Europees Parlement
2024-2029

Commissie vrouwenrechten en gendergelijkheid

2025/2074(INI)

8.1.2026

ONTWERPVERSLAG

over genderongelijkheid op gezondheidsgebied, met name wat genderspecifieke aandoeningen betreft
(2025/2074(INI))

Commissie vrouwenrechten en gendergelijkheid

Rapporteur: Billy Kelleher

INHOUD

Blz.

ONTWERPRESOLUTIE VAN HET EUROPEES PARLEMENT 3

TOELICHTING 9

BIJLAGE: BEKENDMAKING VAN INPUT 13

ONTWERPRESOLUTIE VAN HET EUROPEES PARLEMENT

over genderongelijkheid op gezondheidsgebied, met name wat genderspecifieke aandoeningen betreft

(2025/2074(INI))

Het Europees Parlement,

– gezien artikel 2 en artikel 3, lid 3, van het Verdrag betreffende de Europese Unie,

– gezien de artikelen 8, 9, 151, 153 en 157 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie,

– gezien Verordening (EU) nr. 536/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 16 april 2014 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en tot intrekking van Richtlijn 2001/20/EG[1],

– gezien het voorstel van de Commissie van 16 juli 2025 voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad tot oprichting van het Europees Fonds voor concurrentievermogen, met inbegrip van een specifiek programma voor onderzoeks- en innovatieactiviteiten op defensiegebied, tot intrekking van de Verordeningen (EU) 2021/522, (EU) 2021/694, (EU) 2021/697 en (EU) 2021/783, tot intrekking van bepalingen van de Verordeningen (EU) 2021/696 en (EU) 2023/588, en tot wijziging van Verordening (EU) [EDIP] (COM(2025)0555),

– gezien zijn resolutie van 17 december 2025 over het Europees burgerinitiatief getiteld “My Voice, My Choice: zorgen voor toegang tot veilige abortus”[2],

– gezien zijn resolutie van 24 juni 2021 over de situatie op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in de EU, in verband met de gezondheid van vrouwen[3],

– gezien de aanbeveling van de Raad van 21 juni 2024 over vormen van kanker die door vaccinatie kunnen worden voorkomen[4],

– gezien de aanbeveling van de Raad van 9 december 2022 over betere preventie met vroegtijdige opsporing: een nieuwe EU-aanpak van kankerscreening ter vervanging van Aanbeveling 2003/878/EG van de Raad[5],

– gezien de mededeling van de Commissie van 16 december 2025 getiteld “EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan” (COM(2025)1024),

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

– gezien de mededeling van de Commissie van 7 maart 2025 getiteld “Een routekaart voor vrouwenrechten” (COM(2025)0097),

– gezien de mededeling van de Commissie van 3 februari 2021 getiteld “Het Europees kankerbestrijdingsplan” (COM(2021)0044),

– gezien het voorstel voor richtsnoeren van het Europees Geneesmiddelenbureau dat op 4 juni 2025 met het oog op overleg is gepresenteerd getiteld “ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline”,

– gezien het rapport van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) van januari 2024 getiteld “Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection”,

– gezien artikel 55 van zijn Reglement,

– gezien het advies van de Commissie volksgezondheid,

– gezien het verslag van de Commissie vrouwenrechten en gendergelijkheid (A10-0000/2026),

A. overwegende dat bij medisch onderzoek van oudsher de man centraal stond, resulterend in een gebrek aan kennis van de vrouwelijke anatomie, overwegende dat deze systemische ongelijkheid op het gebied van geneeskunde van invloed is op de diagnostiek, behandeling, morbiditeit en mortaliteit van ondervertegenwoordigde bevolkingsgroepen,

B. overwegende dat ontwikkelingen op het gebied van regelgeving weliswaar tot een betere inclusiviteit bij klinische proeven hebben geleid, maar dat de vertegenwoordiging van vrouwen nog altijd lager is dan die van mannen en dat de ongelijkheid met name groot is bij zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven[6],

C. overwegende dat transgenders en gemarginaliseerde gemeenschappen bij de meeste klinische proeven niet worden “meegenomen”, hetgeen betekent dat hun reactie op behandeling in veel gevallen onbekend is[7],

D. overwegende dat 72 % van de studies over geneesmiddelenproeven geen naar geslacht en gender uitgesplitste gegevens bevatten[8],

---

[6] Aan minder dan 0,4 % van de proeven in de EU wordt deelgenomen door zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven, zoals blijkt uit gegeven van het informatiesysteem voor klinische proeven waar het Europees Geneesmiddelenbureau op 4 juni 2025 naar verwees. Europees Geneesmiddelenbureau, “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. en Galea, L.A.M., “Gender inclusivity in women’s health research”, *BJOG*, vol. 129, nr. 12, 2022, https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.17231.

[8] Studie van Care4Everybody, “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.

E. overwegende dat het bereiken van gendergelijkheid betekent dat moet worden gewaarborgd dat mensen hun seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) kunnen uitoefenen,

F. overwegende dat meer dan twintig miljoen vrouwen[9] in de EU nog altijd geen toegang hebben tot veilige en legale abortus, aangezien in meerdere lidstaten onverminderd schadelijke regelgevings- en procedurele belemmeringen bestaan,

G. overwegende dat endometriose een chronische aandoening is die 10 tot 15 % van alle vrouwen in de reproductieve leeftijd treft[10],

H. overwegende dat het ondanks de prevalentie van endometriose gemiddeld zes tot tien jaar duurt vooraleer deze aandoening wordt gediagnosticeerd,

I. overwegende dat 85 % van alle vrouwen symptomen van menopauze hebben en tegen 2030 naar schatting 1,2 miljard vrouwen wereldwijd menopauze zullen ervaren[11],

J. overwegende dat kanker de op een na belangrijkste doodsoorzaak in de EU is en dat het sterftecijfer van mannen met kanker hoger is dan dat van vrouwen[12],

K. overwegende dat het door de Commissie en de Raad in 2022 geformuleerde doel om tegen 2025 ten minste 90 % van alle in aanmerking komende mensen kankerscreening aan te bieden niet overal in de EU wordt gehaald,

L. overwegende dat hart- en vaatziekte de voornaamste doodsoorzaak in de EU is, met een hogere mortaliteit bij vrouwen dan bij mannen, ondanks de maatschappelijke misvattingen hieromtrent[13],

M. overwegende dat 14 % van de LHBTIQ+-personen melden dat ze discriminatie ervaren in de gezondheidszorg en dat veel lidstaten slechts beperkte toegang bieden tot transgenderspecifieke gezondheidszorg,

N. overwegende dat in 2020 slechts 5 % van de mondiale financiering voor onderzoek en ontwikkeling aan onderzoek naar de gezondheid van vrouwen werd toegekend[14],

---

[9] Dit cijfer is gebaseerd op het aantal in Polen en Malta wonende vrouwen dat geen toegang heeft tot abortus vanwege restrictieve wetten in hun land van verblijf en beperkingen in andere EU-lidstaten.
[10] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. e. a.. “Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis”, *Scientific Reports* vol. 11, nr. 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3. Eder, C. en Roomaney R., “Transgender and non-binary people’s perception of their healthcare in relation to their endometriosis”, *International Journal of Transgender Health*, vol. 25, nr. 4, 2025, 911-925, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.
[11] Davaki, K., studie in opdracht van de Commissie vrouwenrechten en gendergelijkheid van het Europees Parlement, “Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care”, beleidsondersteunende afdeling Burgers, Gelijkheid en Cultuur, directoraat-generaal Rechten van de burger, Justitie en Institutionele Zaken, Europees Parlement, 2025, blz. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.
[12] Eurostat, Statistics Explained, “Cancer statistics”, gegevens geëxtraheerd in maart 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.
[13] Eurostat, Statistics Explained, “Cardiovascular diseases statistics”, gegevens geëxtraheerd in juli 2025, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.
[14] Nature Reviews Bioengineering, “Funding research on women’s health”, vol. 2, 2024, blz. 797-798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

Algemene overwegingen

1. beklemtoont dat genderongelijkheid op gezondheidsgebied vele facetten kent, met systemische ongelijkheden die het gevolg zijn van het feit dat decennialang medisch onderzoek is verricht op basis van de mannelijke anatomie, hetgeen de volledige zorgcyclus - van diagnostiek tot behandeling - heeft bepaald;

2. benadrukt dat ongelijkheid in de gezondheidszorg wordt vergroot door intersectionele ongelijkheden, bijvoorbeeld op grond van de sociaal-economische status van een persoon en ongelijkheden die door mensen uit een etnische minderheids- of migrantengemeenschap en de LHBTIQ+-gemeenschap worden ervaren; stelt vast dat ongelijkheden ook onmiskenbaar zijn bij genderspecifieke aandoeningen, aangezien stelselmatig te weinig financiering beschikbaar wordt gesteld voor onderzoek naar deze aandoeningen;

3. verzoekt beleidsmakers bij het aanpakken van ongelijkheden en het corrigeren van discrepanties voor een holistische benadering te kiezen, en - parallel daaraan - nieuwe behandelingen en procedures te ontwikkelen;

4. spoort de Commissie aan bij het aanpakken van ongelijkheden op het gebied van gezondheid duidelijke en bindende streefcijfers te hanteren, en deze streefcijfers aan een transparant monitoringsysteem te onderwerpen;

Klinische proeven en onderzoek

5. vindt het zorgwekkend dat de vertegenwoordiging van vrouwen in klinische proeven ondanks verbeteringen wat inclusiviteit betreft nog altijd achterblijft bij die van mannen; onderstreept dat er geen inclusiviteitseisen zijn in de fase voorafgaand aan proeven en dat bij de meeste dierproeven ook nu nog uitsluitend mannelijke exemplaren van de soort worden gebruikt[15]; verzoekt de Commissie aanvullende maatregelen te nemen om het nog altijd bestaande onevenwicht bij de vertegenwoordiging in klinische proeven aan te pakken;

6. juicht het toe dat het Europees Geneesmiddelenbureau van plan is nieuwe richtsnoeren goed te keuren betreffende de opname van zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven in klinische proeven; verzoekt het Europees Geneesmiddelenbureau met klem vergelijkbare richtsnoeren goed te keuren betreffende de opname in klinische proeven van andere ondervertegenwoordigde gemeenschappen;

7. benadrukt dat de gebrekkige kennis over geslacht- en gendergebaseerde verschillen op het gebied van gezondheid wordt verergerd door het feit dat de resultaten van onderzoek slechts zelden naar geslacht worden uitgesplitst; verzoekt de Commissie naar geslacht uitgesplitste gegevens verplicht te stellen voor alle projecten waar de EU financiering aan toekent;

Diagnostiek en behandeling

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

8. onderstreept het feit dat bij diagnostische methoden en behandelingen als gevolg van systemische onderfinanciering en te weinig onderzoek de man nog altijd centraal staat, hetgeen kan leiden tot kwalitatief ondermaatse behandelingen met een verhoogd risico voor vrouwen en transgenders;

9. verzoekt de medische beroepsgroep met klem bij behandeling een benadering van precisiegeneeskunde te hanteren, als aanvulling op de maatregelen die worden genomen om ongelijkheid te verminderen, en meer te investeren in medisch onderzoek; spoort de lidstaten proefprogramma's inzake genderbewuste gezondheidszorg op te zetten;

10. acht het van cruciaal belang dat de lidstaten in hun medische curricula aandacht (gaan) besteden aan genderbewuste gezondheidszorg;

Genderspecifiekeaandoeningen

11. is zeer ingenomen met het Europees burgerinitiatief "My Voice, My Choice"; herhaalt zijn oproep aan de Commissie om ten volle gebruik te maken van haar bevoegdheid op het gebied van gezondheidsbeleid om de lidstaten ondersteuning te bieden bij het waarborgen van universele toegang tot SRGR, en SRGR en het recht op veilige en legale abortus op te nemen in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie;

12. verzoekt de Commissie nogmaals om een vrijwillig, op solidariteit gebaseerd financieel opt-inmechanisme op het niveau van de EU op te zetten dat de lidstaten de mogelijkheid geeft abortuszorg te bieden aan personen die dergelijke zorg in hun eigen land niet kunnen krijgen, zonder dat er inbreuk wordt gemaakt op nationale wet- en regelgeving; verzoekt de Commissie verder hiervoor een voorstel in te dienen;

13. betreurt het feit sinds de oprichting van de Informatiedienst voor communautair onderzoek en ontwikkeling van de EU bijna 40 jaar geleden slechts tien van de 145 983 door de EU gefinancierde projecten speciaal gericht waren op endometriose[16];

14. betreurt het feit dat hoewel vrouwen vaak negatieve symptomen van menopauze hebben menopauze nog altijd niet standaard onderdeel van de primaire gezondheidszorg uitmaakt en er nog altijd een maatschappelijk taboe op rust;

15. verzoekt de Commissie de strategie inzake gendergelijkheid 2026-2030 te gebruiken om voorstellen te presenteren voor concrete maatregelen die prioriteit toekennen aan investeringen in genderspecifieke aandoeningen; beklemtoont dat bij investeringen in genderspecifieke aandoeningen rekening moet worden gehouden met de ernst en de prevalentie daarvan;

Financiering

16. onderkent dat EU-financiering een belangrijke rol kan spelen bij het aanzwengelen van investeringen in onderzoek naar genderspecifieke aandoeningen en het aanpakken van ongelijkheden bij de toegang tot behandeling; benadrukt dat er weinig stimulansen zijn

[16] Vigano, P., Casalechi, M. en 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.

voor de particuliere sector om in preventieve zorg te investeren en dat dit derhalve een prioriteit moet zijn voor de Commissie en de lidstaten;

17. geeft zijn volledige steun aan gendermainstreaming in alle relevante beleidsmaatregelen en de EU-begroting; verzoekt de Commissie specifieke oproepen tot het indienen van voorstellen voor financiering voor genderspecifieke aandoeningen te lanceren, alsook projecten voor het dichten van de kloof met betrekking tot naar geslacht uitgesplitste gezondheidsgegevens;

18. is van oordeel dat verbetering van de gendergelijkheid in gezondheidsonderzoek het concurrentievermogen van de EU ten goede kan komen; onderstreept dat het gebruik van EU-financiering voor het aanpakken van genderongelijkheden op het gebied van gezondheid, in combinatie met maatregelen om de gegevenshiaten te dichten, investeringen zou kunnen aanzwengelen en voor meer innovatie in de EU zou kunnen zorgen;

°

° °

19. verzoekt zijn Voorzitter deze resolutie te doen toekomen aan de Raad en de Commissie.

TOELICHTING

Genderongelijkheden in de gezondheidszorg in de Europese Unie zijn, ondanks een aantal regelgevingsmaatregelen en toezeggingen om de gelijkheid te verbeteren, nog altijd een flinke uitdaging. Dit verslag kijkt naar de uiteenlopende redenen voor de hardnekkige genderongelijkheden op het gebied van gezondheid en neemt de volledige cyclus van gezondheidszorg in ogenschouw, van klinische proeven en de ontwikkeling van geneesmiddelen tot diagnostiek en behandeling. Het verslag besteedt ook in het bijzonder aandacht aan de ongelijkheden bij de behandeling van genderspecifieke aandoeningen, zoals menopauze en endometriose.

Hoewel het merendeel van de in dit verslag behandelde ongelijkheden betrekking heeft op gender omdat ze vrouwen betreffen, gelden veel van de oorzaken van ongelijkheid in gelijke mate voor andere groepen mensen, zoals transgenders en leden van minderheidsgemeenschappen, en rapporteur beoogt dat de maatregelen die hij voorstelt ook die groepen ten goede komen.

Rapporteur is van oordeel dat beleidsmakers gezien de complexiteit van de aan genderongelijkheden ten grondslag liggen oorzaken voor een holistische aanpak daarvan moeten kiezen en nauw moeten samenwerken met de medische beroepsgroep en het maatschappelijk middenveld. Rapporteur bekrachtigt zijn steun voor gendermainstreaming in alle relevante beleidsmaatregelen en de EU-begroting, en beschouwt dit als een noodzakelijke katalysator voor het aanpakken van de specifieke oorzaken van ongelijkheid.

Veel van de ongelijkheden vloeien voort uit de systemische vooroordelen die ingebakken zijn in het medische ecosysteem. Bij medisch onderzoek en de ontwikkeling van geneesmiddelen staat van oudsher de man centraal. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat medische aandoeningen zich in het vrouwenlichaam mogelijkerwijs anders ontwikkelen en dat de vrouwelijke anatomie misschien anders op geneesmiddelen en behandelingen reageert. Deze kenniskloof wordt verder vergroot door de stelselmatige en permanente onderfinanciering van onderzoek naar de gezondheid van de vrouw en genderspecifieke aandoeningen (in 2020 ging slechts 5 % van de wereldwijde financiering voor onderzoek en ontwikkeling naar onderzoek naar de vrouwelijke gezondheid[1]).

Ondanks de aanzienlijke medische vooruitgang in de afgelopen halve eeuw en verbeteringen aan de nationale gezondheidszorgstelsels hebben vrouwen nog altijd stelselmatig te maken met foutieve diagnoses, ontkenning van hun symptomen, en negatieve reacties op geneesmiddelen. Vaak is er eenvoudigweg geen bekende doeltreffende behandeling voor hun aandoening, zoals in het geval van endometriose en premenstruele dysfore stoornis (PMDD).

De ongelijkheden waar vrouwen in de gezondheidszorg mee te maken hebben, zien we vaak terug bij, respectievelijk worden vaak versterkt door intersectionele ongelijkheid waar ook andere ondervertegenwoordigde gemeenschappen, waaronder transgenders en etnische minderheden en migranten, mee worden geconfronteerd, alsook door geografische ongelijkheden.

Klinische proeven

[1] Nature Reviews Bioengineering, “Funding research on women’s health”, vol. 2, 2024, blz. 797-798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

Verordening (EU) nr. 536/2014 (de "verordening klinische proeven") behelst de introductie van verplichtingen ter bevordering van inclusiviteit, met inbegrip van de verplichting om wetenschappelijk te rechtvaardigen waarom bepaalde groepen worden uitgesloten. Desalniettemin zijn vrouwen ondervertegenwoordigd in klinische proeven in vergelijking met mannen en zien we dat de dispariteit met name uitgesproken is bij zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven (minder dan 0,4 % van de klinische proeven in de EU hebben ook betrekking op zwangere vrouwen)[2]. Daarnaast zijn er geen verplichtingen om in de fase voorafgaand aan proeven voor diversiteit te zorgen en geldt dat bij de meeste dierproeven ook nu nog uitsluitend mannelijke exemplaren van de soort worden gebruikt[3].

Het verslag wijst ook in het bijzonder op het gebrek aan naar geslacht uitgesplitste gegevens, hetgeen bijdraagt aan de kloof wat betreft de kennis over de gezondheid van vrouwen.

Diagnostiek en behandeling

De traditionele benadering van geneeskunde waarbij de man centraal staat, is ingebed in diagnostische en behandelingsprocedures, en het ontbreken van een genderbewuste aanpak op dit gebied kan voor vrouwen tot een kwalitatief ontoereikende en risicovollere behandeling leiden.

Zo is hart-en vaatziekte de voornaamste doodsoorzaak onder vrouwen in de EU, maar doen de symptomen zich bij hen op "atypische" wijze voor, wat ertoe leidt dat hartfalen bij vrouwen twee keer zo vaak verkeerd wordt gediagnosticeerd als bij mannen[4]. Ook bij de diagnose en behandeling van pijn en van geestelijke gezondheid zien we krasse voorbeelden van vastgeroeste vooroordelen.

Rapporteur vindt het van essentieel belang dat de lidstaten, in nauwe samenwerking met de medische beroepsgroep en onderwijsinstellingen, genderbewuste zorgopleiding in het medisch curriculum opnemen. Rapporteur benadrukt verder dat bij wijzigingen van de procedures "aan het bed" te allen tijde de ervaring van de patiënt in de praktijk leidend moet zijn.

Genderspecifieke aandoeningen

Als gevolg van stelselmatige onderfinanciering en het feit dat bij onderzoek onvoldoende wordt geprioriteerd, wordt er ten aanzien van genderspecifieke aandoeningen te weinig vooruitgang geboekt, waarbij de kloof met name groot is bij aandoeningen die zich vooral bij vrouwen voordoen.

Endometriose

---

[2] Aan minder dan 0,4 % van de proeven in de EU wordt deelgenomen door zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven, zoals blijkt uit gegeven van het informatiesysteem voor klinische proeven waar het Europees Geneesmiddelenbureau op 4 juni 2025 naar verwees. Europees Geneesmiddelenbureau, "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. en 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", augustus 2020, https://hfreport.roche.com/image/6721401/Roche%20HF%20report%20portrait%20final.pdf.

Endometriose is een chronische aandoening die symptomen kan veroorzaken zoals hevige pijn, ernstige bloedingen, en vermoeidheid. Geschat wordt dat endometriose 10 tot 15 % van alle vrouwen in de reproductieve leeftijd treft[5]. Als gevolg van een gebrek aan kennis bij medische professionals en ingebouwde vooroordelen waardoor symptomen niet worden onderkend (en vaak als "normale menstruatiepijn" worden aanagemerkt), duurt het gemiddeld zes tot tien jaar voordat de aandoening wordt gediagnosticeerd. Deze vertraging is systemisch van aard en niet incidenteel.

Menopauze

Van alle vrouwen ondervindt 85 % symptomen van menopauze en tegen 2030 zullen naar schatting 1,2 miljard vrouwen wereldwijd menopauze ervaren[6]. Toch verschilt de toegang tot zorg sterk van land tot land en rust er op dit verschijnsel vaak een maatschappelijk taboe. De zorg omtrent menopauze kenmerkt zich daarnaast door lange wachttijden, een gebrek aan specialistische diensten, en inconsistente richtsnoeren voor hormoonsubstitutietherapie. Veel patiënten melden dat symptomen worden afgedaan als onderdeel van een "normaal verouderingsproces", wat op gender stoelende aannames over de gezondheid en veerkracht van vrouwen versterkt. Daarnaast richt het merendeel van de huidige medische onderzoeken zich op de jaren dat vrouwen vruchtbaar zijn, en vallen de pubertijd, perimenopauze en menopauze buiten het aandachtsveld.

Seksuele gezondheid en reproductieve rechten

Om gendergelijkheid te bereiken, moet het recht op het uitoefenen van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) alsook het recht op lichamelijke integriteit en autonomie worden gewaarborgd. Rapporteur is in dit verband van oordeel dat SRGR en het recht op veilige en legale abortus in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie moeten worden opgenomen.

De goedkeuring van de reactie van het Parlement op het Europees burgerinitiatief "My Voice, My Choice" in december 2025, inclusief een dringende oproep aan de Commissie om actie te ondernemen, was een historisch succes. Verder geeft dit verslag een duidelijk signaal aan de burgers van de EU af dat het Parlement de rechten van vrouwen en meisjes ondersteunt en zich zal beijveren voor gelijkheid.

Financiering

Rapporteur onderkent dat EU-financiering een belangrijke rol kan spelen bij het aanzwengelen van veel meer investeringen in onderzoek naar genderspecifieke aandoeningen en het aanpakken van ongelijkheden bij de toegang tot behandeling in de EU. Rapporteur is

---

[5] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. *e.a.* "Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis", *Scientific Reports* vol.11, nr.20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3;. Eder, C. en Roomaney R., "Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis", *International Journal of Transgender Health*, vol. 25, nr. 4, 2025, 911-925, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249. 10,1177/13591053241266249 https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

[6] Davaki, K., studie in opdracht van de Commissie vrouwenrechten en gendergelijkheid, "Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care", beleidsondersteunende afdeling Burgers, Gelijkheid en Cultuur, directoraat-generaal Rechten van de burger, Justitie en Institutionele Zaken, Europees Parlement, 2025, blz. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

van mening dat het misschien nodig is om specifieke oproepen tot het indienen van voorstellen voor financiering voor genderspecifieke aandoeningen te lanceren.

In dit verslag beklemtoont rapporteur verder dat investeren in het dichten van de kloof wat betreft geslachtsspecifieke gegevens het concurrentievermogen van de EU ten goede kan komen. Dit zou niet alleen helpen bij het aanpakken van de verliezen voor de economie van de EU als gevolg van ziekteverlof in verband met genderspecifieke aandoeningen[7], maar ook als hefboom kunnen dienen voor het aantrekken van particuliere investeringen en een stevige basis kunnen bieden voor verdere innovatie in Europa.

Als eerste stap moet de Commissie de strategie voor gendergelijkheid 2026-2030 gebruiken om de beginselen inzake de gezondheid van vrouwen zoals bedoeld in haar routekaart voor vrouwenrechten 2025 te versterken en uit te breiden middels voorstellen voor concrete maatregelen die investeringen in genderspecifieke aandoeningen prioriteren en stimuleren.

[7] Volgens schattingen van het World Economic Forum zou het dichten van de kloof wat betreft investeringen in de gezondheid van vrouwen de wereldeconomie tegen 2040 jaarlijks met 1 biljoen Amerikaanse dollar kunnen doen groeien. World Economic Forum, “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.

BIJLAGE: BEKENDMAKING VAN INPUT

Overeenkomstig artikel 8 van bijlage I bij het Reglement verklaart de rapporteur in het verslag input te hebben opgenomen over aangelegenheden in verband met het onderwerp van het dossier die in het kader van de opstelling van het ontwerpverslag door hem is ontvangen van de volgende belangenvertegenwoordigers die binnen het toepassingsgebied van het Interinstitutioneel Akkoord over een verplicht transparantieregister[1] vallen, of van de volgende vertegenwoordigers van overheidsinstanties van derde landen, met inbegrip van hun diplomatieke vertegenwoordigingen en ambassades:

1. Belangenvertegenwoordigers die binnen het toepassingsgebied van het Interinstitutioneel Akkoord over een verplicht transparantieregister vallen
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. Vertegenwoordigers van overheidsinstanties van derde landen, met inbegrip van hun diplomatieke vertegenwoordigingen en ambassades

[1] Interinstitutioneel Akkoord van 20 mei 2021 tussen het Europees Parlement, de Raad van de Europese Unie en de Europese Commissie over een verplicht transparantieregister (PB L 207 van 11.6.2021, blz. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).

De bovenstaande lijst is opgesteld onder de exclusieve verantwoordelijkheid van de rapporteur.

De rapporteur verklaart dat aan natuurlijke personen die met hun naam en/of functie in de lijst worden vermeld privacyverklaring nr. 484 van het Europees Parlement (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do) is verstrekt, waarin de voorwaarden voor de verwerking van hun persoonsgegevens en de rechten in verband met die verwerking worden toegelicht.