Europaparlamentet
2024-2029

Utskottet för kvinnors rättigheter och jämställdhet

2025/2074(INI)

8.1.2026

FÖRSLAG TILL BETÄNKANDE

om ojämlikhet mellan könen i fråga om hälsa, särskilt med avseende på könsspecifika sjukdomstillstånd
(2025/2074(INI))

Utskottet för kvinnors rättigheter och jämställdhet

Föredragande: Billy Kelleher

INNEHÅLL

Sida

FÖRSLAG TILL EUROPAPARLAMENTETS RESOLUTION 3

MOTIVERING 9

BILAGA: FÖRKLARING OM SYNPUNKTER.....13

FÖRSLAG TILL EUROPAPARLAMENTETS RESOLUTION

om bristande jämställdhet i fråga om hälsa, särskilt med avseende på könsspecifika tillstånd

(2025/2074(INI))

Europaparlamentet utfärdar denna resolution

– med beaktande av artiklarna 2 och 3.3 i fördraget om Europeiska unionen,

– med beaktande av artiklarna 8, 9, 151, 153 och 157 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt,

– med beaktande av Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 536/2014 av den 16 april 2014 om kliniska prövningar av humanläkemedel och om upphävande av direktiv 2001/20/EG[1],

– med beaktande av kommissionens förslag av den 16 juli 2025 till Europaparlamentets och rådets förordning om inrättande av Europeiska konkurrenskraftsfonden, inbegripet det särskilda programmet för försvarsforskning och försvarsinnovation, om upphävande av förordningarna (EU) 2021/522, (EU) 2021/694, (EU) 2021/697 och (EU) 2021/783 samt om ändring av förordningarna (EU) 2021/696, (EU) 2023/588 och (EU) [EDIP] (COM(2025)0555),

– med beaktande av sin resolution av den 17 december 2025 om det europeiska medborgarinitiativet ”My Voice, My Choice – för säker och tillgänglig abort”[2],

– med beaktande av sin resolution av den 24 juni 2021 om situationen för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i EU, inom ramen för kvinnors hälsa[3],

– med beaktande av rådets rekommendation av den 21 juni 2024 om cancer som kan förebyggas genom vaccination[4],

– med beaktande av rådets rekommendation av den 9 december 2022 om stärkt förebyggande genom tidig upptäckt: en ny EU-strategi för cancerscreening som ersätter rådets rekommendation 2003/878/EG[5],

– med beaktande av kommissionens meddelande av den 16 december 2025 *An EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan* (COM(2025)1024),

– med beaktande av kommissionens meddelande av den 7 mars 2025 *En färdplan för kvinnors rättigheter* (COM(2025)0097),

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

– med beaktande av kommissionens meddelande av den 3 februari 2021 *Europas plan mot cancer* (COM(2021)0044),

– med beaktande av de förslag till riktlinjer som Europeiska läkemedelsmyndigheten utfärdade för samråd den 4 juni 2025 *ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline*,

– med beaktande av rapporten från Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) från januari 2024 "Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection”,

– med beaktande av artikel 55 i arbetsordningen,

– med beaktande av yttrandet från utskottet för folkhälsa,

– med beaktande av betänkandet från utskottet för kvinnors rättigheter och jämställdhet (A10-0000/2026), och av följande skäl:

A. Historiskt sett har medicinsk forskning varit inriktad på män, vilket har lett till bristande förståelse av den kvinnliga anatomin. Denna systembetingade ojämställdhet inom läkarvetenskapen påverkar diagnostik, behandling, sjuklighet och dödlighet för de underrepresenterade delarna av befolkningen.

B. Även om utvecklingen på regleringsområdet har lett till vissa förbättringar när det gäller inkludering i kliniska prövningar så är kvinnor fortfarande underrepresenterade i jämförelse med män och snedvridningen är särskilt påtaglig när det gäller gravida och ammande kvinnor.[6]

C. Transpersoner och marginaliserade befolkningsgrupper saknas i de flesta kliniska prövningar, vilket innebär att det ofta inte är känt hur de svarar på behandling.[7]

D. I 72 procent av alla studier om läkemedelsprövningar saknas könsuppdelade uppgifter.[8]

E. Enskilda personers möjligheter att utöva sin rätt till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter måste garanteras för att jämställdhet ska uppnås.

F. Fler än 20 miljoner kvinnor[9] i EU har fortfarande inte tillgång till säker och laglig abort eftersom flera medlemsstater fortsätter att ställa upp rättsliga och administrativa hinder som är skadliga.

---

[6] Färre än 0,4 procent av prövningarna i EU inbegriper gravida eller ammande kvinnor enligt de uppgifter från informationssystemet för kliniska prövningar som Europeiska läkemedelsmyndigheten hänvisade till den 4 juni 2025. Europeiska läkemedelsmyndigheten, ”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. och Galea, L.A.M., ”Gender inclusivity in women’s health research”, *BJOG*, vol. 129, utgåva 12, 2022, https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.17231.

[8] Studie från 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.

[9] Denna siffra bygger på antalet kvinnor som bor i Polen och Malta, som inte har tillgång till abort på grund av de restriktiva lagarna i sina bosättningsländer, samt på restriktionerna och begränsningarna i andra EU-medlemsstater.

G. Endometrios är ett kroniskt tillstånd som drabbar 10–15 procent av alla kvinnor i fertil ålder.[10]

H. Trots att endometrios är så allmänt förekommande tar det i genomsnitt 6–10 år att få en diagnos.

I. 85 procent av alla kvinnor känner av klimakteriesymtom och år 2030 kommer uppskattningsvis 1,2 miljarder kvinnor i världen att vara i klimakteriet.[11]

J. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i EU, och dödligheten är högre för män än för kvinnor.[12]

K. Kommissionens och rådets mål från 2022 att senast 2025 erbjuda cancerscreening till minst 90 procent av dem som är berättigade till det uppnås inte i hela EU.

L. Hjärt- och kärlsjukdomar är den främsta dödsorsaken i EU, med högre dödlighet för kvinnor än för män, tvärtemot rådande missuppfattningar i samhället.[13]

M. 14 procent av alla hbtqi+-personer har rapporterat att de utsatts för diskriminering i hälso- och sjukvårdsmiljöer, och många medlemsstater ger endast begränsad tillgång till hälso- och sjukvård särskilt utformad för transpersoner.

N. Under 2020 var det endast 5 procent av den globala finansieringen av forskning och utveckling som gick till forskning om kvinnors hälsa.[14]

Allmänna överväganden

1. Europaparlamentet betonar att den bristande jämställdheten i fråga om hälsa är mångfasetterad, med systembetingad ojämställdhet som ett resultat av årtionden av medicinsk forskning baserad på den manliga anatomin, vilket i sin tur har format hela vårdcykeln, från diagnostik till behandling.

2. Europaparlamentet framhåller att ojämställdhet inom hälso- och sjukvården förvärras av intersektionell ojämlikhet, exempelvis sådan som har sin grund i en persons socioekonomiska status eller sådan som personer som tillhör etniska minoriteter, migranter och hbtqi+-personer erfar. Parlamentet påpekar att ojämlikheten också är

---

[10] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. m.fl. ”Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis”, *Scientific Reports*, vol. 11, utgåva 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3. Eder, C. och Roomaney, R., ”Transgender and non-binary people’s perception of their healthcare in relation to their endometriosis”, *International Journal of Transgender Health*, vol. 25, utgåva 4, 2024, s. 911–925, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39465067/.

[11] Davaki, K., studie beställd av Europaparlamentets utskott för kvinnors rättigheter och jämställdhet, ”Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care”, utredningsavdelningen för medborgare, jämlikhet och kultur vid generaldirektoratet för medborgerliga rättigheter samt rättsliga och institutionella frågor, Europaparlamentet, 2025, s. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

[12] Eurostat, Statistics Explained, ”Cancer statistics”, data hämtade i mars 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.

[13] Eurostat, Statistics Explained, ”Cardiovascular diseases statistics”, data hämtade i juli 2025, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics.

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

uppenbar när det gäller könsspecifika tillstånd, eftersom forskningen om dessa tillstånd ständigt har varit underfinansierad.

3. Europaparlamentet uppmanar beslutsfattarna att ta ett helhetsgrepp på ojämlikhet och att rätta till avvikelser samtidigt som innovativa nya behandlingar och metoder tas fram.

4. Europaparlamentet uppmuntrar kommissionen att inkludera tydliga och bindande mål för att hantera ojämlikhet i hälsa och att införa ett transparent övervakningssystem för dessa mål.

Kliniska prövningar och forskning

5. Europaparlamentet finner det oroande att kvinnor fortfarande är underrepresenterade i kliniska prövningar i jämförelse med män trots att det skett vissa förbättringar när det gäller inkludering. Parlamentet betonar att det inte finns några krav på inkludering i den prekliniska fasen och att de flesta djurförsök fortfarande endast utförs på djur av hankön.[15] Parlamentet uppmanar kommissionen att införa ytterligare åtgärder för att rätta till den rådande obalansen i deltagandet i kliniska prövningar.

6. Europaparlamentet välkomnar att Europeiska läkemedelsmyndigheten planerar att anta nya riktlinjer för inkludering av gravida och ammande personer i kliniska prövningar. Parlamentet riktar en kraftfull uppmaning till Europeiska läkemedelsmyndigheten att anta liknande riktlinjer för att förbättra inkluderingen av andra underrepresenterade grupper.

7. Europaparlamentet betonar att bristen på förståelse av könsrelaterade hälsoskillnader förvärras av det faktum att forskningsresultaten sällan är uppdelade efter kön. Parlamentet uppmanar kommissionen att göra könsuppdelade uppgifter obligatoriska i alla EU-finansierade projekt.

Diagnostik och behandling

8. Europaparlamentet framhåller att systembetingad underfinansiering och brist på forskning har resulterat i att metoder för diagnostik och behandling fortfarande är inriktade på män, vilket kan leda till undermålig och mer riskfylld behandling för kvinnor och transpersoner.

9. Europaparlamentet uppmanar eftertryckligen läkarkåren att anlägga ett individanpassat medicinskt förhållningssätt till behandlingar, för att komplettera alla åtgärder som vidtas för att minska ojämlikheten och öka investeringarna i medicinsk forskning. Parlamentet uppmuntrar medlemsstaterna att inrätta pilotprogram för könsmedveten hälso- och sjukvård.

10. Europaparlamentet anser att det är mycket viktigt att medlemsstaterna i sina läroplaner för vårdyrken integrerar kurser i könsmedveten hälso- och sjukvård.

Könsspecifika tillstånd

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

11. Europaparlamentet välkomnar varmt det europeiska medborgarinitiativet ”My Voice, My Choice”. Parlamentet upprepar sin uppmaning till kommissionen att fullt ut utnyttja sin behörighet inom hälsopolitiken för att hjälpa medlemsstaterna att säkerställa universell tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och att införliva sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt rätten till säker och laglig abort i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna.

12. Europaparlamentet upprepar sin uppmaning till kommissionen att inrätta en frivillig och solidaritetsbaserad EU-finansieringsmekanism som medlemsstaterna aktivt kan välja att delta i och som skulle göra det möjligt för dem att tillhandahålla abortvård till personer som inte kan få tillgång till den i sitt hemland, utan att inkräkta på nationella lagar och förordningar. Parlamentet uppmanar dessutom kommissionen att lägga fram ett förslag om detta.

13. Europaparlamentet beklagar att endast 10 av de 145 983 EU-finansierade projekt som genomförts sedan EU:s informationstjänst för forskning och utveckling inrättades för nästan 40 år sedan har varit specifikt inriktade på endometrios.[16]

14. Europaparlamentet beklagar att klimakteriet ännu inte är rutinmässigt integrerat i primärvården och fortfarande är något av ett socialt stigma, trots att många kvinnor drabbas av negativa klimakteriesymtom.

15. Europaparlamentet riktar en kraftfull uppmaning till kommissionen att i samband med den kommande jämställdhetsstrategin för 2026–2030 föreslå konkreta åtgärder som prioriterar investeringar i könsspecifika tillstånd. Parlamentet betonar att investeringar i könsspecifika sjukdomstillstånd bör återspegla hur allvarliga och allmänt förekommande de är.

Finansiering

16. Europaparlamentet konstaterar att EU-finansiering på ett viktigt sätt kan uppmuntra större investeringar i forskning om könsspecifika frågor och motverka ojämlikhet i tillgången till behandling. Parlamentet betonar att det finns få incitament för den privata sektorn att investera i förebyggande hälsovård och att kommissionen och medlemsstaterna därför bör prioritera detta.

17. Europaparlamentet stöder helhjärtat jämställdhetsintegrering inom alla relevanta politikområden och i EU:s budget. Parlamentet uppmanar kommissionen att inleda särskilda ansökningsomgångar för finansiering avseende könsspecifika tillstånd och projekt som syftar till att överbrygga klyftan när det gäller könsspecifika hälsodata.

18. Europaparlamentet anser att bättre forskning om jämställdhet i fråga om hälsa är en konkurrensmöjlighet för EU. Parlamentet betonar att man genom att avsätta EU-medel för att komma till rätta med bristande jämställdhet i fråga om hälsa, i kombination med åtgärder för att åtgärda databristerna, skulle kunna stimulera investeringar och främja innovation i EU.

---

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

°

° °

19. Europaparlamentet uppdrar åt talmannen att översända denna resolution till rådet och kommissionen.

MOTIVERING

Den bristande jämställdheten inom hälso- och sjukvården i EU är fortfarande en betydande utmaning trots vissa lagstiftningsåtgärder som vidtagits och officiella åtaganden som gjorts för att förbättra jämställdheten. I detta betänkande undersöks de mångfasetterade orsakerna till den ihållande bristen på jämställdhet i fråga om hälsa, och hela vårdcykeln beaktas, från kliniska prövningar och läkemedelsutveckling till diagnostik och behandling. Betänkandet belyser också den ojämlikhet som finns i behandlingen av könsspecifika tillstånd såsom klimakteriet, endometrios osv.

Detta betänkande rör huvudsakligen ojämlikhet i form av bristande jämställdhet som drabbar kvinnor, men många av orsakerna till ojämlikhet drabbar även andra grupper av människor, såsom transpersoner och etniska minoriteter, och föredragandens avsikt är att de åtgärder som han föreslår också ska gynna dessa grupper.

Föredraganden anser att beslutsfattarna måste ta ett helhetsgrepp på de komplexa orsakerna till den bristande jämställdheten och upprätthålla ett nära samarbete med läkarkåren och det civila samhället. Föredraganden upprepar sitt stöd för jämställdhetsintegrering inom alla relevanta politikområden och i EU:s budget och anser att det är en nödvändig katalysator för att hantera de specifika orsakerna till ojämlikhet.

En stor del av ojämlikheten härrör från systembetingad bias inom det medicinska ekosystemet. Medicinsk forskning och läkemedelsutveckling har historiskt sett varit inriktade på män. Biasen gör att man bortser från det faktum att medicinska tillstånd kan se annorlunda ut i den kvinnliga kroppen och att den kvinnliga anatomin kan reagera annorlunda på läkemedel och behandlingar. Dessa kunskapsluckor förvärras av den konsekventa och upprepade underfinansieringen av forskning om kvinnors hälsa och könsspecifika tillstånd, då endast 5 procent av den globala finansieringen av forskning och utveckling gick till forskning om kvinnors hälsa under 2020.[1]

Trots de betydande medicinska framstegen under de senaste 50 åren och förbättringarna av de nationella hälso- och sjukvårdssystemen utsätts kvinnor ständigt för felaktiga diagnoser, avfärdande av symtom och negativa biverkningar av läkemedel. Ofta finns det helt enkelt ingen känd och ändamålsenlig behandling för tillståndet, vilket är fallet vid endometrios och premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS).

Den ojämlikhet som kvinnor utsätts för inom hälso- och sjukvården återspeglas ofta och förstärks till och med av intersektionell ojämlikhet som drabbar andra underrepresenterade grupper, däribland transpersoner, etniska minoriteter och migranter, och även av geografisk ojämlikhet.

Kliniska prövningar

Genom EU:s förordning (EU) nr 536/2014 om kliniska prövningar infördes det skyldigheter som är utformade för att främja inkludering, bland annat en skyldighet att vetenskapligt motivera varför vissa grupper utesluts. Kvinnor är trots det fortfarande underrepresenterade i kliniska prövningar i jämförelse med män, och snedvridningen är särskilt påtaglig när det

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

gäller gravida och ammande kvinnor, eftersom mindre än 0,4 procent av de kliniska prövningarna i EU omfattar gravida kvinnor.[2] Dessutom finns det ingen skyldighet att säkerställa mångfald i den prekliniska fasen, då de flesta djurförsök fortfarande utförs endast på djur av hankön.[3]

Betänkandet belyser också bristen på könsuppdelade uppgifter, som bidrar till kunskapsklyftan när det gäller kvinnors hälsa.

Diagnostik och behandling

Det historiskt sett manscentrerade läkarvetenskapliga förhållningssättet har integrerats i förfaranden för diagnostik och behandling, och avsaknaden av ett könsmedvetet förhållningssätt inom läkarvetenskapen kan leda till undermålig och mer riskfylld behandling för kvinnor.

Hjärt- och kärlsjukdomar är till exempel den främsta dödsorsaken bland kvinnor i EU, men kvinnor får ”atypiska" symtom på dem, vilket innebär att de löper dubbelt så stor risk att få fel diagnos vid hjärtsvikt.[4] Behandling av smärta och av psykisk ohälsa är också tydliga exempel på djupt rotad bias vid diagnostik och behandling.

Föredraganden anser att det är mycket viktigt att medlemsstaterna i sina läroplaner för vårdyrken, i nära samarbete med läkarkåren och utbildningsinstitutioner, integrerar kurser i könsmedveten hälso- och sjukvård. Föredraganden betonar också att alla ändringar av patientnära medicinska förfaranden bör bygga på verkliga patientupplevelser.

Könsspecifika tillstånd

På grund av ständig underfinansiering och bristande prioriteringar så hänger inte den medicinska forskningen med när det gäller könsspecifika problem, och klyftan är särskilt uttalad när det gäller problem som är specifika för kvinnor.

Endometrios

Endometrios är ett kroniskt tillstånd som kan orsaka symtom såsom svår smärta, kraftiga blödningar och utmattning. Man beräknar att endometrios drabbar 10–15 procent av alla kvinnor i fertil ålder.[5] På grund av bristande förståelse bland sjukvårdspersonalen och inbyggd bias som leder till att symtomen avfärdas – ofta som ”normal menssmärta” – tar det i

---

[2] Mindre än 0,4 procent av prövningarna i EU inbegriper gravida eller ammande kvinnor enligt de uppgifter från informationssystemet för kliniska prövningar (CTIS) som Europeiska läkemedelsmyndigheten hänvisade till den 4 juni 2025. Europeiska läkemedelsmyndigheten, ”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. och 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”, augusti 2020, https://hfreport.roche.com/image/6721401/Roche%20HF%20report%20portrait%20final.pdf.

[5] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. m.fl. ”Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis”, *Scientific Reports*, vol. 11, utgåva 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3. Eder, C. och Roomaney, R., ”Transgender and non-binary people’s perception of their healthcare in relation to their endometriosis”, *International Journal of Transgender Health*, vol. 25, utgåva 4, 2024, s. 911–925, doi: 10.1080/26895269.2023.2286268 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39465067/.

genomsnitt 6–10 år att få en diagnos. Denna fördröjning är systembetingad och inte slumpmässig.

Klimakteriet

85 procent av alla kvinnor känner av klimakteriesymtom och år 2030 kommer uppskattningsvis 1,2 miljarder kvinnor i världen att vara i klimakteriet.[6] Tillgången till vård varierar dock kraftigt mellan olika länder och klimakteriet är fortfarande ofta något av ett socialt stigma. Dessutom utgör långa väntetider, begränsad tillgång till specialisttjänster samt inkonsekventa riktlinjer för hormonbehandling hinder inom klimakterievården. Många patienter rapporterar att symtom avfärdas som ”normalt åldrande”, vilket stärker könsrelaterade antaganden om kvinnors hälsa och motståndskraft. Dessutom är merparten av den befintliga medicinska forskningen inriktad på de fertila åren och förbiser därför puberteten, förklimakteriet och klimakteriet.

Rättigheter på området sexuell och reproduktiv hälsa

En enskild persons möjlighet att utöva sin rätt till sexuell och reproduktiv hälsa samt sin rätt till fysisk integritet och självständighet måste garanteras för att jämställdhet ska uppnås. Föredraganden anser därför att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt rätten till säker och laglig abort bör införlivas i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna.

Antagandet av parlamentets svar på det europeiska medborgarinitiativet ”My Voice, My Choice” i december 2025 var ett betydelsefullt framsteg. Parlamentet riktade i detta sammanhang en stark uppmaning till kommissionen att vidta åtgärder. Dessutom skickar betänkandet en viktig signal till EU:s medborgare om att parlamentet stöder kvinnors och flickors rättigheter och kämpar för jämställdhet.

Finansiering

Föredraganden konstaterar att EU-finansiering på ett viktigt sätt kan uppmuntra mycket större investeringar i forskning om könsspecifika frågor och motverka den ojämlikhet som finns i hela unionen vad gäller tillgång till behandling. Han anser att det kan bli nödvändigt med särskilda ansökningsomgångar för finansiering avseende könsspecifika tillstånd.

Föredraganden framhåller i detta betänkande att investeringar för att överbrygga klyftan när det gäller könsspecifika hälsodata utgör en konkurrensmöjlighet för Europa. Sådana investeringar skulle kunna inte bara bidra till att hantera de förluster som könsspecifika tillstånd orsakar i EU:s ekonomi[7], utan också attrahera privata investeringar och erbjuda en solid grund för ytterligare innovation i Europa.

---

[6] Davaki, K., studie beställd av FEMM-utskottet, ”Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care”, utredningsavdelningen för medborgare, jämlikhet och kultur vid generaldirektoratet för medborgerliga rättigheter samt rättsliga och institutionella frågor, Europaparlamentet, 2025, s. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU (2025) 778519_EN.pdf.

[7] Enligt Världsekonomiskt forums uppskattningar skulle ett överbryggande av investeringsklyftorna inom hälso- och sjukvården för kvinnor kunna stärka den globala ekonomin med 1 biljon US-dollar per år till 2040. Världsekonomiskt 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%E2%80%99s_Health_Gap_2024.pdf.

Som ett första steg måste kommissionen i samband med den kommande jämställdhetsstrategin (2026–2030) stärka och bygga vidare på de principer om kvinnors hälsa som anges i färdplanen för kvinnors rättigheter 2025 genom att föreslå konkreta åtgärder för att prioritera och stimulera investeringar i könsspecifika tillstånd.

BILAGA: FÖRKLARING OM SYNPUNKTER

Föredraganden förklarar, i enlighet med artikel 8 i bilaga I till arbetsordningen, att han i sitt betänkande har inkluderat synpunkter i frågor rörande ärendet som han har mottagit från följande företrädare för intressegrupper som omfattas av tillämpningsområdet för det interinstitutionella avtalet om ett obligatoriskt öppenhetsregister[1] eller företrädare för offentliga myndigheter i tredjeländer, inbegripet deras diplomatiska beskickningar och ambassader, i samband med att förslaget till betänkande utarbetades:

1. Företrädare för intressegrupper som omfattas av tillämpningsområdet för det interinstitutionella avtalet om ett obligatoriskt öppenhetsregister
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. Företrädare för offentliga myndigheter i tredjeländer, inbegripet deras diplomatiska beskickningar och ambassader

Ovanstående förteckning upprättas uteslutande på föredragandens ansvar.

[1] Interinstitutionellt avtal av den 20 maj 2021 mellan Europaparlamentet, Europeiska unionens råd och Europeiska kommissionen om ett obligatoriskt öppenhetsregister (EUT L 207, 11.6.2021, s. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).

I den mån fysiska personer identifierats med namn, befattning eller båda i förteckningen förklarar föredraganden att de berörda fysiska personerna tillsänts Europaparlamentets meddelande om skydd av personuppgifter nr 484 (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do), i vilket villkoren för behandlingen av deras personuppgifter och rättigheterna i samband med denna behandling fastställs.