Parlament Europejski
2024-2029

Komisja Praw Kobiet i Równouprawnienia

2025/2074(INI)

08.01.2026

PROJEKT SPRAWOZDANIA

w sprawie różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia, a szczególnie schorzeń uwarunkowanych płcią
(2025/2074(INI))

Komisja Praw Kobiet i Równouprawnienia

Sprawozdawca: Billy Kelleher

SPIS STREŚCI

Strona

PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO 3

UZASADNIENIE 9

ZAŁĄCZNIK: WYKAZ PODMIOTÓW, OD KTÓRYCH SPRAWOZDAWCA OTRZYMAŁ INFORMACJE 13

PROJEKT REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

w sprawie różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia, a szczególnie schorzeń uwarunkowanych płcią

(2025/2074(INI))

Parlament Europejski,

– uwzględniając art. 2 i art. 3 ust. 3 Traktatu o Unii Europejskiej,

– uwzględniając art. 8, 9, 151, 153 i 157 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

– uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE[1],

– uwzględniając wniosek Komisji dotyczący rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z 16 lipca 2025 r. w sprawie ustanowienia Europejskiego Funduszu Konkurencyjności („EFK”), w tym programu szczegółowego działań na rzecz badań naukowych i innowacji w dziedzinie obronności, uchylenia rozporządzeń (UE) 2021/522, (UE) 2021/694, (UE) 2021/697, (UE) 2021/783, uchylenia przepisów rozporządzeń (UE) 2021/696 i (UE) 2023/588 oraz zmiany rozporządzenia (UE) [EDIP] (COM(2025)0555),

– uwzględniając swoją rezolucję z dnia 17 grudnia 2025 r. w sprawie europejskiej inicjatywy obywatelskiej pt. „Mój głos, mój wybór: za bezpieczną i dostępną aborcją”[2]

– uwzględniając swoją rezolucję z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet[3],

– uwzględniając zalecenie Rady z dnia 21 czerwca 2024 r. w sprawie nowotworów zwalczanych drogą szczepień[4],

– uwzględniając zalecenie Rady z dnia 9 grudnia 2022 r. w sprawie wzmocnienia profilaktyki poprzez wczesne wykrywanie: nowe podejście UE do badań przesiewowych w kierunku raka, zastępujące zalecenie Rady 2003/878/WE[5],

– uwzględniając komunikat Komisji z 16 grudnia 2025 r. pt. „EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan” [Unijny plan dotyczący zdrowia układu krążenia: plan „Bezpieczne serce”] (COM(2025)1024),

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

– uwzględniając komunikat Komisji z dnia 7 marca 2025 r. pt. „Plan działania na rzecz praw kobiet” (COM(2025)0097),

– uwzględniając komunikat Komisji z dnia 3 lutego 2021 r. pt. „Europejski plan walki z rakiem” (COM(2021)0044),

– uwzględniając proponowane wytyczne Europejskiej Agencji Leków (EMA) wydane do konsultacji 4 czerwca 2025 r. pt. „ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline” [Wytyczne ICH E21 dotyczące włączania kobiet w ciąży i karmiących piersią do badań klinicznych – wytyczne naukowe],

– uwzględniając sprawozdanie Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) ze stycznia 2024 r. pt. „Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection” [Walka z nierównościami w przeciwdziałaniu nowotworom w UE: nacisk na profilaktykę i wczesne wykrywanie nowotworów],

– uwzględniając art. 55 Regulaminu,

– uwzględniając opinię przedstawioną przez Komisję Zdrowia Publicznego,

– uwzględniając sprawozdanie Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia (A10-0000/2026),

A. mając na uwadze, że w przeszłości badania medyczne koncentrowały się na mężczyznach, co doprowadziło do niedostatecznego zrozumienia kobiecej anatomii; mając na uwadze, że ta systemowa nierówność w medycynie ma wpływ na diagnostykę, leczenie, zachorowalność i śmiertelność niedostatecznie reprezentowanych grup ludności;

B. mając na uwadze, że chociaż zmiany regulacyjne poprawiły inkluzywność w badaniach klinicznych, kobiety nadal uczestniczą w nich rzadziej niż mężczyźni – dotyczy to w szczególności kobiet w ciąży i karmiących piersią[6];

C. mając na uwadze, że osoby transpłciowe i społeczności marginalizowane rzadko są obejmowane badaniami klinicznymi, w związku z czym ich reakcja na leczenie jest często nieznana[7];

D. mając na uwadze, że w 72 % badań klinicznych leków nie przedstawia się danych segregowanych według kryterium płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej[8];

---

[6] Według danych z systemu informacji o badaniach klinicznych przytoczonych 4 czerwca 2025 r. przez Europejską Agencję Leków mniej niż 0,4 % badań w UE dotyczy kobiet w ciąży lub karmiących piersią. Europejska Agencja Leków, „New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials” [Nowe wytyczne dotyczące włączania kobiet w ciąży i karmiących piersią do badań klinicznych], 2025 r., https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials?utm_source=chatgpt.com.

[7] Brotto L.A. i Galea L.A.M., „Gender inclusivity in women’s health research” [Aspekt płci w badaniach nad zdrowiem kobiet], *BJOG*, tom 129, nr 12, 2022, https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.17231.

[8] Badanie Care4Everybody, „Mind the Gap: Costs, consequences and correction of sex and gender inequality in medicine” [Zniwelowanie luki – koszty, konsekwencje i korekta nierówności płci i różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w medycynie] (2023), https://www.care4everybody.org/wp-content/uploads/2023/12/Mind-the-Gap-

E. mając na uwadze, że aby osiągnąć równość płci, należy zadbać o to, by wszyscy mieli dostęp do zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych;

F. mając na uwadze, że ponad 20 mln kobiet[9] w UE nadal nie ma dostępu do bezpiecznej i legalnej aborcji, ponieważ kilka państw członkowskich utrzymuje szkodliwe bariery regulacyjne i proceduralne;

G. mając na uwadze, że endometrioza jest chorobą przewlekłą, która dotyka 10–15 % kobiet w wieku rozrodczym[10];

H. mając na uwadze, że chociaż endometrioza jest chorobą powszechną, jej rozpoznanie zajmuje średnio od 6 do 10 lat;

I. mając na uwadze, że 85 % kobiet doświadcza objawów menopauzy, a do 2030 r. będzie przechodzić ją około 1,2 mld kobiet na całym świecie[11];

J. mając na uwadze, że nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów w UE i charakteryzują się wyższym wskaźnikiem umieralności wśród mężczyzn niż wśród kobiet[12];

K. mając na uwadze, że cel Komisji i Rady na 2022 r., aby do 2025 r. co najmniej 90 % kwalifikujących się osób miało dostęp do badań przesiewowych w kierunku raka, nie został powszechnie zrealizowany w UE;

L. mając na uwadze, że choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w UE, a wskaźnik umieralności wśród kobiet – wbrew powszechnym przekonaniom – jest wyższy niż wśród mężczyzn[13];

M. mając na uwadze, że 14 % osób LGBTQI+ zgłosiło, że doświadczyło dyskryminacji w placówkach opieki zdrowotnej, a wiele państw członkowskich zapewnia jedynie

---

Costs-Consequences-and-Correction-of-Gender-Inequality-in-Medicine.pdf.

[9] Dane te opierają się na liczbie kobiet mieszkających w Polsce i na Malcie, które nie mają dostępu do aborcji ze względu na restrykcyjne przepisy w ich krajach zamieszkania oraz restrykcje i ograniczenia w innych państwach członkowskich UE.

[10] Becker K., Heinemann K., Imthurn B., Marions L., Moehner, S. i in., „Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis" [Dane pochodzące z rzeczywistej praktyki klinicznej dotyczące objawów i metod diagnostycznych u 27 840 kobiet cierpiących na endometriozę], *Scientific Reports* , tom 11, nr 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder C. i Roomaney R., „Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis" [Postrzeganie opieki zdrowotnej przez osoby transpłciowe i niebinarne w kontekście endometriozy], International Journal of Transgender Health, tom 25, nr 4, 2025, s. 911–925, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

[11] Davaki K., badanie zlecone przez Komisję Praw Kobiet i Równouprawnienia Parlamentu Europejskiego, „Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care" [Nierówności płci w badaniach medycznych, opracowywaniu leków i dostępie do opieki zdrowotnej], Departament Tematyczny ds. Obywateli, Równości i Kultury, Dyrekcja Generalna ds. Praw Obywatelskich, Sprawiedliwości i Spraw Instytucjonalnych, Parlament Europejski, 2025, s. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

[12] Eurostat, Statistics Explained [Wyjaśnienie statystyk], „Cancer statistics" [Dane statystyczne dotyczące nowotworów], dane z marca 2024 r., https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.

[13] Eurostat, Statistics Explained [Wyjaśnienie statystyk], „Cardiovascular diseases statistics" [Dane statystyczne dotyczące chorób układu krążenia], dane z lipca 2025 r., https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics.

ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb osób transpłciowych;

N. mając na uwadze, że w 2020 r. jedynie 5 % światowych środków na badania i rozwój przeznaczono na badania nad zdrowiem kobiet[14];

Kwestie ogólne

1. podkreśla, że różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia wynikają z wielu czynników, w tym z systemowych nierówności powstałych w wyniku dziesięcioleci badań medycznych opartych na anatomii mężczyzn, co z kolei ukształtowało cały cykl opieki – od diagnostyki po leczenie;

2. podkreśla, że różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie opieki zdrowotnej są potęgowane przez nierówności krzyżowe, które mogą wynikać np. z sytuacji społeczno-ekonomicznej danej osoby czy też z faktu przynależności do mniejszości etnicznej, społeczności migrantów lub społeczności LGBTQI+; zwraca uwagę, że różnice te są również widoczne w schorzeniach specyficznych dla danej płci, ponieważ badania nad tymi schorzeniami były wielokrotnie niedofinansowane;

3. zachęca decydentów, aby podczas opracowywania innowacyjnych metod leczenia i procedur przyjęli całościowe podejście do rozwiązania problemu nierówności i korygowali rozbieżności;

4. zachęca Komisję, aby uwzględniła jasne i wiążące cele, by rozwiązać problem różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia, oraz wdrożyła przejrzysty system monitorowania realizacji tych celów;

Badania kliniczne i prace badawcze

5. wyraża zaniepokojenie, że pomimo poprawy inkluzywności w badaniach klinicznych reprezentacja kobiet w nich jest nadal niższa niż reprezentacja mężczyzn; podkreśla, że na etapie poprzedzającym badania kliniczne nie ma wymagań dotyczących inkluzywności oraz że większość badań na zwierzętach nadal przeprowadza się wyłącznie na samcach danego gatunku;[15] wzywa Komisję, aby wprowadziła dalsze środki służące wyeliminowaniu utrzymującej się nierównowagi w badaniach klinicznych;

6. z zadowoleniem przyjmuje planowane przez EMA przyjęcie nowych wytycznych dotyczących włączania kobiet w ciąży i karmiących piersią do badań klinicznych; wzywa EMA, aby przyjęła podobne wytyczne na rzecz szerszego włączenia innych niedostatecznie reprezentowanych społeczności;

7. podkreśla, że brak zrozumienia różnic w zdrowiu wynikających z płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej potęguje fakt, że wyniki badań rzadko są segregowane według płci; wzywa Komisję, aby wprowadziła obowiązek przedstawiania danych segregowanych według płci we wszystkich projektach finansowanych przez UE;

[14] Nature Reviews Bioengineering, „Funding research on women's health" [Finansowanie badań nad zdrowiem kobiet], tom 2, 2024 r., s. 797–798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.
[15] Galea L.A.M. i Parekh R.S., „Ending the neglect of women's health in research" [Koniec z zaniedbywaniem zdrowia kobiet w badaniach naukowych], *BMJ*, tom 381, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37308180/.

Diagnostyka i leczenie

8. podkreśla, że w wyniku systemowego niedofinansowania oraz braku badań metody diagnostyczne i leczenie nadal koncentrują się na mężczyznach, co może prowadzić do niespełniających norm i bardziej ryzykownych metod leczenia kobiet i osób transpłciowych;

9. wzywa pracowników służb medycznych, aby w leczeniu stosowali podejście oparte na medycynie precyzyjnej, które stanowiłoby uzupełnienie działań mających zmniejszyć nierówności i zwiększyć inwestycje w badania medyczne; zachęca państwa członkowskie, aby wprowadziły programy pilotażowe dotyczące opieki zdrowotnej uwzględniającej aspekt płci;

10. uważa, że państwa członkowskie powinny włączyć szkolenia dotyczące opieki zdrowotnej uwzględniające aspekt płci do programów nauczania dla studentów medycyny;

Schorzenia uwarunkowane płcią

11. bardzo pozytywnie ocenia europejską inicjatywę obywatelską „Mój głos, mój wybór”; ponownie wzywa Komisję, aby w pełni wykorzystała swoje kompetencje w zakresie polityki zdrowotnej do udzielania wsparcia państwom członkowskim w zapewnianiu powszechnego dostępu do praw i zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz do zapisania tych praw oraz prawa do bezpiecznej i legalnej aborcji w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej;

12. ponownie wzywa Komisję, aby ustanowiła dobrowolny i solidarny mechanizm finansowy UE, który umożliwiłby państwom członkowskim świadczenie opieki aborcyjnej kobietom, które nie mają do niej dostępu w swoim kraju, bez ingerowania w krajowe przepisy i regulacje; wzywa ponadto Komisję, aby przedstawiła wniosek w tej sprawie;

13. ubolewa nad faktem, że od czasu powstania Wspólnotowego Serwisu Informacyjnego Badań i Rozwoju prawie 40 lat temu tylko 10 z 145 983 projektów finansowanych przez UE koncentrowało się bezpośrednio na endometriozie[16];

14. ubolewa, że pomimo powszechności występowania niepożądanych objawów menopauzy u kobiet, nadal nie uwzględnia się jej w podstawowej opiece zdrowotnej i nadal wiąże się ona ze stygmatyzacją społeczną;

15. wzywa Komisję, aby wykorzystała przyszłą strategię na rzecz równouprawnienia płci na lata 2026–2030 do zaproponowania konkretnych środków, które priorytetowo potraktują inwestycje w zwalczanie schorzeń uwarunkowanych płcią; podkreśla, że inwestycje w schorzenia uwarunkowane płcią powinny odzwierciedlać ich dotkliwość i częstość występowania;

Finansowanie

[16] Vigano P., Casalechi M. i Dolmans M., „European Union underinvestment in endometriosis research” [Niedoinwestowanie Unii Europejskiej w badania nad endometriozą], *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, tom 5, 2024 r., 100058, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949838423000464.

16. uznaje, że finansowanie UE może odegrać istotną rolę w zachęcaniu do większych inwestycji w badania nad kwestiami związanymi z płcią oraz w niwelowaniu nierówności w dostępie do leczenia; podkreśla, że sektor prywatny nie jest wystarczająco motywowany do inwestowania w profilaktykę zdrowotną i że kwestia ta powinna zatem stanowić priorytet dla Komisji i państw członkowskich;

17. zdecydowanie popiera uwzględnianie aspektu płci we wszystkich odpowiednich strategiach politycznych i w budżecie UE; wzywa Komisję, aby ogłosiła specjalne zaproszenia do składania wniosków o finansowanie projektów dotyczących schorzeń uwarunkowanych płcią oraz projektów na rzecz zlikwidowania luki w danych dotyczących zdrowia związanych z płcią;

18. uważa, że poprawa równości płci w badaniach naukowych w dziedzinie zdrowia jest szansą dla konkurencyjności UE; podkreśla, że przeznaczenie funduszy UE na rozwiązanie problemu różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia, w połączeniu ze środkami mającymi na celu zlikwidowanie luk w danych, mogłoby zachęcić do inwestycji i pobudzić innowacje w UE;

°

° °

19. zobowiązuje swoją przewodniczącą do przekazania niniejszej rezolucji Radzie i Komisji.

UZASADNIENIE

Mimo podjętych środków regulacyjnych i oficjalnych zobowiązań do poprawy równości różnice w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia w Unii Europejskiej nadal stanowią poważne wyzwanie. W niniejszym sprawozdaniu przeanalizowano wieloaspektowe przyczyny utrzymujących się różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn w zakresie zdrowia oraz uwzględniono cały cykl opieki zdrowotnej – od badań klinicznych i opracowywania leków po diagnostykę i leczenie. Podkreślono w nim również nierówności w leczeniu schorzeń uwarunkowanych płcią, takich jak menopauza czy endometrioza.

Chociaż głównym przedmiotem analizy niniejszego sprawozdania są nierówności, których doświadczają kobiety, wiele źródeł nierówności dotyczy w równym stopniu innych grup społecznych, takich jak osoby transpłciowe i mniejszości etniczne. W związku z tym sprawozdawca proponuje działania, które przyniosą korzyści również tym grupom.

Uważa on, że ze względu na złożone przyczyny różnic w traktowaniu kobiet i mężczyzn decydenci polityczni muszą przyjąć całościowe podejście do tych kwestii i ściśle współpracować z pracownikami służb medycznych i społeczeństwem obywatelskim. Sprawozdawca ponownie wyraża poparcie dla uwzględniania aspektu płci we wszystkich odpowiednich strategiach politycznych i w budżecie UE oraz uważa, że jest to niezbędny katalizator rozwiązania konkretnych przyczyn nierówności.

Znaczna część nierówności wynika z uprzedzeń systemowych w ekosystemie medycznym. W przeszłości w badaniach medycznych i opracowywaniu leków skupiano się na mężczyznach. Takie stronnicze podejście pomija fakt, że kobiety mogą przechodzić przez różne choroby inaczej niż mężczyźni, a ich organizmy mogą inaczej reagować na leki i leczenie. Te luki w wiedzy wynikają z ciągłego i wieloletniego niedofinansowania badań nad zdrowiem kobiet i schorzeniami uwarunkowanymi płcią – w 2020 r. jedynie 5 % globalnych środków finansowych na badania i rozwój przeznaczono na badania nad zdrowiem kobiet[1].

Mimo znacznego postępu medycyny w ostatnich 50 latach i rozwoju krajowych systemów opieki zdrowotnej kobiety wciąż borykają się z błędnymi diagnozami, lekceważeniem ich objawów i niepożądanymi reakcjami na leki. Metody skutecznego leczenia tych schorzeń często nie są znane, jak w przypadku endometriozy i przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego (PMDD).

Nierówności, których doświadczają kobiety w opiece zdrowotnej, są często odzwierciedlone, a nawet spotęgowane, przez nierówności krzyżowe, z jakimi zmagają się inne niedostatecznie reprezentowane społeczności, w tym osoby transpłciowe, mniejszości etniczne i społeczności migrantów, a także przez nierówności geograficzne.

Badania kliniczne

W rozporządzeniu (UE) nr 536/2014 w sprawie badań klinicznych wprowadzono obowiązki mające sprzyjać inkluzywności, w tym konieczność naukowego uzasadnienia, dlaczego niektórych grup nie uwzględniono w badaniach. Niemniej jednak reprezentacja kobiet w badaniach klinicznych pozostaje niższa niż reprezentacja mężczyzn. Nierówność ta jest

[1] Nature Reviews Bioengineering, „Funding research on women's health" [Finansowanie badań nad zdrowiem kobiet], tom 2, 2024 r., s. 797–798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

szczególnie widoczna w przypadku kobiet w ciąży i karmiących piersią – mniej niż 0,4 % badań klinicznych w UE obejmuje kobiety w ciąży[2]. Ponadto nie istnieje żaden wymóg zapewnienia różnorodności na etapie poprzedzającym badania kliniczne, a większość badań na zwierzętach nadal przeprowadza się wyłącznie na samcach danego gatunku[3].

W sprawozdaniu podkreślono również brak danych segregowanych według kryterium płci, co przyczynia się do luki w wiedzy na temat zdrowia kobiet.

Diagnostyka i leczenie

Historyczne podejście do medycyny skoncentrowane na mężczyznach jest zakorzenione w procedurach diagnostycznych i terapeutycznych, a brak podejścia uwzględniającego aspekt płci może prowadzić do niespełniających norm i bardziej ryzykownych metod leczenia kobiet.

Na przykład choroby układu krążenia są główną przyczyną śmierci kobiet w UE, ale ich objawy występują w tak zwany „nietypowy" sposób, w związku z czym prawdopodobieństwo błędnego zdiagnozowania niewydolności serca u kobiet jest dwa razy większe[4]. Leczenie bólu i zdrowia psychicznego dostarcza również wyraźnych przykładów głęboko zakorzenionych uprzedzeń w diagnostyce i leczeniu.

Sprawozdawca uważa, że państwa członkowskie powinny, w ścisłej współpracy z pracownikami służb medycznych i instytucjami edukacyjnymi, włączyć szkolenia w zakresie opieki zdrowotnej uwzględniające aspekt płci do programów nauczania dla studentów medycyny. Sprawozdawca podkreśla również, że wszelkie zmiany procedur bezpośrednio dotyczących pacjentów powinny opierać się na ich rzeczywistych doświadczeniach.

Schorzenia uwarunkowane płcią

Z powodu chronicznego niedofinansowania i braku priorytetowego traktowania badań naukowych postępy medycyny w kwestiach związanych z płcią są bardzo powolne, co jest szczególnie widoczne w przypadku problemów dotyczących kobiet.

Endometrioza

Endometrioza jest chorobą przewlekłą, która może powodować takie objawy, jak silny ból, obfite krwawienia i zmęczenie. Szacuje się, że endometrioza dotyka 10–15 % kobiet w wieku rozrodczym[5]. Z powodu braku zrozumienia wśród pracowników służby zdrowia i

---

[2] Według danych z systemu informacji o badaniach klinicznych (CTIS) przytoczonych 4 czerwca 2025 r. przez Europejską Agencję Leków mniej niż 0,4 % badań w UE dotyczy kobiet w ciąży lub karmiących piersią. Europejska Agencja Leków, „New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials" [Nowe wytyczne dotyczące włączania kobiet w ciąży i karmiących piersią do badań klinicznych], 2025 r., https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials.

[3] Galea L.A.M. i Parekh R.S., „Ending the neglect of women's health in research" [Koniec z zaniedbywaniem zdrowia kobiet w badaniach naukowych], *BMJ*, tom 381, doi: 10.1136/bmj.p1303.

[4] Roche Diagnostics Limited, „Heart failure: The hidden costs of late diagnosis" [Ukryte koszty późnej diagnozy], sierpień 2020 r., https://hfreport.roche.com/image/6721401/Roche%20HF%20report%20portrait%20final.pdf.

[5] Becker K., Heinemann K., Imthurn B., Marions L., Moehner, S. i in., „Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis" [Dane pochodzące z rzeczywistej praktyki klinicznej dotyczące objawów i metod diagnostycznych u 27 840 kobiet cierpiących na endometriozę], *Scientific Reports* , tom 11, nr 20404, 2021 r., https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder C. i Roomaney R.,

utrwalonych uprzedzeń, które sprawiają, że objawy są lekceważone – i często traktowane jako „normalny ból menstruacyjny” – diagnoza tej choroby zajmuje średnio od 6 do 10 lat. Opóźnienie to ma charakter systemowy, a nie przypadkowy.

Menopauza

85 % kobiet doświadcza objawów menopauzy, a według szacunków do 2030 r. będzie przechodzić ją 1,2 mld kobiet na całym świecie[6]. Dostęp do opieki różni się jednak znacznie między poszczególnymi krajami i często nadal wiąże się ze stygmatyzacją społeczną. Ponadto dostęp do opieki menopauzalnej jest utrudniony przez długi czas oczekiwania, ograniczoną dostępność usług specjalistycznych oraz niespójne wytyczne dotyczące hormonalnej terapii zastępczej (HTZ). Wiele pacjentek zgłasza, że ich dolegliwości są traktowane jako „normalne objawy starzenia się”, co utrwala stereotypowe przekonania dotyczące zdrowia i odporności kobiet. Ponadto większość badań medycznych koncentruje się na latach płodności, a zatem pomija okres dojrzewania, perimenopauzę i menopauzę.

Zdrowie i prawa seksualne i reprodukcyjne

Aby osiągnąć równość płci, należy zadbać o to, by wszyscy mieli dostęp do zdrowia i praw seksualnych i reprodukcyjnych oraz prawa do integralności cielesnej i autonomii. W związku z tym sprawozdawca uważa, że zdrowie i prawa reprodukcyjne i seksualne oraz prawo do bezpiecznej i legalnej aborcji powinny być zapisane w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej.

Przyjęcie w grudniu 2025 r. odpowiedzi Parlamentu na europejską inicjatywę obywatelską „Mój głos, mój wybór” było ważnym osiągnięciem i stanowiło wyraźny apel do Komisji o podjęcie działań. Ponadto sprawozdanie jest ważnym sygnałem dla obywateli UE, że Parlament wspiera prawa kobiet i dziewcząt oraz będzie walczył o zapewnienie równości.

Finansowanie

Sprawozdawca uznaje, że finansowanie UE może odegrać istotną rolę w zachęcaniu do dużo większych inwestycji w badania nad kwestiami związanymi z płcią oraz w niwelowaniu nierówności w dostępie do leczenia w całej Unii. Jest zdania, że konieczne mogą być specjalne zaproszenia do składania wniosków o finansowanie zwalczania schorzeń uwarunkowanych płcią.

Sprawozdawca podkreśla, że inwestowanie w niwelowanie różnic w danych dotyczących zdrowia związanych z płcią daje Europie szansę na zwiększenie jej konkurencyjności. Mogłoby to nie tylko przyczynić się do zmniejszenia strat ponoszonych przez gospodarkę UE w wyniku zwolnień chorobowych z powodu schorzeń uwarunkowanych płcią[7], ale także

---

„Transgender and non-binary people’s perception of their healthcare in relation to their endometriosis” [Postrzeganie opieki zdrowotnej przez osoby transpłciowe i niebinarne w kontekście endometriozy], *International Journal of Transgender Health*, tom 25, nr 4, 2025 r., s. 911–925, doi: 10.1177/13591053241266249 https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

[6] Davaki K., badanie zlecone przez komisję FEMM, „Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care” [Nierówności płci w badaniach medycznych, opracowywaniu leków i dostępie do opieki zdrowotnej], Departament Tematyczny ds. Obywateli, Równości i Kultury, Dyrekcja Generalna ds. Praw Obywatelskich, Sprawiedliwości i Spraw Instytucjonalnych, Parlament Europejski, 2025 r., s. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

[7] Światowe Forum Ekonomiczne szacuje, że zniwelowanie luk inwestycyjnych w zakresie opieki zdrowotnej kobiet mogłoby przyczynić się do wzrostu światowej gospodarki o 1 bln USD rocznie do 2040 r. Światowe

przyciągnąć inwestycje prywatne i stworzyć solidną podstawę dla dalszych innowacji w Europie.

Pierwszym krokiem Komisji powinno być wykorzystanie przyszłej strategii na rzecz równości płci (na lata 2026–2030) do wzmocnienia i rozwoju zasad dotyczących zdrowia kobiet określonych w planie działania na rzecz praw kobiet na rok 2025 przez zaproponowanie konkretnych środków, które będą priorytetowo traktować inwestycje w zwalczanie schorzeń uwarunkowanych płcią i zachęcać do takich inwestycji.

Forum Ekonomiczne, „Closing the Women's Health Gap: A $1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies" [Zniwelowanie różnic w zakresie zdrowia kobiet: szansa na poprawę jakości życia i sytuacji gospodarczej o wartości 1 biliona dolarów], https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women_Health_Gap_2024.pdf.

ZAŁĄCZNIK: WYKAZ PODMIOTÓW, OD KTÓRYCH SPRAWOZDAWCA OTRZYMAŁ INFORMACJE

Zgodnie z art. 8 załącznika I do Regulaminu sprawozdawca oświadcza, że ujął w swoim sprawozdaniu informacje dotyczące kwestii związanych z tematem, które otrzymał podczas sporządzania projektu sprawozdania od następujących przedstawicieli grup interesu objętych zakresem porozumienia międzyinstytucjonalnego w sprawie obowiązkowego rejestru służącego przejrzystości[1] lub od następujących przedstawicieli organów publicznych państw trzecich, w tym ich misji dyplomatycznych i ambasad:

1. Przedstawiciele grup interesu objęci zakresem porozumienia międzyinstytucjonalnego w sprawie obowiązkowego rejestru służącego przejrzystości
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. Przedstawiciele organów publicznych państw trzecich, w tym ich misji dyplomatycznych i ambasad

Powyższy wykaz został sporządzony na wyłączną odpowiedzialność sprawozdawcy.

[1] Porozumienie międzyinstytucjonalne z maja 2021 r. pomiędzy Parlamentem Europejskim, Radą Unii Europejskiej i Komisją Europejską w sprawie obowiązkowego rejestru służącego przejrzystości (Dz.U. L 207 z 11.6.2021, s. 1., ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).

Gdy osoby fizyczne są wymienione w wykazie z imienia i nazwiska, zidentyfikowane poprzez swoją funkcję lub wymienione z imienia i nazwiska wraz z podaniem ich funkcji, sprawozdawca oświadcza, że przedstawił tym osobom fizycznym Oświadczenie o ochronie prywatności w Parlamencie Europejskim nr 484 (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do), w którym określono warunki mające zastosowanie do przetwarzania danych osobowych tych osób oraz prawa związane z takim przetwarzaniem.