KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 20.10.2009
KOM(2009)567 wersja ostateczna

KOMUNIKAT KOMISJI DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO, RADY, EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU REGIONÓW

SOLIDARNOŚĆ W ZDROWIU ZMNIEJSZANIE NIERÓWNOŚCI ZDROWOTNYCH W UE

{SEK(2009) 1396}
{SEK(2009) 1397}

KOMUNIKAT KOMISJI DO PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO, RADY, EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU REGIONÓW

SOLIDARNOŚĆ W ZDROWIU: ZMNIEJSZANIE NIERÓWNOŚCI ZDROWOTNYCH W UE

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

1. RÓWNE SZANSE I SOLIDARNOŚĆ SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Życie obecnych mieszkańców Unii Europejskiej jest dłuższe i zdrowsze niż życie wcześniejszych pokoleń. UE stoi jednak przed poważnym problemem, jakim są znaczne nierówności zdrowotne między państwami członkowskimi oraz wewnątrz tych państw. Ponadto wszystko wskazuje na to, że nierówności te będą się pogłębiać. Zwiększone bezrobocie i klimat niepewności wynikający z aktualnego kryzysu gospodarczego przyczyniają się do pogorszenia sytuacji. Celem niniejszego komunikatu jest zapoczątkowanie debaty niezbędnej do opracowania potencjalnych środków towarzyszących na poziomie unijnym, aby wesprzeć działania państwa członkowskich i innych podmiotów w ich staraniach w tym zakresie.

Zarówno instytucje unijne, jak i wiele zainteresowanych stron wyrażało już obawy, m.in. poprzez udział w konsultacjach w sprawie niniejszego komunikatu, co do rozmiarów i skutków nierówności zdrowotnych zarówno między państwami członkowskimi, jak i wewnątrz nich. Rada Europejska z czerwca 2008 r. podkreśliła znaczenie zniwelowania różnic dotyczących zdrowia i oczekiwanej długości życia pomiędzy poszczególnymi państwami członkowskimi i w samych państwach członkowskich[1]. W 2007 r. Komisja w strategii UE w zakresie ochrony zdrowia[2] wyraziła chęć kontynuacji działań w celu zmniejszenia nierówności zdrowotnych Chęć ta została ponownie wyrażona w komunikacie Komisji z 2008 r. dotyczącym odnowionej agendy społecznej[3], w którym Komisja potwierdziła podstawowe cele społeczne Europy w postaci równości szans, dostępu i solidarności, oraz zapowiedziała przedstawienie w 2009 r. komunikatu w sprawie nierówności zdrowotnych.

Komisja uważa, że zakres nierówności zdrowotnych między mieszkańcami różnych regionów UE oraz między obywatelami UE w korzystnej i niekorzystnej sytuacji społecznej jest przeszkodą w realizacji zobowiązań UE w zakresie solidarności, spójności społecznej i gospodarczej, praw człowieka i równości szans. Komisja pragnie zatem wspierać państwa członkowskie i inne zainteresowane strony w ich działaniach na rzecz niwelowania tych różnic oraz uzupełniać te działania.

---

1 **http://tinyurl.com/n2xl6b**
2 COM(2007) 630.
3 COM(2008) 412.

2. NIERÓWNOŚCI ZDROWOTNE W UE

Pomimo że przeciętny stan zdrowia mieszkańców UE stale się poprawiał w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, różnice w stanie zdrowia pomiędzy mieszkańcami różnych regionów UE oraz pomiędzy grupami znajdującymi się w najbardziej korzystnej i niekorzystnej sytuacji społecznej są nadal znaczne, a w niektórych przypadkach nawet się zwiększyły. Między państwami członkowskimi osiągającymi najlepsze i najgorsze wyniki odnotowuje się pięciokrotną różnicę w zakresie umieralności niemowląt poniżej 1 roku życia, a różnica w średnim trwaniu życia w momencie narodzin wynosi 14 lat w przypadku kobiet i 8 lat w przypadku mężczyzn. Stwierdza się też duże różnice w stanie zdrowia między mieszkańcami różnych regionów, obszarów wiejskich i miejskich oraz dzielnic miast.

W całej UE występuje gradient społeczny w stanie zdrowia; osoby słabiej wykształcone, wykonujące gorszą pracę lub mniej zarabiające umierają w młodszym wieku i częściej chorują na najpowszechniejsze choroby[4]. Stan zdrowia osób wykonujących pracę głównie fizyczną lub wymagającą rutynowych, powtarzalnych czynności, jest gorszy od stanu zdrowia pracowników wykonujących pracę umysłową i mniej rutynową. Różnica w średnim trwaniu życia w momencie narodzin dla grup w najkorzystniejszej i najmniej korzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej wynosi 10 lat u mężczyzn i 6 lat u kobiet. Występują tu również znaczne różnice pod względem płci, jako że kobiety zwykle żyją dłużej niż mężczyźni, ale przeżywają więcej lat w złym stanie zdrowia.

Grupy znajdujące się w trudnej sytuacji społecznej i narażone na wykluczenie społeczne, do których należą na przykład migranci oraz członkowie mniejszości etnicznych, osoby niepełnosprawne lub bezdomne, odznaczają się szczególnie złym przeciętnym stanem zdrowia[5]. Przykładowo Romowie żyją średnio o 10 lat krócej niż reszta społeczeństwa[6]. Do powodów złego stanu zdrowia tych grup należeć mogą złe warunki mieszkaniowe, uboga dieta i nieprawidłowe zachowania zdrowotne, a także dyskryminacja, stygmatyzacja i przeszkody w uzyskaniu dostępu do opieki zdrowotnej i innych usług[7].

Nierówności zdrowotne spowodowane są różnicami między grupami ludności pod względem szeregu czynników wpływających na zdrowie. Obejmują one: warunki życia, zachowania zdrowotne, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy i zarobki, poziom opieki zdrowotnej, profilaktykę zdrowotną i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również politykę państwa wpływającą na ilość, jakość i rozmieszczenie tych czynników. Różnice w stanie zdrowia zaobserwować można już u noworodków i utrzymują się do wieku podeszłego. Doświadczone w młodości nierówności w dostępie do edukacji, zatrudnienia i opieki zdrowotnej, jak również te wynikające z przynależności do określonej płci lub rasy, mogą poważnie zaważyć na stanie zdrowia danej osoby w ciągu całego jej życia. Połączenie ubóstwa z innymi przyczynami trudnej sytuacji społecznej, takimi jak wiek dziecięcy lub podeszły, niepełnosprawność lub przynależność do mniejszości powoduje dalsze zwiększenie ryzyka pogorszenia zdrowia.

---

4 *Health inequalities: Europe in profile.* (Nierówności zdrowotne w Europie), Mackenbach J, 2006.

5 SEC(2006)410.

6 SEC(2008) 2172.

7 *Breaking the barriers: Romani women and access to public health care.* (Przełamywanie barier: dostęp Romek do publicznej opieki zdrowotnej.), Europejskie Centrum Monitorowania Rasizmu i Ksenofobii UE 2003.

Na różnice w stanie zdrowia wpływa kilka czynników społeczno-ekonomicznych[8]. Warunki ekonomiczne oddziałują w różnoraki sposób na warunki bytowe, które z kolei wpływają na stan zdrowia. W niektórych regionach UE nadal brakuje tak podstawowych udogodnień, jak dostęp do wody i kanalizacji. Czynniki kulturowe, które wpływają na styl życia i zachowania zdrowotne, także różnią się znacznie w zależności od regionu i grupy społecznej. W wielu regionach, szczególnie w niektórych nowych państwach członkowskich, dostęp do bardzo potrzebnej opieki zdrowotnej jest utrudniony. Przeszkody w dostępie do opieki zdrowotnej spowodowane są brakiem ubezpieczenia, wysokimi kosztami świadczeń zdrowotnych, brakiem informacji o proponowanych świadczeniach oraz barierami językowymi i kulturowymi. Badania wykazały, że w podobnej sytuacji zapotrzebowania na opiekę zdrowotną uboższe grupy społeczne korzystają z niej w mniejszym stopniu niż grupy zamożniejsze.

Różnice w stanie zdrowia nie są jedynie dziełem przypadku, lecz wynikają w dużym stopniu z działań poszczególnych osób, administracji publicznej, zainteresowanych stron i społeczności; nie są one więc czymś, czego nie da się uniknąć. Działania na rzecz zmniejszania różnic polegają na oddziaływaniu na przyczyny różnic stanu zdrowia w społeczeństwie, które można wyeliminować dzięki odpowiedniej polityce.

3. AKTUALNE POLITYKI TOWARZYSZĄCE UE

W 2006 r. Rada przyjęła konkluzje w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej, podkreślając nadrzędny cel, jakim jest zmniejszanie nierówności zdrowotnych[9]. Jak wskazano w strategii UE w zakresie ochrony zdrowia, dzięki poprawie dostępu do systemów opieki i profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia można znacznie złagodzić niektóre nierówności zdrowotne. W inicjatywach wdrażających, takich jak zalecenie Rady w sprawie badań przesiewowych w kierunku raka, komunikat w sprawie telemedycyny[10], komunikat w sprawie bezpieczeństwa pacjentów[11], czy też we wniosku w sprawie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej powinny się znaleźć działania na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych.

Zmniejszanie nierówności zdrowotnych jest głównym działaniem strategii UE w zakresie ochrony zdrowia na okres 2008-2013, która uznała równość pod względem sytuacji zdrowotnej za wartość podstawową i dzięki której zwrócono większą uwagę na nierówności w takich dziedzinach, jak zdrowie psychiczne, uzależnienie od palenia tytoniu, zdrowie młodzieży, choroby nowotworowe oraz epidemia HIV/AIDS. W programie zdrowia publicznego UE poparto identyfikację oraz rozwój działań na rzecz wyrównywania różnic zdrowotnych, w tym opracowanie europejskiego katalogu dobrych praktyk[12]. Podjęto pierwsze kroki w celu poprawy gromadzenia danych oraz możliwości tworzenia sieci kontaktów wśród państw członkowskich i głównych zainteresowanych stron.

---

8 *Monitoring progress towards the objectives of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion* (Monitorowanie postępów w realizacji Europejskiej Strategii Ochrony Socjalnej i Włączenia Społecznego), 2008.

9 Dz.U. C 146 z 22.6.2006, s.1.

10 COM(2008) 689.

11 COM(2008) 836.

12 Europejski katalog dobrych praktyk w zakresie zmniejszenia nierówności zdrowotnych http://tinyurl.com/ybrpdy2

Poprzez otwartą metodę koordynacji w dziedzinie ochrony socjalnej i włączenia społecznego (OMK w polityce społecznej)[13] państwa członkowskie uzgodniły cel, jakim jest wyrównywanie nierówności zdrowotnych. Otrzymują one wsparcie w postaci zestawu wspólnych wskaźników opartych na wynikach pracy Eurostatu w zakresie statystyk zdrowia publicznego. Debata na ten temat oraz odpowiednie działania w państwach członkowskich mogły zostać zapoczątkowane dzięki analizie na poziomie unijnym sprawozdań na temat krajowych strategii w dziedzinie ochrony socjalnej i włączenia społecznego. Od 2005 r. trwają na poziomie unijnym prace grupy ekspertów mające na celu przegląd aktualnej wiedzy naukowej oraz wymianę informacji na temat polityki i praktyki[14]. W ramach programów w dziedzinie zdrowia UE wspieranych jest wiele inicjatyw w zakresie zwalczania nierówności zdrowotnych. Dzięki ramowym programom badawczym (aktualny program to FP7) możliwe jest znaczące wsparcie dla badań w tej dziedzinie oraz wielu programów działań, w tym programu Zdrowie oraz wspólnotowego programu na rzecz zatrudnienia i solidarności społecznej PROGRESS[15], analiz finansowych, przykładów dobrych praktyk oraz innowacji w polityce.

Inne sektory polityki UE również przyczyniają się do zmniejszania nierówności zdrowotnych. Jest ono również celem działań w zakresie zdrowia publicznego wskazanych w strategii UE dotyczącej trwałego rozwoju[16]. Konieczność zmniejszenia różnic w stanie zdrowia wynika z nadrzędnego celu UE, zapisanego w strategii lizbońskiej, jakim jest połączenie wzrostu gospodarczego z solidarnością społeczną. Prawodawstwo unijne w dziedzinie prawa pracy oraz bezpieczeństwa i higieny pracy przyczynia się do zmniejszenia występowania wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych. Dzięki polityce unijnej w dziedzinie ochrony środowiska oraz polityce rynkowej w ramach wspólnej polityki rolnej udziela się wsparcia dla szeregu inicjatyw, które przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. UE udziela wsparcia finansowego poprzez politykę spójności oraz Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich, których środki mogą być wykorzystane celu zmniejszenia różnic między regionami poprzez inwestycje w zakresie przyczyn nierówności zdrowotnych, jak np. warunków życia, na rzecz rozwoju usług szkoleniowych i tych związanych z zatrudnieniem, w celu poprawy infrastruktury transportowej, rozwoju technologii oraz infrastruktury zdrowotnej i socjalnej. Wkład aktualnej polityki unijnej został dokładniej przeanalizowany w ocenie skutków towarzyszącej niniejszemu komunikatowi.

4. DZIAŁANIA W ZAKRESIE NIERÓWNOŚCI ZDROWOTNYCH: PODEJŚCIE OPARTE NA WSPÓŁPRACY

Potrzebne są dalsze działania w tej dziedzinie, gdyż coraz bardziej oczywiste są rozmiary i wszechobecność nierówności zdrowotnych na skalę unijną oraz ze względu na spodziewane negatywne skutki dla zdrowia, spójności społecznej oraz rozwoju gospodarczego, w razie gdyby różnice te się utrzymywały. Wydaje się, że prowadzone działania mają jedynie ograniczone skutki i istnieje ryzyko, że nierówności te powiększą się w wyniku aktualnego kryzysu gospodarczego. Ponadto, jeżeli rentowność systemów zabezpieczenia społecznego ma być utrzymana w obliczu starzejącego się społeczeństwa unijnego, niezbędna jest poprawa stanu zdrowia wszystkich grup społecznych.

---

13 COM(2005) 706.
14 http://tinyurl.com/dmycvx
15 Dz.U. L 354 z 31.12.2008, s.70.
16 Rada Unii Europejskiej, dok. 10117/06 z 9 czerwca 2006 r.

Za politykę zdrowotną odpowiedzialne są państwa członkowskie, jednak nie wszystkie dysponują takimi zasobami, instrumentami czy wiedzą specjalistyczną, by móc zająć się różnymi przyczynami różnic zdrowotnych. Komisja Europejska może tu wnieść istotny wkład poprzez zagwarantowanie, że w politykach i działaniach UE bierze się pod uwagę cel, jakim jest zajęcie się przyczynami nierówności w społeczeństwie europejskim.

W tym celu UE powinna posłużyć się w najefektywniejszy sposób dostępnymi mechanizmami i narzędziami. Może na przykład odegrać znaczącą rolę w podnoszeniu świadomości, propagowaniu i wspieraniu wymiany informacji i wiedzy między zaangażowanymi państwami członkowskimi, wskazywaniu i rozpowszechnianiu dobrych praktyk oraz pomocy przy opracowywaniu dostosowanej do potrzeb polityki w zakresie konkretnych problemów, z którymi zmagają się państwa członkowskie lub specyficzne grupy społeczne, UE będzie również śledziła i oceniała postępy w stosowaniu tej polityki.

5. GŁÓWNE KWESTIE WYMAGAJĄCE DZIAŁANIA

Dotychczasowe doświadczenia wskazują na szereg ważnych wyzwań, z którymi należy się zmierzyć, aby, zintensyfikować aktualne działania zmniejszające nierówności zdrowotne.

Dążenie do zmniejszania różnic zdrowotnych jako część ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego

Ogólnie rzecz biorąc stan zdrowia wiąże się ze stanem zamożności. Mieszkańcy zamożniejszych krajów i regionów odznaczają się lepszym stanem zdrowia mierzonym za pomocą różnych wskaźników. Reguła ta nie zawsze jednak się sprawdza. Wyższy poziom zamożności stwarza faktycznie większy potencjał dla utrzymania i poprawy stanu zdrowia, jednak pod warunkiem, że zasoby finansowe wykorzystywane są w odpowiedni sposób. Jest rzeczą oczywistą, że nie wszystkie grupy społeczne korzystają w jednakowy sposób z rozwoju gospodarczego. Ważne jest stworzenie modelu ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego prowadzącego do większego wzrostu gospodarczego, ale też jednocześnie do większej solidarności i spójności społecznej oraz lepszego stanu zdrowia. Fundusze strukturalne UE odgrywają tu kluczową rolę.

Celem strategii lizbońskiej jest osiągnięcie wzrostu gospodarczego i większej spójności społecznej. Wskaźnik lat zdrowego życia jest środkiem stosowanym obecnie w celu monitorowania postępów realizacji strategii lizbońskiej w zakresie zdrowia. Należy zastanowić się, czy rzetelne monitorowanie wskaźników nierówności zdrowotnych mogłoby stanowić przydatne narzędzie monitorowania ich wymiaru społecznego.

Ulepszanie danych i poprawa wiedzy oraz mechanizmów służących pomiarowi, monitorowaniu, ocenie i sprawozdawczości

Pomiar nierówności w dziedzinie zdrowia jest pierwszym podstawowym krokiem w kierunku skutecznego działania. W celu wdrożenia skutecznych działań w zakresie konkretnych grup społecznych i różnych determinantów zdrowotnych, pomimo istnienia wiarygodnych dowodów w wielu dziedzinach, potrzebne są bardziej szczegółowe informacje na temat skutków i znaczenia tych determinantów.

Należy również pogłębiać wiedzę na temat skuteczności polityki w zakresie redukcji nierówności. Mimo istnienia materiału badawczego na temat skuteczności interwencji w zakresie zdrowia publicznego oraz na temat skutków innych sektorów polityki oraz działań w

zakresie zdrowia oceniono jedynie niewielką liczbę tych interwencji pod kątem ich zróżnicowanego wpływu na zdrowie grup społecznych lub mieszkańców niektórych obszarów geograficznych. Ocena skutków polityki poza sektorem ochrony zdrowia jest jeszcze bardziej ograniczona.

Brak łatwo dostępnych i porównywalnych danych dla całej UE oraz danych wynikających z badań stanowi przeszkodę dla oceny aktualnej sytuacji, przeglądu priorytetów politycznych, tworzenia zestawień porównawczych, opracowania najlepszych praktyk oraz kierowania środków tam, gdzie są najbardziej potrzebne. Aby opracować sposoby pomiaru nierówności zdrowotnych umożliwiających porównywanie danych w czasie oraz w całej UE, należy odwoływać się do istniejących i przyszłych danych na poziomie unijnym, zwłaszcza poprzez pełne wykorzystanie badań UE, takich jak badanie UE dotyczące dochodów i warunków życia (EU-SILC), europejskie badanie zdrowia i europejskie badanie dotyczące niepełnosprawności, oraz rozporządzeń wykonawczych we wszystkich dziedzinach statystyk dotyczących zdrowia publicznego. Należy zapewnić spójność z innymi międzynarodowymi zestawami danych.

Przyczyny nierówności zdrowotnych są różne dla różnych państw członkowskich i konkretnych grup społecznych. Państwa członkowskie powinny starać się opracować, w ścisłej współpracy z Komisją, wspólny zestaw wskaźników monitorowania nierówności zdrowotnych oraz metodyki oceniania sytuacji zdrowotnej w państwach członkowskich w celu identyfikacji obszarów wymagających poprawy oraz najlepszych praktyk oraz uznania ich za priorytety. Komisja może udzielić wsparcia państwom członkowskim w osiąganiu ich celów poprzez prowadzenie analiz i udzielanie pomocy na podstawie dostępnych informacji. Byłoby to narzędzie przydatne dla państw członkowskich przy opracowywaniu, ustalaniu priorytetów i wdrażaniu skuteczniejszej i efektywniejszej polityki dostosowanej do ich specyficznej sytuacji; dzięki temu narzędziu można by zrobić lepszy użytek z istniejących narzędzi unijnych w celu wsparcia działań państw członkowskich.

Finansowanie projektów pilotażowych i partnerskich oraz programów wzajemnej weryfikacji umożliwiłoby państwom członkowskim wdrożenie tej polityki. Wzajemna weryfikacja powinna dotyczyć analizy istniejącej polityki, programów i rozwiązań instytucjonalnych, które zostały uznane za dobre praktyki.

Działania na poziomie unijnym:

wspieranie dalszego rozwoju i gromadzenia danych i wskaźników zdrowotnych pod kątem wieku, płci, statusu społeczno-ekonomicznego oraz wymiaru geograficznego;

opracowanie sposobów badania nierówności zdrowotnych w ramach programu Zdrowie we współdziałaniu z zainteresowanymi państwami członkowskim;

nakierowanie badań UE na istniejące braki w wiedzy na temat nierówności zdrowotnych, przy włączeniu działań w ramach tematów Zdrowie oraz Nauki społeczno-ekonomiczne i humanistyczne siódmego programu ramowego UE na rzecz badań;

podkreślanie znaczenia badań i rozpowszechnianie dobrych praktyk w zakresie zmniejszania nierówności zdrowotnych przez agencje unijne, w tym przez Europejską Fundację na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy.

Budowanie zaangażowania społecznego

Zmniejszanie nierówności oznacza wywieranie wpływu na zdrowie ludzi w życiu codziennym, w pracy, w szkole oraz w czasie wolnym. Poza administracją publiczną władze regionalne odgrywają w wielu państwach równie ważną rolę w zakresie zdrowia publicznego i świadczeń zdrowotnych, a więc muszą być aktywnie zaangażowane. Sektor opieki zdrowotnej może odegrać główną rolę, zarówno zapewniając jednakowy dostęp do świadczeń, jak i przekazując wiedzę oraz wspierając szkolenia pracowników służby zdrowia oraz innych sektorów. Władze lokalne, pracodawcy i inne zainteresowane strony także mogą wnieść istotny wkład.

Dzięki usprawnieniu wymiany informacji i wiedzy oraz koordynacji politycznej między różnymi szczeblami administracji i wieloma sektorami (opieki zdrowotnej, zatrudnienia, ochrony socjalnej, środowiska, edukacji, młodzieży i rozwoju regionalnego) można zatem prowadzić skuteczniejsze działania i wywierać wpływ w sposób konsekwentny i na większą skalę. Istnieje również potrzeba budowania bardziej skutecznego partnerstwa z zainteresowanymi stronami w celu propagowania oddziaływania na różne determinanty społeczne, poprawiając tym samym stan zdrowia społeczeństwa.

Przy opracowywaniu strategii politycznych państwa członkowskie mogą uczyć się od siebie. UE może udzielić im wsparcia poprzez usprawnienie mechanizmów koordynacji polityki i ułatwienie wymiany informacji oraz dobrej praktyki między państwami członkowskich i zainteresowanymi stronami. Inicjatywy, takie jak Forum UE na temat polityki w zakresie ochrony zdrowia, Partnerstwo na rzecz zwalczania chorób nowotworowych, Forum na temat alkoholu czy Platforma UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia są ważnymi środkami w zakresie polityki zmniejszania nierówności zdrowotnych.

Komisja wskazała[17], w ramach społecznej OMK, swoją chęć częstszego odwoływania się do procedury wzajemnej weryfikacji oraz finansowania w ramach programu PROGRESS oraz możliwość wprowadzenia konkretnych celów do osiągnięcia w zakresie stanu zdrowia na rzecz utrzymania wysokiego poziomu zaangażowania oraz osiągnięcia wspólnych założeń.

Komisja wykorzysta również zainteresowanie Komitetu Regionów wykazane przy okazji konsultacji na temat niniejszego komunikatu i uwzględni konieczność skupienia się na nierównościach zdrowotnych w programach współpracy regionalnej w dziedzinie zdrowia.

Działania na poziomie unijnym:

rozwijanie sposobu zaangażowania zainteresowanych stron na poziomie unijnym w celu propagowania stosowania i rozpowszechniania dobrej praktyki;

włączanie nierówności zdrowotnych jako jednego z obszarów priorytetowych do aktualnych programów współpracy w dziedzinie zdrowia pomiędzy regionami europejskimi a Komisją;

rozwijanie działań i narzędzi w dziedzinie szkolenia zawodowego w celu zmniejszania nierówności przy pomocy programu Zdrowie, EFS i innych mechanizmów;

stymulowanie refleksji w Komitecie Ochrony Socjalnej, za pomocą dokumentów do dyskusji, na temat możliwości wprowadzenia konkretnych celów do osiągnięcia.

[17] COM(2008) 418.

Wychodzenie naprzeciw grupom w trudnej sytuacji społecznej

Zmniejszanie nierówności zdrowotnych wymaga opracowania polityki zawierającej działania na rzecz poprawy stanu zdrowia całego społeczeństwa, jak również działanie skierowane do konkretnych grup w trudnej sytuacji społecznej. Szczególną uwagę należy poświęcić potrzebom osób żyjących w ubóstwie, grup migrantów lub członków mniejszości etnicznych w niekorzystnej sytuacji społecznej, osób niepełnosprawnych, w podeszłym wieku lub dzieci żyjących w ubóstwie. W odniesieniu do niektórych grup nierówności zdrowotne, w tym ograniczony dostęp do należytej opieki zdrowotnej, dotyczą kwestii egzekwowania ich podstawowych praw.

Karta praw podstawowych Unii Europejskiej gwarantuje prawo do pomocy społecznej i mieszkaniowej dla zapewnienia godnej egzystencji wszystkim osobom pozbawionym wystarczających środków, prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia oraz do warunków pracy umożliwiających poszanowanie zdrowia. Konwencja o prawach dziecka Narodów Zjednoczonych określa kilka głównych praw odnośnie podstawowych potrzeb dziecka, których niespełnienie może wpływać na jego zdrowie, natomiast Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych określa prawo osób niepełnosprawnych do dostępu do świadczeń zdrowotnych. Nierówności zdrowotne są jednym z czterech priorytetów akcji Komisji „Zdrowie młodzieży", zainicjowanej w 2009 r.

Zmiany demograficzne i starzenie się naszego społeczeństwa stworzy nowe wyzwania zdrowotne.

Rada wskazała na potrzebę dodatkowych działań w zakresie potrzeb zdrowotnych migrantów i Romów[18] oraz młodych ludzi w mniej korzystnym położeniu[19]. Komisja inicjuje obecnie projekt pilotażowy w zakresie integracji Romów, zawierający działania w zakresie zdrowia i działania zintegrowanie w dziedzinie edukacji i warunków społeczno-ekonomicznych oraz współpracy transgranicznej.

Powinno się nadal odwoływać do możliwości polityki spójności i powiązanych funduszy strukturalnych na rzecz poprawy zdrowia grup w niekorzystnej sytuacji, takich jak społeczność romska.

Działania na poziomie unijnym:

inicjowanie akcji we współpracy z państwami członkowskimi w celu podnoszenia świadomości i propagowania działań na rzecz zwiększenia dostępności i przydatności świadczeń zdrowotnych, propagowania zdrowia i profilaktyki zdrowotnej wśród migrantów i mniejszości etnicznych oraz innych grup w trudnej sytuacji, poprzez identyfikację i wymianę dobrej praktyki, przy wspieraniu programu Zdrowie i innych programów;

wyraźne uwzględnienie zmniejszania nierówności zdrowotnych w przyszłych inicjatywach w zakresie starzenia się w dobrym zdrowiu.

[18] Konkluzje Rady na temat integracji Romów: http://tinyurl.com/kne9s5

[19] Rezolucja Rady z dnia 20 listopada 2008 r. w sprawie zdrowia i dobrej kondycji młodych ludzi.

Na Szczyt w sprawie Romów w 2010 r. zostanie przygotowane sprawozdanie na temat wykorzystania instrumentów i stosowania polityki wspólnotowej, zawierające rozdział o nierównościach zdrowotnych.

Zbadanie, w jaki sposób Agencja Praw Podstawowych może, w ramach swojego mandatu, gromadzić dane na temat zakresu, w jakim grupy w trudnej sytuacji społecznej mogą być dotknięte zjawiskiem nierówności zdrowotnych w UE, szczególnie pod kątem dostępu do należytej opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej i mieszkaniowej;

prowadzenie działań w dziedzinie nierówności zdrowotnych w ramach Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym w 2010 r.

Zwiększanie wkładu wnoszonego przez politykę UE

Jak wspomniano w rozdziale 3, w ramach kilku sektorów polityki UE można wnieść bezpośredni lub pośredni wkład w działania na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych; na poziomie wspólnotowym jest bowiem kilka nadających się do tego celu narzędzi. Można jednak jeszcze zwiększyć wkład polityki UE poprzez lepsze zrozumienie jej skutków dla zdrowia oraz przez szersze włączanie założeń polityki. Doprowadziłoby to do skuteczniejszego ustalania priorytetów i bardziej wydajnego stosowania istniejących narzędzi.

Mimo ogólnej zgody, co do potrzeby zmniejszania nierówności zdrowotnych, występują także duże różnice w poziomie świadomości i zakresie podejmowanych działań. Ponad połowa państw członkowskich UE nie przykłada wystarczającej wagi do polityki zmniejszania nierówności zdrowotnych; brakuje tu kompleksowych strategii międzysektorowych[20]. Ponadto nie prowadzi się oceny wdrożonej już polityki i nie rozpowszechnia się jej efektów, przez co brakuje wiedzy na temat jej skuteczności. UE powinna dążyć do poprawy koordynacji polityki oraz propagować wymianę najlepszych praktyk.

Komisja powinna nadal wspierać państwa członkowskie poprzez swą politykę w celu zapewnienia sprawiedliwego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz systemów profilaktyki i promocji zdrowia. UE może zachęcać do ściślejszej współpracy między systemami opieki zdrowotnej, jak sugeruje wniosek w sprawie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Komisja mogłaby także wnieść wkład do lepszego zrozumienia wyzwań, przed którymi stoją systemy opieki zdrowotnej wobec problemu wydajności personelu europejskiej służby zdrowia, zaproponować rozwiązania tego problemu oraz przyczynić się do opracowania sposobu wykorzystania nowych technologii w służbie zdrowia.

Polityka spójności UE ma duże znaczenie dla osiągnięcia celów strategii lizbońskiej w postaci spójności społecznej i gospodarczej; może ona być efektywnym narzędziem zmniejszania nierówności zdrowotnych. Aktualne strategiczne wytyczne Wspólnoty przewidują przeznaczenie funduszy na akcje w dziedzinie zdrowia. Państwa członkowskie przeznaczyły około 5 mld EUR (1,5 % całkowitej dostępnej kwoty) z tychże funduszy na infrastrukturę zdrowotną na okres 2007-2013. Większe możliwości finansowania na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych dzięki polityce spójności wymagają jednak podnoszenia świadomości możliwości korzystania z funduszy w tej dziedzinie, lepszej koordynacji

[20] SEC(2006) 410.

pomiędzy działami administracji publicznej zajmującymi się kształtowaniem polityki oraz zwiększenia możliwości technicznych w zakresie rozwoju inwestycji w tym zakresie. Powinno się zwiększyć koncentrację na problematyce zdrowotnej w następnym okresie programowania oraz dążyć do większej synchronizacji dokumentów strategicznych w ramach polityki spójności UE z priorytetami wskazanymi w społecznej OMK.

Wdrażanie do prawa krajowego prawodawstwa wspólnotowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz strategii Wspólnoty w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na okres 2007-2012 jest świetną okazją do zmniejszania nierówności zdrowotnych w UE poprzez ochronę zdrowia pracowników i zmniejszanie negatywnych skutków niektórych czynników warunkujących zdrowie. Należy również przykładać wagę do nierówności zdrowotnych w kontekście propagowania równości szans kobiet i mężczyzn.

Aktualnie ocenia się niewiele działań w ramach polityki UE po ich wdrożeniu pod kątem wpływu na nierówności zdrowotne. W oparciu o obecnie prowadzone prace należy dalej rozwijać odpowiednie mechanizmy oceny wpływu *ex post* istniejącej polityki na zdrowie różnych grup społecznych w celu gromadzenia informacji niezbędnych do dalszego rozwoju tej polityki. Mechanizmy te muszą być jednak dostosowane do indywidualnych potrzeb, w oparciu o dobrą praktykę wypracowaną w państwach członkowskich. Poza tym UE może odwoływać się do istniejących dokumentów, w tym do sprawozdania na temat spójności, do sprawozdania na temat zatrudnienia oraz do sprawozdania lizbońskiego, w celu przeprowadzenia analizy związku między istniejącą polityką a stanem zdrowia grup społecznych i mieszkańców różnych regionów.

UE pragnie także wspierać inne kraje w dziedzinie zdrowia i w dziedzinach powiązanych. Komisja ds. społecznych determinantów zdrowia WHO[21] opisała niedawno kolosalne różnice zdrowotne pomiędzy krajami i grupami społecznymi na całym świecie i wystosowała apel w sprawie skoordynowanych działań zaradczych na wszystkich szczeblach administracji. UE może wpłynąć na kwestie zdrowotne w państwach trzecich w wieloraki sposób, np. poprzez wymianę handlową, pomoc rozwojową, współpracę z organizacjami międzynarodowymi oraz wymianę informacji. Doświadczenie UE w zwalczaniu nierówności zdrowotnych może przydać się również poza jej granicami. Należałoby więc bliżej przyjrzeć się możliwości synergii pomiędzy pomocą rozwojową Komisji oraz działaniami wewnątrz UE na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych. UE powinna również współpracować w tej dziedzinie z odpowiednimi organizacjami międzynarodowymi.

Działania na poziomie unijnym:

dalsze wspieranie istniejących mechanizmów koordynacji polityki i wymiany dobrych praktyk w zakresie nierówności zdrowotnych między państwami członkowskimi, takich jak grupa ekspertów UE ds. społecznych determinantów zdrowia i nierówności zdrowotnych[22], związana zarówno z Komitetem Ochrony Socjalnej, jak i z Grupą Roboczą Rady ds. Zdrowia Publicznego;

dokonanie przeglądu możliwości pomocy państwom członkowskim w celu lepszego wykorzystania przez nie polityki spójności UE i funduszy strukturalnych na rzecz wspierania działań w zakresie oddziaływania na czynniki wpływające na nierówności zdrowotne;

---

21 Sprawozdanie Komisji ds. społecznych determinantów zdrowia, WHO 2008.

22 Aktualne strategiczne wytyczne Wspólnoty są dostępne pod adresem http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021pl00110032.pdf

zachęcanie państw członkowskich do dalszego wykorzystywania istniejących możliwości w ramach polityki rozwoju obszarów wiejskich i polityki rynkowej WPR (mleko w szkołach, żywność dla najuboższych, programy dystrybucji owoców w szkołach) w celu pomocy grupom w niekorzystnej sytuacji oraz obszarom wiejskim o zwiększonych potrzebach;

prowadzenie dialogu politycznego z państwami członkowskimi i zainteresowanymi stronami na temat sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej i innych podstawowych wartości w tym zakresie, przedstawionych w strategii UE w zakresie ochrony zdrowia;

finansowanie m.in. procedury wzajemnej weryfikacji w ramach programu PROGRESS i ogłoszenie w 2010 r. zaproszenia do składania wniosków w celu pomocy państwom członkowskim w opracowaniu odpowiednich strategii;

zorganizowanie forum na temat zdrowia i restrukturyzacji w celu zaproponowania odpowiednich środków zmniejszania nierówności zdrowotnych;

zgłoszenie inicjatywy Komisji w zakresie roli UE w ochronie zdrowia na świecie.

6. KOLEJNE KROKI

Walka z nierównościami zdrowotnymi jest procesem długoterminowym. Działania przedstawione w niniejszym komunikacie powinny stanowić ramy dla długotrwałych inicjatyw w tej dziedzinie. W nadchodzącym czasie, na podstawie niniejszego komunikatu i przyszłych dyskusji w Radzie, Komisja zamierza aktywnie współpracować z państwami członkowskimi i z zainteresowanymi stronami. Pierwsze sprawozdanie z postępów zostanie przedstawione w grudniu 2012 r.