents atzīst, ka ES finansējums var būtiski pamudināt uz daudz lielākām investīcijām ar dzimumu saistītu jautājumu pētniecībā un palīdzēt novērst nevienlīdzību piekļuvē ārstēšanai Savienībā. Viņš uzskata, ka var būt nepieciešami īpaši finansējuma uzaicinājumi attiecībā uz dzimumspecifiskām saslimšanām.

Šajā ziņojumā referents uzsver, ka investīcijas dzimumspecifisku veselības datu plaisas novēršanā Eiropai paver konkurētspējas iespēju. Tas varētu ne tikai palīdzēt novērst dzimumspecifisku saslimšanu dēļ prasīta slimības atvaļinājuma radītos zaudējumus ES ekonomikai[7], bet arī piesaistīt privātās investīcijas un nodrošināt stabilu pamatu turpmākai inovācijai Eiropā.

Vispirms Komisijai ir jāizmanto gaidāmā Dzimumu līdztiesības stratēģija (2026–2030), lai stiprinātu sieviešu veselības principus, kas izklāstīti tās 2025. gada Sieviešu tiesību ceļvedī, un tos pilnveidotu, ierosinot konkrētus pasākumus, kas par prioritāti noteiks un stimulēs investīcijas dzimumspecifisku saslimšanu jomā.

[6] Davaki, K., FEMM komitejas pasūtīts pētījums "Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care", Pilsoņu, līdztiesības un kultūras politikas departaments, Pilsoņu tiesību, tiesiskuma un institucionālo lietu ģenerāldirektorāts, Eiropas Parlaments, 2025, 86. lpp., https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

[7] Pasaules Ekonomikas forums lēš, ka investīciju nepietiekamības novēršana sieviešu veselības aprūpē līdz 2040. gadam varētu stiprināt pasaules ekonomiku par 1 triljonu ASV dolāru gadā. Pasaules Ekonomikas forums, "Closing the Women's Health Gap: A $1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies", https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women_Health_Gap_2024.pdf.

PIELIKUMS. PIENESUMA DEKLARĀCIJA

Saskaņā ar Reglamenta I pielikuma 8. pantu referents apliecina, ka, gatavojot ziņojuma projektu, viņš savā ziņojumā ir iekļāvis pienesumu, kas ir par jautājumiem, kuri attiecas uz lietas priekšmetu, un kas saņemts no šādiem interešu pārstāvjiem, uz kuriem attiecas Iestāžu nolīgums par obligātu pārredzamības reģistru[1], vai no šādiem trešo valstu publisko iestāžu, tostarp to diplomātisko pārstāvniecību un vēstniecību, pārstāvjiem:

1. Interešu pārstāvji, uz kuriem attiecas Iestāžu nolīgums par obligātu pārredzamības reģistru
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. Trešo valstu publisko iestāžu, tostarp to diplomātisko pārstāvniecību un vēstniecību, pārstāvji

Par šī saraksta sagatavošanu ir atbildīgs vienīgi referents.

[1] Iestāžu nolīgums (2021. gada 20. maijs) starp Eiropas Parlamentu, Eiropas Savienības Padomi un Eiropas Komisiju par obligātu pārredzamības reģistru (OV L 207, 11.6.2021., 1. lpp., ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).

Ja fiziskas personas sarakstā ir identificētas ar vārdu, amatu vai ar abiem, referents apliecina, ka viņš ir iesniedzis attiecīgajām fiziskajām personām Eiropas Parlamenta paziņojumu par privātumu Nr. 484 (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do), kurā ir izklāstīti nosacījumi, kas attiecas uz to personas datu apstrādi, un ar šādu apstrādi saistītās tiesības.