

DA

DA

DA



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 20.10.2009
KOM(2009) 567 endelig

**MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN TIL EUROPA-PARLAMENTET, RÅDET,
DET EUROPÆISKE ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALG OG
REGIONSUDVALGET**

**SOLIDARITET PÅ SUNDHEDSOMRÅDET:
BEGRÆNSNING AF ULIGHEDER PÅ SUNDHEDSOMRÅDET I EU**

{SEK(2009) 1396}

{SEK(2009) 1397}

**MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN TIL EUROPA-PARLAMENTET, RÅDET,
DET EUROPÆISKE ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALG OG
REGIONSUDVALGET**

**SOLIDARITET PÅ SUNDHEDSOMRÅDET:
BEGRÆNSNING AF ULIGHEDER PÅ SUNDHEDSOMRÅDET I EU**

(EØS-RELEVANT TEKST)

1. LIGE MULIGHEDER OG SOLIDARITET PÅ SUNDHEDSOMRÅDET

Som gennemsnitsbetragtning lever EU-borgerne længere og har et sundere liv end tidligere generationer. EU står dog over for en stor udfordring: de store forskelle på sundhedsområdet mellem og inden for EU's medlemsstater. Der er desuden tegn på, at disse forskelle bliver større. Større arbejdsløshed og usikkerhed som følge af den nuværende økonomiske krise bidrager til at forværre denne situation. Med denne meddelelse indledes den debat, som er en forudsætning for at definere eventuelle ledsageforanstaltninger på EU-plan, der skal støtte medlemsstaternes og andre aktørers indsats på dette område.

EU-institutionerne og mange berørte parter har i forbindelse med høringen om denne meddelelse givet udtryk for bekymring over omfanget og virkningerne af uligheder på sundhedsområdet – både mellem og inden for medlemsstaterne. På sit møde i juni 2008 understregede Det Europæiske Råd betydningen af at begrænse forskellene på sundhedsområdet og i forventet levealder mellem og inden for medlemsstaterne¹. Det fremgår af EU's sundhedsstrategi fra 2007², at Kommissionen har til hensigt at gøre en yderligere indsats for at begrænse uligheder på sundhedsområdet. Dette blev nævnt igen i Kommissionens meddelelse om den nye sociale dagsorden³ fra 2008, hvori de sociale målsætninger, som EU vil nå gennem lige muligheder, adgang og solidaritet, gentages, og hvori det bekendtgøres, at Kommissionen vil udarbejde en meddelelse om uligheder på sundhedsområdet.

Kommissionen betragter omfanget af forskellene på sundhedsområdet mellem borgere, der bor i forskellige dele af EU, og mellem henholdsvis socialt godt stillede og socialt dårligt stillede EU-borgere som en udfordring på grund af EU's engagement i solidaritet, social og økonomisk samhørighed, menneskerettigheder og lige muligheder. Kommissionen er derfor fast besluttet på at støtte og supplere medlemsstaternes og andre berørte parter indsats for at tage disse udfordringer op.

2. ULIGHEDER PÅ SUNDHEDSOMRÅDET I EU

Mens den gennemsnitlige sundhedstilstand i EU løbende er blevet forbedret over de sidste årtier, er der stadig betydelige forskelle, som i visse tilfælde er blevet forøget, mellem befolkningerne i forskellige dele af EU og mellem de bedst stillede og de dårligst stillede dele af befolkningen. Hvad angår dødeligheden blandt børn er tallet i den dårligst placerede medlemsstat fem gange højere end i den bedst placerede medlemsstat, og der kan også

¹ <http://tinyurl.com/n2xl6b>.

² KOM(2007) 630.

³ KOM(2008) 412.

konstateres en forskel i den forventede levealder på 14 år for mænd og på otte år for kvinder. Der kan også konstateres store forskelle på sundhedsområdet mellem forskellige regioner, land- og byområder og forskellige kvarterer.

I hele EU er den sociale status af betydning for sundhedstilstanden, og der er tendens til, at personer med mindre uddannelse, i lavere erhvervskategorier og med lav indkomst dør tidligere, og at der blandt disse personer er en højere forekomst af de fleste sygdomstyper⁴. Arbejdstagere, som udfører manuelt arbejde eller rutineprægede og ensformige arbejdsopgaver, har et dårligere helbred end personer, som ikke udfører manuelt arbejde og ensformige arbejdsopgaver. Forskellen i forventet levealder ved fødslen mellem de laveste og højeste socioøkonomiske grupper er på 10 år for mænd og seks år for kvinder. Der er også betydelige forskelle mellem kvinder og mænd, idet kvinderne generelt set lever længere, men også oplever længere perioder med dårligt helbred end mændene.

Den gennemsnitlige sundhedstilstand blandt sårbare og socialt udstødte grupper som f.eks. indvandrere, etniske minoriteter, handicappede eller hjemløse er særligt dårlig⁵. For eksempel er romaernes forventede levealder 10 år kortere end den almindelige befolknings forventede levealder⁶. Årsagerne til sådanne gruppers dårlige helbred omfatter sandsynligvis dårlige boligforhold, dårlig ernæring, uheldig sundhedsrelateret adfærd samt forskelsbehandling, stigmatisering og hindringer for adgang til sundhedsydelser og andre ydelser⁷.

Forskelle på sundhedsområdet skyldes forskelle mellem befolkningsgrupperne med hensyn til en lang række faktorer af betydning for sundheden. De omfatter: levevilkår, sundhedsrelateret adfærd, uddannelse, erhverv og indtægt, sundhedspleje, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme samt offentlige politikker af betydning for mængden, kvaliteten og fordelingen af disse faktorer. Uligheder på sundhedsområdet begynder ved fødslen og varer ved ind i alderdommen. De uligheder, som opleves tidligt i livet, med hensyn til adgang til uddannelse, beskæftigelse og sundhedspleje og de uligheder, der skyldes køn og race, kan have kritiske følger for en persons sundhedstilstand gennem hele livet. Hvis en person er ramt af fattigdom og på anden måde er sårbar – børn, ældre, handicappede og minoriteter – øges sundhedsfarene yderligere.

Forskellene på sundhedsområdet hænger sammen med en række socioøkonomiske faktorer⁸. De økonomiske vilkår kan påvirke mange af de aspekter af levevilkårene, som er af betydning for sundheden. I visse områder i EU findes der stadig ikke grundlæggende bekvemmeligheder som en tilstrækkelig vandforsyning og tilstrækkelige sanitære installationer. Kulturelle faktorer, som påvirker livsstilen og sundhedsadfærden, medfører også markante forskelle mellem regionerne og befolkningsgrupperne. Mange regioner, navnlig i de nye medlemsstater, har store problemer med at tilbyde deres befolkning de sundhedsydelser, som de har så stort behov for. Hindringerne for adgang til sundhedspleje kan omfatte manglende forsikring, en høj pris for sundhedspleje, manglende viden om sundhedsvæsenet, sproglige vanskeligheder og kulturelle hindringer. Visse undersøgelser tyder på, at ved samme lidelse er

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

⁵ SEK(2006) 410.

⁶ SEK(2008) 2172.

⁷ Breaking the barriers: Romani women and access to public health care. Det Europæiske Overvågningscenter for Racisme og Fremmedhad (2003).

⁸ Monitoring progress towards the objectives of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion, 2008.

dårligere stillede socialgrupper mere utilbøjelige til at bruge sundhedsvæsnen end bedre stillede grupper.

Da uligheder på sundhedsområdet ikke blot er et spørgsmål om held eller uheld, men er stærkt påvirkede af den enkeltes, regeringens, andre berørte parters og lokalsamfundenes valg, er de ikke uundgåelige. Indsatsen for at begrænse uligheder på sundhedsområdet skal rettes mod de faktorer, der har forskellige virkninger for folkesundheden, som kan undgås og behandles ved hjælp af offentlige politikker.

3. NUVÆRENDE LEDSAĞEPOLITIKKER PÅ EU-PLAN

I 2006 vedtog Rådet konklusioner om fælles værdier og principper i EU's sundhedssystemer, og det overordnede mål om at begrænse uligheder på sundhedsområdet blev understreget⁹. Forbedring af adgangen til sundhedspleje, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremmeordninger kunne utvivlsomt afbøde en række virkninger af ulighederne på sundhedsområdet som påpeget i EU's sundhedsstrategi. Bidraget til begrænsning af uligheder på sundhedsområdet bør sikres gennem gennemførelse af initiativer som f.eks. Rådets henstilling om kræftscreening, meddelelsen om telemedicin¹⁰, meddelelsen om patientsikkerhed¹¹ eller direktivforslaget om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse.

Begrænsning af uligheder på sundhedsområdet er en central aktion i EU's sundhedsstrategi (2008-2013), som udpeger lighed på sundhedsområdet som en grundlæggende værdi og har ført til fokus på begrænsning af uligheder på sundhedsområdet, for så vidt angår psykisk sundhed, tobaksrelaterede sygdomme, unge, cancer og HIV/AIDS. Inden for rammerne af EU's folkesundhedsprogram er der blevet givet støtte til udpegelse og udvikling af aktiviteter, der skal begrænse uligheder på sundhedsområdet, herunder en europæisk oversigt over god praksis¹². De første initiativer til forbedring af dataindsamlingen og medlemsstaternes og de centrale berørte parters netværkssamarbejde er blevet taget.

Gennem den åbne koordinationsmetode for social sikring og social integration¹³ er EU's medlemsstater blevet enige om en målsætning om at behandle uligheder med hensyn til resultater på sundhedsområdet. Dette suppleres med et sæt fælles indikatorer, der er baseret på resultaterne af Eurostats arbejde vedrørende folkesundhedsstatistikker. Analysen på EU-plan af medlemsstaternes nationale strategirapporter om social beskyttelse og social inddragelse har bidraget til at tilskynde til debat og tiltag i medlemsstaterne. På EU-plan har en ekspertgruppe siden 2005 arbejdet på at gennemgå dokumentationen og udveksle oplysninger om politikker og praksis¹⁴. En række initiativer vedrørende uligheder på sundhedsområdet er blevet støttet under EU's sundhedsprogrammer. Inden for rammeprogrammerne for forskning (i øjeblikket det syvende rammeprogram) gives der omfattende støtte til forskning inden for dette område, og undersøgelser, eksempler på god praksis og nyskabende politiske tiltag

⁹ EUT C 146 af 22.6.2006, s. 1.

¹⁰ KOM(2008) 689.

¹¹ KOM(2008) 836.

¹² European Directory of Good Practices to reduce health inequalities (<http://tinyurl.com/ybrpdy2>).

¹³ KOM(2005) 706.

¹⁴ <http://tinyurl.com/dmycvx>.

finansieres under en lang række forskellige handlingsprogrammer, herunder sundhedsprogrammet og EU's program for beskæftigelse og social solidaritet, Progress¹⁵.

Andre EU-politikker kan også bidrage til at begrænse ulighederne på sundhedsområdet. Begrænsning af uligheder på sundhedsområdet er også en målsætning, for så vidt angår de folkesundhedsmæssige udfordringer, der er blevet udpeget i EU's strategi for bæredygtig udvikling¹⁶. Målet vedrørende færre uligheder på sundhedsområdet underbygges af EU's overordnede målsætninger om at skabe økonomisk vækst med social solidaritet, Lissabonstrategien. EU's lovgivning om arbejdsret og sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen bidrager til at nedbringe antallet af uheld på arbejdspladsen og tilfældene af erhvervs sygdomme. Inden for rammerne af EU's miljøpolitik og markedspolitikker under den fælles landbrugspolitik støttes en række initiativer, som kan bidrage til at forbedre sundheden. EU giver via samhørighedspolitikken og Den Europæiske Landbrugsfond for Udvikling af Landdistrikterne økonomisk støtte, som kan anvendes til begrænsning af ulighederne mellem regionerne gennem investeringer i determinanter for uligheder på sundhedsområdet som f.eks. levevilkår, erhvervsuddannelse og arbejdsformidlinger, transport, teknologier samt infrastruktur for sundhedsydelser og sociale ydelser. Der redegøres for yderligere overvejelser vedrørende nuværende EU-politikkers bidrag i den konsekvensanalyse, der ledsager denne meddelelse.

4. BEGRÆNSNING AF ULIGHEDERNE PÅ SUNDHEDSOMRÅDET: SAMARBEJDE

Behovet for yderligere tiltag opstår, fordi der foreligger mere og mere dokumentation for størrelsen og udbredelsen af uligheder på sundhedsområdet i hele EU, og der er bekymring over de negative konsekvenser for sundheden, den sociale samhørighed og den økonomiske udvikling, hvis der ikke sættes effektivt ind over for uligheder på sundhedsområdet. De tiltag, der gennemføres på nuværende tidspunkt, synes kun at have begrænsede virkninger, og der er risiko for, at forskellene kan blive større som følge af den seneste tids økonomiske vanskeligheder. Et bedre sundhedsniveau i alle befolkningsgrupper er desuden af afgørende betydning, hvis der på baggrund af befolkningens aldring i EU skal bidrages til de sociale sikringsordningers bæredygtighed.

Medlemsstaterne bærer hovedansvaret for sundhedspolitikken, men de har ikke alle samme ressourcer, redskaber eller ekspertviden til rådighed til at løse de problemer, der ligger til grund for uligheder på sundhedsområdet. Europa-Kommissionen kan bidrage ved at sikre, at det i forbindelse med relevante EU-politikker og –aktioner er en målsætning at behandle de faktorer, som skaber eller bidrager til at skabe uligheder på sundhedsområdet på tværs af befolkningen i EU.

EU bør til dette formål anvende de mekanismer og redskaber, der er til rådighed, så effektivt som muligt. EU kan f.eks. spille en betydningsfuld rolle ved at øge kendskabet til emnet, at fremme og bistå udvekslingen af oplysninger og viden mellem de berørte medlemsstater, at udpege og udbrede kendskabet til god praksis og at muliggøre udformning af politikker, der er skræddersyet til at løse de specifikke problemer i medlemsstaterne og/eller særlige socialgrupper. EU skal også overvåge og evaluere udviklingen med hensyn til anvendelsen af sådanne politikker.

¹⁵ EUT L 354 af 31.12.2008, s. 70.

¹⁶ Rådet for Den Europæiske Union. Dok. 10117/06. 9. juni 2006.

5. CENTRALE PROBLEMER

De hidtidige erfaringer tyder på, at der er en række vigtige udfordringer, som skal tages op, hvis den nuværende indsats for at begrænse uligheder på sundhedsområdet skal styrkes.

Færre uligheder på sundhedsområdet som en del af den overordnede sociale og økonomiske udvikling

Groft sagt er der lighed mellem helbred og velstand. Som gennemsnitsbetragtning er sundhedstilstanden – målt ved hjælp af en række forskellige indikatorer – bedre i rige lande og regioner. Dette er dog ikke sandt i alle tilfælde. Flere økonomiske ressourcer giver bedre muligheder for at bevare og forbedre sundheden, men dog kun hvis ressourcerne anvendes formålstjenligt. Det står klart, at alle grupper ikke i samme omfang har nydt godt af den økonomiske fremgang. Det er vigtigt at skabe et mønster med generel økonomisk og social udvikling, som giver økonomisk vækst, større solidaritet og samhørighed samt en bedre sundhedstilstand. EU's strukturfonde spiller en afgørende rolle i den forbindelse.

Målet med Lissabondagsordenen er at opnå økonomisk vækst og større social samhørighed. Sunde leveår er den indikator, der på nuværende tidspunkt anvendes til overvågning af udviklingen, for så vidt angår Lissabondagsordenens sundhedsdimension. Det kunne overvejes, om det ville være nyttigt at indføre grundig overvågning af indikatorerne for uligheder på sundhedsområdet med henblik på overvågning af den sociale dimension.

Forbedring af data- og vidensbasen samt mekanismerne for måling, overvågning af evalueringen og afrapportering

Måling af ulighederne på sundhedsområdet er en vigtig forudsætning for effektive tiltag. Selv om der findes solid dokumentation på en række områder, er der behov for mere detaljerede oplysninger om virkningerne og betydningen af en række forskellige sundhedsdeterminanter, hvis der skal gøres en effektiv indsats over for bestemte befolkningsgrupper eller determinanter.

Kendskabet til politikernes effektivitet med hensyn til at begrænse ulighederne skal også forbedres. På trods af en omfattende forskning i effektiviteten af tiltag på folkesundhedsområdet og virkningerne af andre politikker og tiltag på sundhedsområdet er kun et begrænset antal af disse specifikt blevet undersøgt for forskelle med hensyn til deres sundhedsvirkninger for forskellige socialgrupper eller områder. Der foreligger endnu færre undersøgelser af virkningerne af de politikker, der ikke falder ind under folkesundhedsområdet.

Manglende adgang til sammenlignelige EU-data og forskningsresultater udgør en hindring for vurdering af den nuværende situation, omlægning af de politiske prioriteringer, sammenligninger, fastlæggelse af bedste praksis og omfordeling af ressourcer til de områder, hvor behovet er størst. De data, der findes og vil blive tilgængelige på EU-plan, navnlig gennem komplet gennemførelse af EU-undersøgelser som f.eks. EU's indkomst- og levevilkårsundersøgelse (EU Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC)), interviewundersøgelsen af sundhedsstatus og EU-undersøgelsen af handicap samt gennemførelsesforordninger vedrørende alle områder inden for folkesundhedsstatistikker, bør anvendes til at fastlægge mål for uligheder på sundhedsområdet, som vil muliggøre sammenligninger over tid og på tværs af EU. Sammenhæng med andre internationale datasæt bør også sikres.

Der er forskellige årsager til uligheder på sundhedsområdet mellem medlemsstaterne og mellem specifikke befolkningsgrupper. Medlemsstaterne bør i tæt samarbejde med Kommissionen sigte mod at fastlægge et sæt fælles indikatorer til overvågning af ulighederne på sundhedsområdet og en metode til vurdering af sundhedssituationen i medlemsstaterne for at udpege og prioritere områder, hvor der skal ske forbedringer, og bedste praksis. Kommissionen kunne hjælpe medlemsstaterne med at nå deres mål gennem analyser og støtte på grundlag af de oplysninger, der er til rådighed. Dette kunne vise sig at være et nyttigt redskab for medlemsstaterne, når de skal udforme, prioritere og gennemføre mere effektive politikker, der er tilpasset deres specifikke situation, samt udnytte eksisterende EU-redskaber bedre til støtte for deres aktioner.

Støtte til pilot- og twinningprojekter og peer review-programmer kunne hjælpe medlemsstaterne med at gennemføre sådanne politikker. Peer reviews bør omfatte en nøje undersøgelse af eksisterende politikker, programmer eller institutionelle aftaler, der er blevet udpeget som god praksis.

Tiltag på EU-plan:

Støtte til videreudvikling og indsamling af data og indikatorer for uligheder på sundhedsområdet opdelt efter alder, køn, socioøkonomisk status og geografisk område.

Udvikling af tilgange til vurdering af uligheder på sundhedsområdet inden for rammerne af sundhedsprogrammet i samarbejde med de medlemsstater, som ønsker at deltage.

Forskningen i EU skal have til formål at lukke hullerne med hensyn til viden om uligheder på sundhedsområdet – herunder aktiviteter under emnet sundhed og socioøkonomisk, samfundsvidenskabelig og humanistisk forskning i det syvende EU-rammeprogram for forskning.

Fremme af forskning og spredning af god praksis, som er af relevans for den indsats for at begrænse ulighederne på sundhedsområdet, som ydes af EU's agenter, herunder: Det Europæiske Institut til Forbedring af Livs- og Arbejdsvilkårene, Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme og Det Europæiske Arbejdsmiljøagentur.

Engagement i hele samfundet

Begrænsning af ulighederne på sundhedsområdet indebærer, at befolkningens sundhed skal forbedres i hverdagen, på arbejdet, i skolen, og i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalsamfundene. Ud over de nationale regeringer har de regionale myndigheder i mange lande stor indflydelse på folkesundheden og sundhedsvæsenet, og de skal derfor inddrages aktivt. Sundhedssektoren kan spille en afgørende rolle både med hensyn til at sikre ligelig adgang til sundhedsydelser og at støtte vidensudveksling og uddannelse for ansatte i sundhedsvæsenet og andre sektorer. Lokalregeringer, arbejdspladser og andre berørte parter kan også yde et afgørende bidrag.

Forbedring af udvekslingen af oplysninger og viden samt koordinering af politikkerne mellem forskellige regeringsniveauer og på tværs af en række forskellige sektorer (sundhedspleje, beskæftigelse, social sikring, miljø, uddannelse, unge og regionalpolitik) kan skabe mere effektive tiltag og give større, ensartede virkninger. Der er også behov for at skabe mere effektive partnerskaber med berørte parter, som kan bidrage til at fremme foranstaltninger vedrørende forskellige sociale determinanter og således forbedre resultaterne på sundhedsområdet.

Dette er et område, hvor medlemsstaterne kan lære af hinanden, når de udformer deres egne politiske strategier. EU kan hjælpe ved at styrke mekanismerne for politisk koordinering og fremme udveksling af oplysninger og god praksis mellem medlemsstaterne og berørte parter. Initiativer som f.eks. "EU Health Policy Forum", det europæiske partnerskab om en indsats mod kræft, forummet for alkohol eller den europæiske handlingsplatform for kost, fysisk aktivitet og sundhed er vigtige redskaber, når spørgsmål vedrørende uligheder på sundhedsområdet på den politiske dagsorden skal behandles.

Kommissionen har anført¹⁷, at den inden for rammerne af den åbne koordinationsmetode for social sikring og social integration agter at gøre mere brug af peer reviews og Progress-støtte og at overveje mål for sundhedstilstanden for at opretholde engagementet og opfyldelsen af fælles mål.

Kommissionen vil også følge op på den interesse, som Regionsudvalget viste i forbindelse med høringen om denne meddelelse, og vil sigte mod, at der sættes fokus på uligheder på sundhedsområdet i regionale samarbejdsaftaler vedrørende sundhed.

Tiltag på EU-plan:

Udvikling af metoder til inddragelse af relevante berørte parter på europæisk plan med henblik på fremme af anvendelse og udbredelse af god praksis.

Inddragelse af uligheder på sundhedsområdet som et af de prioriterede områder i de gældende samarbejdsaftaler om sundhed mellem de europæiske regioner og Kommissionen.

Udvikling af aktioner og redskaber inden for erhvervsuddannelse for at begrænse uligheder på sundhedsområdet ved hjælp af sundhedsprogrammet, ESF og andre mekanismer.

Fremme af overvejelser om måludvikling i Udvalget for Social Beskyttelse ved hjælp af diskussionsoplæg.

Sårbare gruppers behov

Effektiv begrænsning af ulighederne på sundhedsområdet forudsætter politikker, som både omfatter tiltag vedrørende betydningen af den sociale status for sundheden i hele samfundet og tiltag, som er specifikt rettet mod sårbare grupper. Der skal navnlig fokuseres på fattiges, dårligt stillede indvandreres, etniske minoriteters, handicappedes, ældres og fattige børns behov. For visse grupper vedrører spørgsmålet om uligheder på sundhedsområdet, herunder begrænset adgang til tilstrækkelig sundhedspleje, også deres grundlæggende rettigheder.

Det europæiske charter om grundlæggende rettigheder fastsætter bestemmelser om retten til: social bistand og boligstøtte, der skal sikre en værdig tilværelse for alle, der ikke har tilstrækkelige midler, adgang til forebyggende sundhedsydelse og til at modtage lægehjælp samt arbejdsbetingelser, der sikrer arbejdstagerens sundhed. I FN's charter om børns rettigheder fastsættes bestemmelser om en række centrale rettigheder vedrørende børns grundlæggende behov, som har betydning for deres sundhed, mens FN's konvention om handicappedes rettigheder fastsætter bestemmelser om handicappedes ret til sundhedsydelse. Uligheder på sundhedsområdet indgår som et af fire prioriterede områder i Kommissionens initiativ for unges sundhed, som blev iværksat i 2009.

¹⁷ KOM(2008) 418.

Demografiske ændringer og aldringen af vores befolkning vil skabe nye udfordringer på sundhedsområdet.

Rådet har peget på, at der er behov for yderligere foranstaltninger vedrørende indvandreres, romabefolkningens¹⁸ og dårligt stillede unges¹⁹ sundhedsmæssige behov. Kommissionen har for nylig påbegyndt et pilotprojekt om inddragelse af romabefolkningen, som omfatter sundhedsspørgsmål og integrerede tiltag på uddannelsesområdet, det sociale og det økonomiske område samt grænseoverskridende samarbejde.

Samhørighedspolitikken og de relaterede strukturfonde bør i højere grad anvendes til fremme af interventioner til fordel for sårbare grupper, f.eks. romaernes, sundhed.

Tiltag på EU-plan:

Iværksættelse af initiativer i samarbejde med medlemsstaterne, som skal øge kendskabet til og fremme foranstaltninger til forbedring af adgangen til sundhedsydelse og disses hensigtsmæssighed, sundhedsfremme og forebyggende sundhedsydelse for indvandrere og etniske minoriteter og andre sårbare grupper.

Sikring af, at der i fuldt omfang tages hensyn til begrænsning af uligheder på sundhedsområdet i forbindelse med fremtidige initiativer vedrørende en sund alderdom.

En rapport om brugen af Fællesskabets redskaber og politikker til inddragelse af romabefolkningen med et afsnit om uligheder på sundhedsområdet vil blive udarbejdet til topmødet om romabefolkningen i 2010.

Undersøgelse af, hvordan agenturet for grundlæggende rettigheder inden for rammerne af sit mandat kan indsamle oplysninger om, hvorvidt sårbare grupper eventuelt lider under uligheder på sundhedsområdet i EU, navnlig for så vidt angår adgang til nødvendig sundhedspleje, social bistand og boligstøtte.

Aktiviteter vedrørende uligheder på sundhedsområdet som en del af det europæiske år for bekæmpelse af fattigdom og social udstødelse (2010).

Udvikling af EU-politikkernes bidrag

Som nævnt i afsnit 3 kan en række EU-politikker bidrage direkte eller indirekte til begrænsning af uligheder på sundhedsområdet, og der findes også en række redskaber på fællesskabsplan, som kan anvendes. Der er plads til yderligere forbedringer af EU-politikkernes bidrag gennem bedre kendskab til deres virkninger for sundheden og øget politisk integration. Dette vil føre til en bedre prioritering og mere effektiv anvendelse af de eksisterende redskaber.

Mens der er generel enighed om at begrænse ulighederne på sundhedsområdet, er der dog store forskelle med hensyn til viden på området og omfanget af de foranstaltninger, der træffes. Mere end halvdelen af EU's medlemsstater giver ikke høj politisk prioritet til begrænsning af ulighederne på sundhedsområdet, og der er mangel på omfattende tværfaglige strategier²⁰. Der sørges ikke i tilstrækkeligt omfang for evaluering og udbredelse af

¹⁸ Rådets konklusioner om inddragelse af romabefolkningen (<http://tinyurl.com/kne9s5>).

¹⁹ Rådets resolution af 20. november 2008 om unges sundhed og trivsel.

²⁰ SEK(2006) 410.

kendskabet til de politikker, der gennemføres, og derfor er kendskabet til politikernes effektivitet begrænset. EU kan forbedre den politiske koordinering og fremme udveksling af bedste praksis.

Medlemsstaternes indsats for at skabe mere ligelig adgang til sundhedsydelser, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremmeordninger bør fortsat støttes ved hjælp af Kommissionens forskellige politikker. EU kunne fremme bedre samarbejde mellem sundhedsvæsnerne, jf. direktivforslaget om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser. EU kunne også bidrage til en bedre forståelse af og forelå løsninger på de problemer, som sundhedsvæsnerne står over for i forbindelse med sundhedspersonalets kapacitet, samt bidrage til en vurdering af, hvordan de nye teknologier kan anvendes effektivt i sundhedssektoren.

EU's samhørighedspolitik er af stor betydning for opfyldelse af Lissabonmålsætningerne vedrørende økonomisk og social samhørighed og kan give et væsentligt bidrag til begrænsning af ulighederne på sundhedsområdet. Det fremgår af Fællesskabets nuværende strategiske retningslinjer, at der kan afsættes midler til sundhedsrelaterede foranstaltninger. Medlemsstaterne har afsat ca. 5 mia. EUR (1,5 % af de samlede midler, der er til rådighed) af de midler i kategorien sundhedsinfrastruktur, som er til rådighed for perioden 2007-2013. En øget udnyttelse af mulighederne for at finansiere begrænsning af uligheder på sundhedsområdet under samhørighedspolitikken vil kræve forbedringer af: kendskabet til muligheden for at anvende midler på dette område, koordineringen mellem nationale forvaltningsmyndigheder og teknisk kapacitet til udvikling af investeringer på dette område. Der bør gøres en indsats for at sætte mere fokus på sundhed i den næste programmeringsperiode og at sikre større overensstemmelse mellem de strategiske dokumenter under EU's samhørighedspolitik og de prioriterede områder, der er blevet udpeget inden for rammerne af den åbne koordinationsmetode for social sikring og social integration.

Gennemførelsen af EF-lovgivningen om sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen og EF-strategien for sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen (2007-2012) på nationalt plan giver mulighed for at begrænse ulighederne på sundhedsområdet i EU gennem beskyttelse af arbejdstagernes sundhed og begrænsning af nogle af determinanternes negative virkninger. Der bør fokuseres mere på uligheder på sundhedsområdet i forbindelse med fremme af lige muligheder for kvinder og mænd.

På nuværende tidspunkt er det kun få EU-politikkers virkninger for ulighederne på sundhedsområdet, som evalueres efter gennemførelsen. Der er behov for videreudvikling af mekanismerne til (efterfølgende) vurdering af de sundhedsmæssige virkninger af eksisterende politikker for forskellige befolkningsgrupper med udgangspunkt i den nuværende indsats for at tilvejebringe oplysninger til videreudvikling af politikker. Standardmekanismer kan ikke anvendes, og der skal trækkes på god praksis, som er blevet udviklet i medlemsstaterne. EU kan desuden anvende eksisterende rapporter, herunder samhørighedsrapporten, beskæftigelsesrapporten og Lissabonrapporten, til analyse af forholdet mellem disse politikker og resultaterne på sundhedsområdet i hele EU og blandt alle befolkningsgrupper.

EU er også engageret i at støtte andre landes indsats inden for sundhed og relaterede områder. Kommissionen for sociale sundhedsdeterminanter²¹ under Verdenssundhedsorganisationen (WHO) beskrev for nylig de enorme forskelle på sundhedsområdet mellem lande og socialgrupper på verdensplan og opfordrede til gennemførelse af samordnede aktioner på alle

²¹ Kommissionen for sociale sundhedsdeterminanter, endelig rapport. WHO 2008.

regeringsniveauer for at mindske disse forskelle. EU kan bidrage til at forbedre sundheden i tredjelande på en række forskellige måder, herunder gennem handel, udviklingsbistand, samarbejde med internationale organisationer og udveksling af viden. EU's erfaringer med begrænsning af uligheder på sundhedsområdet kan også være relevante uden for EU. Eventuelle synergieffekter mellem Kommissionens udviklingsbistand og arbejdet inden for EU vedrørende uligheder på sundhedsområdet bør derfor også undersøges. EU bør også samarbejde med relevante internationale organisationer inden for dette område.

Tiltag på EU-plan:

Yderligere støtte til eksisterende mekanismer for politisk koordination og udveksling af god praksis inden for uligheder på sundhedsområdet mellem medlemsstaterne, herunder f.eks. EU's ekspertgruppe om sociale determinanter for sundhed og uligheder på sundhedsområdet²², under hensyntagen til arbejdet i Rådets folkesundhedsgruppe og Udvalget for Social Beskyttelse.

Evalueringsmulighederne for at bistå medlemsstaterne med at opnå en bedre udnyttelse af EU's samhørighedspolitik til støtte for aktiviteter vedrørende faktorer, der bidrager til uligheder på sundhedsområdet.

Tilskyndelse af medlemsstaterne til i højere grad at udnytte de eksisterende muligheder for at støtte sårbare grupper og dårligt stillede landdistrikter ved hjælp af politikken for udvikling af landdistrikterne og markedspolitikken under den fælles landbrugspolitik (skolemælk, mad til de dårligst stillede og skolefrugtordninger).

Politiske drøftelser med medlemsstaterne og de berørte parter om lighed og andre centrale grundlæggende rettigheder på sundhedsområdet, jf. EU's sundhedsstrategi.

Støtte under Progress, herunder til peer reviews og en indkaldelse af forslag i 2010, for at bistå medlemsstaterne med udvikling af relevante strategier.

Afholdelse af et forum om sundhed og omstrukturering for at undersøge relevante foranstaltninger til begrænsning af uligheder på sundhedsområdet.

Et kommissionsinitiativ om EU's rolle for sundheden på verdensplan.

6. DE NÆSTE SKRIDT

Begrænsning af uligheder på sundhedsområdet er en langvarig proces. De i denne meddelelse omhandlede tiltag skal fastlægge rammerne for en langvarig indsats på området. På grundlag af denne meddelelse og de fremtidige drøftelser i Rådet vil Kommissionen i den kommende periode gøre en aktiv indsats i samarbejde med medlemsstaterne og de berørte parter. En første statusrapport om situationen vil blive udarbejdet i 2012.

²² Nuværende mandat, jf. <http://tinyurl.com/l947z8>.