

BG

BG

BG



КОМИСИЯ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ОБЩНОСТИ

Брюксел, 20.10.2009
COM(2009) 567 окончателен

**СЪОБЩЕНИЕ ОТ КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ, СЪВЕТА,
ЕВРОПЕЙСКИЯ ИКОНОМИЧЕСКИ И СОЦИАЛЕН КОМИТЕТ И КОМИТЕТА
НА РЕГИОНИТЕ**

**СОЛИДАРНОСТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО:
НАМАЛЯВАНЕ НА НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В
ЕС**

{SEC(2009) 1396}
{SEC(2009) 1397}

**СЪОБЩЕНИЕ ОТ КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ, СЪВЕТА,
ЕВРОПЕЙСКИЯ ИКОНОМИЧЕСКИ И СОЦИАЛЕН КОМИТЕТ И КОМИТЕТА
НА РЕГИОНИТЕ**

**СОЛИДАРНОСТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО:
НАМАЛЯВАНЕ НА НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В
ЕС**

(Текст от значение за ЕИП)

1. РАВНИ ВЪЗМОЖНОСТИ И СОЛИДАРНОСТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Гражданите на Европейския съюз (ЕС) се радват на живот с по-голяма средна продължителност и в по-добро здраве в сравнение с предходните поколения. ЕС обаче е изправен пред сериозно предизвикателство, породено от съществените различия в здравен аспект между отделните държави-членки на ЕС и в рамките на техните територии. Нещо повече, налице са признаци, че е възможно тези различия да се задълбочат. Повишеното равнище на безработицата и несигурността вследствие на настоящата икономическа криза усложняват допълнително ситуацията. Настоящото съобщение слага начало на дебата, необходим, за да се определят възможните съпътстващи мерки на равнище ЕС в подкрепа на действията, предприемани по този въпрос от държавите-членки и другите действащи лица.

Институциите на ЕС, както и много заинтересовани страни са изразявали своята загриженост, в това число и по време на консултацията по настоящото съобщение, по отношение на мащаба и последиците от неравнопоставеността в здравеопазването, съществуваща както между различните държави-членки, така и в рамките на самите тях. Европейският съвет от юни 2008 г. подчерта, че е важно да се преодолеят различията по отношение на здравеопазването и продължителността на живота между отделните държави-членки и вътре в тях¹. В публикуваната през 2007 г. бяла книга относно здравната стратегия на ЕС² бе заявено намерението на Комисията да предприеме по-нататъшни стъпки към намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването. Това намерение бе повторно заявено в съобщението на Комисията от 2008 г. относно „Обновена социална програма“³, в което бяха препотвърдени основните цели на Европа в социалната сфера, а именно равни възможности, достъп и солидарност, и бе обявено публикуването на съобщение на Комисията относно неравнопоставеността в здравеопазването.

Комисията разглежда мащаба на неравнопоставеността в здравеопазването между хората, живеещи в различните части на ЕС, както и между гражданите на ЕС, оказали се в двата края на социалната стълбица, като предизвикателство към ангажиментите на ЕС по въпросите на солидарността, социалното и икономическото сближаване, човешките права и равните възможности. Ето защо Комисията е твърдо решена да

¹ <http://register.consilium.europa.eu/pdf/bg/08/st11/st11018-re01.bg08.pdf>

² COM(2007) 630

³ COM(2008) 412

подкрепя и допълва инициативите, които държавите-членки и другите заинтересовани лица предприемат за преодоляване на неравнопоставеността.

2. НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В ЕС

Въпреки че през последните десетилетия средното равнище на здравето в ЕС непрекъснато се подобрява, съществените различия по отношение на здравето между хората, живеещи в различни части на ЕС, и между най-облагодетелстваните и най-необлагодетелстваните слоеве на населението се запазиха, а в някои случаи се задълбочиха. До пет пъти достига разликата между държавите-членки по отношение на смъртността на кърмачетата до една година, а разликите в очакваната продължителност на живота при раждане са 14 години при мъжете и 8 години при жените. Съществени са и различията в здравеопазването между регионите, селските и градските зони и кварталите.

Навсякъде в ЕС се наблюдава наличието на разграничаване в социален аспект (социален градиент) по отношение на здравословното състояние, като при по-ниско образованите хора, хората с по-нисък професионален статус или по-ниски доходи съществува тенденция към по-ранна смъртност, както и към по-голямо разпространение на повечето здравословни проблеми⁴. Здравословното състояние на работещите предимно физически труд или извършващи рутинни повторяеми действия е по-лошо в сравнение със състоянието на лицата, заети с умствен труд и извършващи по-разнообразни задачи. Разликите в продължителността на живота при раждане между социално-икономическите групи в най-горната и в най-долната част на социалната стълбица достигат до 10 години при мъжете и 6 години при жените. Важна особеност съществува и от гледна точка на половата принадлежност, като жените по принцип живеят по-дълго от мъжете, но е възможно да са в недобро здраве през по-голяма част от своя живот.

Особено лошо е средното равнище на здравословното състояние на представителите на уязвимите групи и на групите, оказали се в състояние на социално изключване, като например мигрантите или хората, принадлежащи към етнически малцинства, лицата с увреждания или бездомните⁵. Така например очакваната продължителност на живота при ромите е с 10 години по-малка в сравнение с продължителността на живота на населението като цяло⁶. Сред причините за лошото здраве на тези групи може да бъдат лошите битови условия, недохранването и определено здравно поведение, а също така и дискриминацията, заклеймяването и пречките, с които групите се сблъскват по отношение на достъпа до здравеопазване и други услуги⁷.

В основата на неравнопоставеността в здравеопазването са разликите между отделните групи сред населението, произтичащи от широк набор от фактори от значение за здравето. Сред тези фактори са условията на живот, здравното поведение, образованието, професионалната заетост и доходите, здравните грижи, услугите по

⁴ *Health inequalities: Europe in profile*. Mackenbach J, 2006 г.

⁵ SEC(2006) 410

⁶ SEC(2008) 2172

⁷ *Breaking the barriers: Romani women and access to public health care* („Ромските жени и достъпа до обществено здравеопазване“). Европейски център за мониторинг на расизма и ксенофобията, 2003 г.

превенция на заболяванията и здравна просвета, както и обществените политики, влияещи върху качествено и количествено изражение на тези фактори и върху тяхното разпределение. Неравнопоставеността в здравеопазването започва още от раждането и се запазва до преклонна възраст. Здравословното състояние на хората може да бъде белязано за цял живот от неравнопоставеността, с която те са се сблъскали в първите години от своя живот по отношение на възможностите за образование, трудова заетост и здравеопазване, както и неравнопоставеността, основаваща се на пола или етническа принадлежност. Рисковете за здравето допълнително нарастват, когато бедността се съчетае с други фактори за уязвимост като детска или напреднала възраст, увреждане или малцинствен произход.

Разликите в здравеопазването са свързани и с редица социално-икономически фактори⁸. Икономическите условия могат да повлияят върху редица аспекти на условията на живот, които дават своето отражение върху здравето. В някои области на ЕС все още липсват основни елементи на благоустройството като например подходящи системи за водоснабдяване и канализация. Регионите и отделните групи на населението се различават съществено и по отношение на културните фактори, които влияят на начина на живот и на здравното поведение. В редица региони, и по-специално в някои от най-новите държави-членки, е необходимо да се полагат сериозни усилия, за да може населението да разполага с абсолютно необходими здравни услуги. Пречки пред достъпа до здравни грижи могат да бъдат липсата на осигуровка, високата цена на грижите, липсата на информация за предоставяните услуги, езиковите и културните бариери. Според данните от някои проучвания при едни и същи здравни потребности по-бедните социални групи използват в по-малка степен здравните грижи в сравнение с по-заможните групи.

Неравнопоставеността в здравеопазването е преодолима, защото не е просто въпрос на случайност, а е силно повлияна от действията на отделните лица, на правителствата, заинтересованите страни и общностите. Да се работи за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването означава да се обърне внимание на факторите, които не влияят еднакво върху здравето на населението и чието влияние може да бъде предотвратено чрез действия в рамките на обществените политики.

3. СЪЩЕСТВУВАЩИ ПОНАСТОЯЩЕМ СЪПЪТСТВАЩИ ПОЛИТИКИ НА ЕС

През 2006 г. Съветът прие заключенията относно общите ценности и принципи в системите на здравеопазване в ЕС, в които постави акцент върху общата цел за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването⁹. Както се посочва в здравната стратегия на ЕС, несъмнено последиците от някои аспекти на неравнопоставеността в здравеопазването могат да бъдат смекчени чрез подобряване на достъпа до здравни грижи и до системите за превенция на заболяванията и здравна просвета. Приносът към намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването следва да се осигури чрез изпълнението на определени инициативи като например препоръката на Съвета относно онкологичния скрининг, съобщението на Комисията относно

⁸ *Monitoring progress towards the objectives of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion* („Мониторинг на напредъка по постигане на целите на Европейската стратегия за социална закрила и социално приобщаване“), 2008 г.

⁹ ОВ С 146, 22.6.2006 г., стр. 1.

телемедицината¹⁰, съобщението относно безопасността на пациентите¹¹ или предложението за директива за прилагането на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване

Борбата с неравнопоставеността в здравеопазването е сред най-важните задачи в здравната стратегия на ЕС за периода 2008—2013 г., в която равнопоставеността в здравеопазването е посочена като основна ценност и в която бяха дадени насоки за справяне с този въпрос в области като психичното здраве, тютюнопушенето, младежта, раковите заболявания и ХИВ/СПИН. По програмата на ЕС за общественото здраве бе подпомогнато определянето и разработването на дейности за справяне с неравнопоставеността в здравеопазването, сред които и изготвянето на Европейско ръководство за добри практики¹². Предприети бяха първи стъпки за усъвършенстване на събирането на данни и работата в мрежа на държавите-членки и основните заинтересовани лица.

Чрез отворения метод на координация в областта на социалната закрила и социалното приобщаване (социален ОМК)¹³ държавите-членки на ЕС си поставиха за цел да преодолеят неравнопоставеността в здравните резултати. Това решение бе подкрепено чрез набор от общи показатели, определени въз основа на работата на Евростат по статистическите данни в областта на общественото здраве. Анализът на равнище ЕС на докладите на държавите-членки относно националните стратегии за социална закрила и социално приобщаване спомогна за насърчаване на дебата и даде тласък на действията в държавите-членки. От 2005 г. на равнище ЕС работи експертна група, натоварена с преглед на данните и обмен на информация във връзка с политиките и практиката¹⁴. Чрез здравните програми на ЕС бяха подкрепени редица инициативи, посветени на неравнопоставеността в здравеопазването. По рамковите програми за научни изследвания (понастоящем 7-ма РП) се предоставя съществена подкрепа за научноизследователска дейност в тази област, а по различни програми за действие (в това число програмата за здравеопазване и програмата на ЕС за заетост и социална солидарност „Прогрес“¹⁵) се финансират проучвания, примери за добра практика и иновации в политиките.

Други политики на ЕС могат също да допринесат за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването. Този процес фигурира и сред предизвикателствата пред общественото здраве, определени в стратегията на ЕС за устойчиво развитие¹⁶. В подкрепа на целта за повече равнопоставеност в разпределението на здравното благосъстояние са и общите цели на ЕС за създаване на икономически растеж в условията на социална солидарност (Лисабонската стратегия). Европейското законодателство в областта на трудовото право и на здравословните и безопасните условия на труд допринася за намаляване на злополуките на работното място и на професионалните заболявания. Политиката на ЕС в областта на околната

¹⁰ COM(2008) 689

¹¹ COM(2008) 836

¹² *European Directory of Good Practices to reduce health inequalities* („Европейско ръководство за добри практики за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването“). <http://tinyurl.com/ybrpdy2>

¹³ COM(2005) 706

¹⁴ <http://tinyurl.com/dmycvx>

¹⁵ ОВ L 354, 31.12.2008 г., стр. 70.

¹⁶ Съвет на Европейския съюз. Документ 10117/06. 9 юни 2006 г.

среда и политиките относно пазарите в рамките на Общата селскостопанска политика подкрепят редица инициативи, способстващи за подобряване на здравеопазването. ЕС предоставя финансова помощ чрез политиката на сближаване и Европейския земеделски фонд за развитие на селските райони, която може да бъде използвана за намаляване на различията между регионите чрез инвестиции в такива детерминанти за неравнопоставеност в здравеопазването като условията на живот, услугите в сферата на обучението и заетостта, транспорта, технологиите, инфраструктурата на здравните и социалните грижи. Приносът на съществуващите политики на ЕС е допълнително разгледан в оценката на въздействието, придружаваща настоящото съобщение.

4. ПРЕДПРИЕМАНЕ НА ДЕЙСТВИЯ СПРЯМО НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО: ПОДХОД, ОСНОВАВАЩ СЕ НА СЪТРУДНИЧЕСТВОТО

Необходимостта от допълнителни действия е породена от нарастващия брой доказателства за размера и разпространението на неравнопоставеността в здравеопазването в целия ЕС и поради опасенията за вредните последици за здравеопазването, социалното сближаване и икономическото развитие, до които могат да доведат неефикасните действия за справяне с неравнопоставеността в здравеопазването. Изглежда въздействието от провежданите до този момент действия е ограничено, а вследствие на неотдавнашните икономически трудности съществува риск от задълбочаване на различията. Освен това в условията на застаряване на населението на ЕС по-доброто здравословно състояние на всички групи от населението е от съществено значение за устойчивостта на системите за социална закрила.

Макар и основната отговорност за здравната политика да продължава да бъде на държавите-членки, не всички от тях разполагат с еднакви ресурси, инструменти или експертен опит за справяне с различните причини за неравнопоставеността в здравеопазването. Европейската комисия може да помогне, като направи необходимото целта за елиминиране на факторите, които пораждат или засилват неравнопоставеността в здравеопазването сред населението на ЕС, да бъде включвана в релевантните политики и дейности на ЕС.

В този смисъл ЕС следва най-ефективно да използва наличните механизми и инструменти. Така например той може да играе важна роля, като повишава осведомеността, насърчава и подпомага обмена на информация и знания между засегнатите държави-членки, откроява и разпространява добри практики, а също така и като улеснява изготвянето на политики, съобразени с конкретните трудности, възникващи пред държавите-членки и/или пред конкретни социални групи. Също така ЕС ще наблюдава и оценява напредъка по прилагането на такива политики.

5. ОСНОВНИ ВЪПРОСИ, КОИТО ТРЯБВА ДА БЪДАТ РАЗГЛЕДАНИ

Натрупаният до този момент опит сочи редица съществени предизвикателства, които трябва да се преодолеят, за да се засилят съществуващите мерки за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването.

Равностойно разпределение на услугите в сферата на здравеопазването като част от общото социално-икономическо развитие

В общ план равнището на здравеопазване се свързва с благосъстоянието. По-богатите държави и региони имат по-добро средно ниво на здравеопазване, измерено посредством различни показатели. Тази взаимовръзка обаче не винаги е валидна. Повечето икономически ресурси осигуряват по-голям потенциал за запазване на нивото и за подобряване на услугите в здравеопазването, но само ако се използват по начин, който способства за това. Ясно е, че не всички групи се възползват в еднаква степен от икономическия напредък. Това, което е от съществено значение, е да се създаде модел за общо икономическо и социално развитие, който да води до по-голям икономически растеж, както и до по-голяма солидарност, сближаване и по-добро здраве. В това отношение от изключително важно значение е ролята, която се възлага на структурните фондове на ЕС.

Постигането на целите за икономически растеж и по-голямо социално сближаване е залегнало в Лисабонската програма. Понастоящем показател, чрез който се измерва напредъка по Лисабонската програма по отношение на свързаните със здравеопазването аспекти, е броят на годините живот в добро здраве. Би могло да се обмисли дали редовното наблюдение на показателите за неравнопоставеност в здравеопазването би било полезен инструмент за мониторинг на напредъка по социалното измерение на програмата.

Подобряване на базите данни и знания и на механизмите за измерване, мониторинг, оценка и докладване

Измерването на неравнопоставеността в здравеопазването представлява основополагаща първа стъпка към ефикасни действия. Независимо от факта, че в редица области съществуват солидни данни, за да се предприемат ефикасни действия по отношение на конкретни групи от населението и детерминанти, е необходима по-подробна информация за въздействието и степента на значимост на различните здравни детерминанти.

Необходимо е да се повиши също така знанието за ефикасността на политиките за справяне с неравнопоставеността. Въпреки че редица изследвания бяха посветени на ефикасността на мерките в областта на общественото здравеопазване и на въздействието на другите политики и дейности по отношение на здравеопазването, едва малка част от тези мерки бяха подложени на специфична оценка във връзка на тяхното здравно въздействие, диференцирано по социални групи или области. Оценката на въздействието на политиките извън сектора на общественото здравеопазване е дори още по-ограничена.

Липсата на редовно предоставяни и съпоставими данни на равнище ЕС, както и на изследователски знания се явява пречка за справяне със съществуващото положение, за преосмислянето на приоритетите на политиките, за съпоставяне, за открояване на най-добри практики и за пренасочване на ресурсите към направленията, в които те са най-необходими. Данните на равнище ЕС, които са налични понастоящем и ще бъдат на разположение в бъдеще, по-специално чрез цялостното осъществяване на такива европейски проучвания като проучването на доходите и условията на живот в ЕС (EU-SILC), Европейската система за здравни интервюта и проучването на ЕС относно уврежданията, както и чрез изпълнение на регламентите за прилагане във всички области на статистиката в сферата на общественото здравеопазване, следва да се използват за изготвяне на мерни единици за неравнопоставеността в здравеопазването, като по този начин ще се постигне съпоставимост във времеви план и в рамките на ЕС.

Също така следва да се осигури тяхната съгласуваност с другите международни набори от данни.

Причините за неравнопоставеността в здравеопазването са различни в отделните държави-членки, както и за конкретните групи от населението. В тясно сътрудничество с Комисията държавите-членки следва да си поставят за цел изготвянето на общ набор от показатели за мониторинг на неравнопоставеността в здравеопазването и методология за одит на ситуацията в здравеопазването в държавите-членки, за да могат по този начин да определят и подредят по приоритетно значение областите, работата в които е необходимо да се подобри, както и най-добрите практики. Комисията може да подкрепи дейността на държавите-членки за постигане на тези цели посредством анализ и помощ въз основа на наличната информация. Това би подпомогнало държавите-членки при изготвянето, подреждането по приоритетно значение и прилагането на по-ефективни и ефикасни политики, приспособени към тяхната конкретна ситуация, както и при по-доброто използване на съществуващите инструменти на ЕС в подкрепа на техните дейности.

Изпълнението на такива политики от страна на държавите-членки може да бъде подпомогнато чрез финансиране на пилотни проекти, проекти за двустранни действия (туининг проекти) и програми за партньорски проверки. Партньорските проверки следва да включват контрол по отношение на определените като добри практики съществуващи политики, програми или институционални мерки.

Действия на равнище ЕС:

Оказване на подкрепа за по-нататъшното разработване и събиране на данни и показатели за неравнопоставеност в здравеопазването по възраст, пола и принадлежност, социално-икономически статут и географско разположение.

Разработване на подходи за одит на неравнопоставеността в здравеопазването в рамките на здравната програма и съвместно с желаещите да участват в това държави-членки.

Насочване на научноизследователската дейност на ЕС към попълване на пропуските в знанието в областта на неравнопоставеността в здравеопазването, в това число чрез дейности по темите „Здравеопазване“ и „Социално-икономически и хуманитарни науки“ от 7-та рамкова програма на ЕС за научни изследвания.

Насочване на вниманието към търсене и разпространение на добри практики, които могат да бъдат използвани за преодоляване на неравнопоставеността в здравеопазването от страна на агенциите на ЕС, в това число от Европейската фондация за подобряване на условията на живот и труд, Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията и Европейската агенция за безопасност и здраве при работа.

Поемане на ангажимент от обществото като цяло

Да се намали неравнопоставеността в здравеопазването означава да се повлияе на здравословното състояние на хората в рамките на тяхното ежедневие, на работното им място, в училище, както и през свободното им време в общностите. В много държави регионалните власти, наред с националните, играят съществена роля по отношение на

общественото здраве и здравните услуги и това налага активното участие от тяхна страна. Водещата роля принадлежи на сектора на здравеопазването, както в осигуряването на равностоен достъп до здравни грижи, така и на знания и обучение в подкрепа на здравните работници и на заетите в другите сектори. От изключително важно значение е и приносът от страна на местните власти, по месторабота и от другите заинтересовани лица.

Поради това подобряването на обмена на информация и знания, както и усъвършенстването на координацията на политиките между органите на властта на различните равнища и между отделните сектори (здравни грижи, трудова заетост, социална закрила, околна среда, образование, младеж и регионално развитие) могат да повишат ефикасността на действията и да увеличат обхвата и последователността на тяхното въздействие. Необходимо е също така да бъдат създадени по-ефикасни партньорства със заинтересованите страни, чрез които може да се способства за насърчаване на действията, насочени към различните социални детерминанти, и по този начин да се подобрят здравните резултати.

Това е област, в която държавите-членки могат да черпят опит една от друга, когато изготвят своите собствени стратегии в политиките. ЕС може да даде своя принос, като засили механизмите за координиране на политиките и улесни обмена на информация и добри практики между държавите-членки и заинтересованите страни. Важни инструменти в стратегическата програма за справяне с неравнопоставеността в здравеопазването са такива инициативи като форума за политиката на ЕС за здравеопазване, партньорството за борба с рака, форума „Алкохол и здраве“, както и платформата на ЕС относно хранителния режим, физическата активност и здравето.

Комисията заяви ¹⁷ своето намерение в рамките на социалния ОМК да използва в по-голяма степен партньорските проверки и възможностите за финансиране по програма „Прогрес“, както и да обмисли определянето на цели по отношение на здравословното състояние в подкрепа на ангажираността към общите цели и тяхното постигане.

Комисията също така ще използва интереса, проявен от Комитета на регионите по време на консултациите по настоящото съобщение, и ще работи за акцентирание върху неравнопоставеността в здравеопазването в споразуменията за регионално сътрудничество по здравни въпроси.

Действия на равнище ЕС:

Разработване на начини за активно включване на съответните заинтересовани лица на европейско равнище в дейността по насърчаване възприемането и разпространението на добри практики.

Включване на неравнопоставеността в здравеопазването като област от приоритетно значение в договаряните споразумения за сътрудничество в областта на здравеопазването между европейските региони и Комисията.

¹⁷ COM(2008) 418

Разработване на дейности и инструменти за професионално обучение, насочено към справяне с неравнопоставеността в здравеопазването, чрез използване на здравната програма, Европейския социален фонд (ЕСФ) и други механизми.

Насърчаване на процеса на размисъл по разработването на цели в рамките на комитета „Социална закрила“ чрез документи за обсъждане.

Посрещане на нуждите на уязвимите групи

Ефикасното справяне с неравнопоставеността в здравеопазването изисква политики, които включват както действия, насочени към здравния градиент в обществото като цяло, така и специфични действия, насочени към уязвимите групи. Необходимо е да бъде отделено специално внимание на потребностите на хората, живеещи в бедност, на мигрантите и на етническите малцинствени групи в неравностойно положение, на хората с увреждания, на живеещите в бедност хора в напреднала възраст или деца. При някои групи въпросът за неравнопоставеността в здравеопазването, изразяващ се например в ограничен достъп до подходящи здравни грижи, може да бъде определен като въпрос, засягащ техните основни права.

В Хартата на основните права на Европейския съюз се посочва правото на социална помощ и на помощ за жилище, предназначени да осигурят достойно съществуване на всички лица, които не разполагат с достатъчно средства, правото на достъп до здравна профилактика и на ползване на медицински грижи, а също така и право на условия на труд, които опазват здравето. В конвенцията на ООН за правата на детето се посочват редица важни права, свързани с основни потребности на децата, и които на свой ред оказват влияние върху тяхното здраве, а в конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания се посочва правото на хората с увреждания на достъп до здравни услуги. Неравнопоставеността в здравеопазването е посочено като една от четирите области от приоритетно значение в подетата през 2009 г. инициатива на Комисията за младежко здраве.

Демографските промени и застаряването на нашите общества ще доведат до появата нови предизвикателства в областта на здравеопазването.

Съветът посочи необходимостта от допълнителни действия, насочени към здравните потребности на мигрантите, ромите¹⁸ и младите хора с по-малко възможности¹⁹. Комисията дава начало на пилотен проект за приобщаване на ромите, част от който са въпросите за здравеопазването и всеобхватните мерки в областта на образованието, социално-икономическата сфера и трансграничното сътрудничество.

Следва да се разработи концепция за по-засилено използване на политиката на сближаване и свързаните с нея структурни фондове, за да се насърчат мерките в подкрепа на здравеопазването на такива уязвими групи, като ромите.

Действия на равнище ЕС:

Предприемане — в сътрудничество с държавите-членки — на инициативи за повишаване на осведомеността и насърчаване на действията по подобряване на

¹⁸ Заключение на Съвета относно приобщаването на ромите. <http://tinyurl.com/kne9s5>

¹⁹ Резолюция на Съвета от 20 ноември 2008 г. относно здравето и благосъстоянието на младежите.

достъпността и целесъобразността на здравните услуги, здравната просвета и превантивните грижи, насочени към мигрантите, етническите малцинства и другите уязвими групи, чрез определяне и обмен на добри практики, подкрепяни по здравната програма и други програми.

Осигуряване на цялостно отразяване на въпросите, свързани с намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването, в бъдещите инициативи относно остаряването в добро здраве.

Изготвяне на доклад за използването на инструментите и политиките на Комисията за приобщаване на ромите, в който да има раздел за неравнопоставеността в здравеопазването, и който ще бъде подготвен за срещата на върха през 2010 г., посветена на ромите.

Проучване на начина, по който Агенцията за основните права би могла, в рамките на своя мандат, да събира информация за мащаба, в който уязвимите групи са засегнати от неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС, по-специално що се отнася до достъпа до подходящи здравни грижи, социална помощ и помощ за жилищно настаняване.

Провеждане на дейности във връзка с неравнопоставеността в здравеопазването като част от действията в рамките на инициативата за обявяване на 2010 г. за Европейска година на борба с бедността и социалното изключване.

Подобряване на приноса на политиките на ЕС

Както бе посочено в раздел 3, редица политики на ЕС могат да допринесат пряко или косвено за справяне с неравнопоставеността в здравеопазването, а също така могат да бъдат използвани редица съществуващи инструменти на общностно равнище. Има още какво да се направи за повишаване на приноса на политиките на ЕС чрез по-добро осъзнаване на тяхното влияние върху здравеопазването и чрез засилване на тяхното интегриране. Това би довело до по-добро определяне на приоритетите и до по-ефективно използване на съществуващите инструменти.

Макар принципът за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването да е обект на всеобщо съгласие, значителни са различията в степента на информираност по проблема и в мащаба на предприетите действия. В политиките на повече от половината от държавите-членки на ЕС не се отдава приоритетно значение на намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването, а също така се наблюдава липсата на цялостни междусекторни стратегии²⁰. Освен това по отношение на прилаганите политики не се извършва оценка и популяризиране, поради което няма пълна яснота за тяхната ефикасност. ЕС може да допринесе за подобряване на координацията на политиките и насърчаване обмена на най-добрите практики.

Чрез различните свои политики Комисията следва да продължи да оказва подкрепа на държавите-членки за създаване на по-равнопоставен достъп до висококачествени здравни грижи и до системите за превенция и здравна просвета. ЕС може да способства за насърчаване на по-добрата координация между здравните системи, както е предвидено в предложението за директива за прилагането на правата на пациентите при

²⁰ SEC(2006) 410

трансгранично здравно обслужване. По този начин би могло също така да се допринесе за по-доброто осъзнаване на предизвикателствата, пред които се изправят здравните системи в Европа по отношение на капацитета на работната ръка в областта на здравеопазването, както и за намиране на решения на този проблем, а също така и за преценяване кои са най-ефективните начини за използване на новите технологии в здравния сектор.

Политиката на сближаване на ЕС е изключително важна за постигане на лисабонските цели за икономическо и социално сближаване и би могла да представлява мощен инструмент за преодоляване на неравнопоставеността в здравеопазването. Използването на фондовете за дейности, свързани със здравеопазването, е залегнало в действащите в момента стратегически общностни насоки. За периода 2007—2013 г. на държавите-членки се предоставят около 5 милиарда евро (1,5 % от всички налични средства) от фондовете за инвестиции в инфраструктурата на здравеопазването. За да се използват в по-голяма степен възможностите за финансиране в рамките на политиката на сближаване за преодоляване на неравнопоставеността в здравеопазването, би било необходимо да се повиши осведомеността за възможностите за използване на фондовете в тази област, да се засили координацията между политиките на равнище национални звена, както и да се подобри техническият капацитет за разработване на инвестиционни проекти в тази област. Следва да се направи усилие по посока отделяне на по-голямо внимание на здравеопазването по време на следващия програмен период и постигане на по-добро съгласуване между стратегическите документи по политиката на сближаване на ЕС и дейностите от приоритетно значение, посочени от социалния ОМК.

Прилагането на национално равнище на общностното законодателство в областта на здравословните и безопасните условия на труд, както и стратегията на Общността относно здравословните и безопасните условия на труд за периода 2007—2012 г. предоставят възможност за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС чрез осигуряване на закрила на здравето на работещите и чрез намаляване на отрицателното въздействие на някои от здравните детерминанти. По-голямо внимание следва да се отделя на неравнопоставеността в здравеопазването в контекста на насърчаването на равнопоставеността между мъжете и жените.

Понастоящем малка част от действията в рамките на политиките на ЕС се оценяват след началото на тяхното прилагане от гледна точка на влиянието им върху неравнопоставеността в здравеопазването. Необходимо е, въз основа на направеното до този момент, допълнително да се разработят механизми за последващо оценяване на влиянието на съществуващите политики по отношение на здравето на различните групи от населението, за може да се набавя информация за целите на по-нататъшното изготвяне на политиките. Тези механизми не могат да бъдат еднотипни и следва да се основават на разработените в държавите-членки добри практики. Освен това ЕС може да използва такива съществуващи доклади, като доклада относно сближаването, доклада относно заетостта и доклада относно Лисабонската стратегия, за да анализира обвързаността между тези политики и резултатите в областта на здравеопазването, постигнати в регионите на ЕС и по отношение на различните групи от населението.

ЕС също така се ангажира да подкрепя другите държави в областта на здравеопазването и свързаните с него области. Комисията на СЗО по социалните детерминанти на

здравето²¹ неотдавна описа сериозните здравни различия между държавите и социалните групи по света и призова към предприемане на координирани действия на всички равнища, които да бъдат насочени към тяхното преодоляване. Много са начините, по които ЕС може да окаже въздействие върху здравеопазването в трети държави чрез различните свои действия, в това число чрез действията в областта на търговията, помощта за развитие, съвместната работа с международните организации и обмена на знания. Опитът на ЕС в справянето с неравнопоставеността в здравеопазването също може да представлява интерес извън рамките на ЕС. Поради тази причина следва да се проучи възможността от съчетаване — с цел взаимно засилване на въздействието — на помощта за развитие, предоставяна от Комисията, и на работата в рамките на ЕС по неравнопоставеността в здравеопазването. При работата си в тази област ЕС следва също така да си сътрудничи с компетентните международни организации.

Действия на равнище ЕС:

Оказване на допълнителна подкрепа за съществуващите механизми за координация на политиките и обмен на добри практики между държавите-членки относно неравнопоставеността в здравеопазването, като например експертната група на ЕС по социалните детерминанти на здравето и неравнопоставеността в здравеопазването²², която е в контакт както с комитета „Социална закрила“, така и с работната група на Съвета „Обществено здравеопазване“.

Преразглеждане на възможностите за подпомагане на държавите-членки във връзка с по-пълноценното използване от тяхна страна на политиката на сближаване на ЕС и на структурните фондове в подкрепа на дейности, насочени към факторите, обуславящи неравнопоставеността в здравеопазването.

Насърчаване на държавите-членки за по-пълно използване на съществуващите възможности в рамките на политиката за развитие на селските райони и на пазарната политика на Общата селскостопанска политика (ОСП) (осигуряване на мляко и плодове в училищата, на храна за хората в най-необлагодетелствано положение), с цел оказване на подкрепа на силно нуждаещите се уязвими групи и селски райони.

Провеждане на диалози с държавите-членки и заинтересованите страни относно равнопоставеността и други важни основни ценности в здравеопазването в съответствие със здравната стратегия на ЕС.

Предоставяне на финансиране по програма „Прогрес“, в това число за партньорски проверки и покани за представяне на предложения през 2010 г., за да се подпомогнат държавите-членки в разработването на подходящи стратегии.

Организиране на форум, посветен на здравеопазването и структурните реформи, с цел обсъждане на подходящи мерки за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването.

²¹ *Commission on Social Determinants of Health Final Report* („Окончателен доклад на Комисията по социалните детерминанти на здравето“), СЗО, 2008 г.

²² Нейният настоящ мандат може да бъде намерен на адрес <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:14:02:32006D0702:BG:PDF>

Приемане на инициатива на Комисията относно ролята на ЕС в здравеопазването в световен мащаб.

6. СЛЕДВАЩИ СЪПКИ

Справянето с неравнопоставеността в здравеопазването е дългосрочен процес. С описаните в настоящото съобщение действия се цели да се очертае рамката за дейност в тази област в дългосрочен план. Въз основа на настоящото съобщение и на резултатите от предстоящите обсъждания в Съвета Комисията възнамерява да работи активно през следващия период в сътрудничество с държавите-членки и заинтересованите страни. През 2012 г. ще бъде изготвен първият доклад за напредъка по тези въпроси.