

IV

(Paziņojumi)

EIROPAS SAVIENĪBAS IESTĀŽU UN STRUKTŪRU SNIEGTI PAZIŅOJUMI

PADOME

Padomes secinājumi “Veselības stāvokļa atšķirību novēršana Eiropas Savienībā, ar saskaņotu rīcību veicinot veselīga dzīvesveida piekopišanu”

(2011/C 359/05)

EIROPAS SAVIENĪBAS PADOME,

ATGĀDINA, ka saskaņā ar Līguma par Eiropas Savienības darbību 168. pantu, nosakot un īstenojot visus Savienības politikas pasākumus un darbības, ir jānodrošina augsts cilvēku veselības aizsardzības līmenis. Savienības rīcība papildina dalībvalstu politiku, ir vērsta uz to, lai uzlabotu sabiedrības veselību, veiktu saskimstības un slimību profilaksi un lai likvidētu fiziskās un garīgās veselības apdraudējuma avotus. Savienība un dalībvalstis veicina sadarbību ar trešām valstīm un kompetentām starptautiskām organizācijām sabiedrības veselības jomā.

ATGĀDINA:

— 2011. gada 21. oktobrī Riodežaneiro notikušajā Pasaules konferencē par veselības stāvokli noteicošajiem sociālajiem faktoriem pieņemto Rio politisko deklarāciju par veselības stāvokli noteicošajiem sociālajiem faktoriem,

— 2011. gada 19. septembrī ANO Ģenerālajā asamblejā pieņemto Ģenerālās asamblejas augsta līmeņa sanāksmes politisko deklarāciju par neinfekciozu slimību profilaksi un kontroli⁽¹⁾,

— PVO Pamatkonvenciju par tabakas kontroli un tās īstenošanas pamatnostādnes,

— ES Uztura, fiziskās aktivitātes un veselības rīcības platformas gada ziņojumu attiecībā uz 2011. gadu⁽²⁾,

⁽¹⁾ ANO A/RES/66/2 (A/66/L.1).⁽²⁾ 2011. gada 28. jūlijs. http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/eu_platform_2011frep_en.pdf

— Padomes 2010. gada 8. jūnija secinājumus “Taisnīgums un veselības aizsardzības jautājumi visās politikas jomās – solidaritāte veselības jomā”⁽³⁾,

— Padomes 2010. gada 7. decembra secinājumus “Inovatīvas pieejas hroniskām slimībām sabiedrības veselības un veselības aprūpes sistēmās”⁽⁴⁾,

— Komisijas paziņojumu “Eiropa 2020 – Stratēģija gudrai, ilgtspējīgai un integrējošai izaugsmei”⁽⁵⁾,

— Padomes 2009. gada 1. decembra secinājumus par alkoholu un veselību⁽⁶⁾,

— Padomes Ieteikumu (2009. gada 30. novembris) attiecībā uz vidi bez tabakas dūmiem⁽⁷⁾,

— Komisijas 2009. gada 20. oktobra paziņojumu “Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES”⁽⁸⁾,

— Komisijas nobeiguma ziņojumu par veselības stāvokli noteicošajiem sociālajiem faktoriem “Novērst nevienlīdzību vienas paaudzes laikā – vienlīdzība veselības aprūpē, ietekmējot veselības stāvokli noteicošos sociālos faktorus” – CSDH (2008),

⁽³⁾ 9947/10.⁽⁴⁾ OV C 74, 8.3.2011., 4. lpp.⁽⁵⁾ 7110/10 (COM(2010) 2020).⁽⁶⁾ OV C 302, 12.12.2009., 15. lpp.⁽⁷⁾ OV C 296, 5.12.2009., 4. lpp.⁽⁸⁾ 14848/09 (COM(2009) 567 galīgā redakcija).

- Pasaules Veselības asamblejas rezolūciju (WHA62.14) par nevienlīdzības samazināšanu veselības jomā, veicot pasākumus, kas vērsti uz veselības stāvokli noteicošajiem sociālajiem faktoriem, un rezolūciju (WHA61.18) par to Tūkstošgades attīstības mērķu (TAM) īstenošanas novērošanu, kas saistīti ar veselības aizsardzību – tās abas tostarp ir pieņēmušas arī ES dalībvalstis,
- Rezolūciju EUR/RC61/R1 “Eiropas jaunā veselības politika – Veselība 2020. Redzējums, vērtības, galvenie virzieni un pieejas”, kuru 2011. gada 14. septembrī ir pieņēmusi PVO Eiropas reģionālā komiteja,
- Komisijas Balto grāmatu par sportu ⁽¹⁾,
- Padomes 2007. gada 6. decembra secinājumus par Eiropas Savienības stratēģiju attiecībā uz uzturu, lieko svaru un jautājumiem, kas saistīti ar aptaukošanos ⁽²⁾,
- Eiropas Komisijas Balto grāmatu “Kopā par veselību: ES stratēģiskā pieeja 2008.–2013. gadam” ⁽³⁾,
- Zaļo grāmatu “Virzība uz Eiropu, kas brīva no tabakas dūmiem: politikas iespējas ES līmenī” ⁽⁴⁾,
- Padomes 2006. gada 30. novembra secinājumus par veselības aizsardzības jautājumiem visās politikas jomās ⁽⁵⁾.

ATZĪST:

1. Veselības stāvokļa atšķirību apmēri Eiropas Savienībā nav saskaņā ar tādām ES pamatvērtībām kā solidaritāte, vienlīdzība un universālums.
2. Ar veselības stāvokļa atšķirībām ir jāsaprot atšķirības attiecībā uz iedzīvotāju priekšlaicīgu mirstību, saslimstību un invaliditāti gan dalībvalstīs, gan arī atšķirības starp ES reģioniem. Tās daļēji rada ļoti neveselīga dzīvesveida piekopusana (t. i., tabakas lietošana, alkohola radītais kaitējums, neveselīgs uzturs un fiziskās aktivitātes trūkums), kas bieži vien ir saistīta ar noteicošajiem sociālajiem faktoriem ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.
3. Pēc jaunajā tūkstošgadē aizvadītās pirmās desmitgades Eiropas Savienībā ir saglabājušās veselības stāvokļa atšķirības, dažas no tām, var būt, ir pastiprinājuši nelabvēlīgie ekonomiskie apstākļi, kā arī demogrāfiskās problēmas, ko rada strauji novecojošā ES sabiedrība.

⁽¹⁾ 11811/07 (COM(2007) 391 galīgā redakcija).

⁽²⁾ 15612/07.

⁽³⁾ 14689/07 (COM(2007) 630 galīgā redakcija).

⁽⁴⁾ 5899/07 (COM(2007) 27 galīgā redakcija).

⁽⁵⁾ 15487/06 (Presse 330).

⁽⁶⁾ CSDH (2008). Novērst nevienlīdzību vienas paaudzes laikā – vienlīdzība veselības aprūpē, ietekmējot veselības stāvokli noteicošos sociālos faktoros. Komisijas par veselību noteicošajiem sociālajiem faktoriem nobeiguma ziņojums. Ženēva, Pasaules Veselības organizācija.

⁽⁷⁾ Termiņš “noteicošie sociālie faktori” ir izmantots saskaņā ar PVO do to definīciju Riodežaneiro konferences 2011. gada 21. oktobra deklarācijā.

4. Sliktam veselības stāvoklim ir arī cilvēciskais faktors, un tas rada sociālas, ekonomiskas un finansiālas izmaksas.
5. Sabiedrības veselības politikas pastiprināšanā, it īpaši veselības veicināšanā un slimību profilaksē, priekšroka būtu jādod izpratnei par veselību un veselību veicinošu paradumu sekmēšanai sabiedrībā (lai mazinātu “neizglītību veselības jomā” un dotu iedzīvotājiem iespēju izdarīt veselībai labvēlīgu izvēli).
6. Uz vienlīdzību vērsta pieeja “Veselības aizsardzības jautājumi visās politikas jomās” būtu jāizmanto konkrētās politikas jomās un saskaņotās darbībās, kuras rada vislielāko ietekmi uz veselību, tādējādi palīdzot mazināt joprojām pastāvošās veselības stāvokļa atšķirības. Tās varētu aptvert veselības, izglītības, pētniecības, vides, lauksaimniecības, ekonomikas, nodarbinātības un sociālās politikas jomas.
7. Uzlabota izvērtēšana un novērtējums var palīdzēt noteikt, vai stratēģijas un politika ir bijušas efektīvas, meklējot risinājumu nevienlīdzības problēmai veselības jomā un ar veselību saistītām vajadzībām sabiedrībā. Tādējādi var palīdzēt dalībvalstīm izstrādāt un īstenot efektīvas sabiedrības veselības stratēģijas un piemērotu infrastruktūru.

PAUŽ APŅĒMĪBU:

8. Attiecībā uz veselību noteicošajiem faktoriem veicināt stratēģijas, kas pievēršas iedzīvotājiem – plaša iesaiste, ko papildina darbības, kas vērstas uz neaizsargātām iedzīvotāju grupām, lai mazinātu veselības stāvokļa atšķirības, īpaši tās, kuras izraisa novēršama neveselīga dzīvesveida piekopusana.
9. Paātrināt progresu, apkarojot neveselīga dzīvesveida piekopusanu, piemēram, tabakas lietošanu, alkohola radītu kaitējumu, neveselīgu uzturu un fiziskās aktivitātes trūkumu, kas vairo neinfekciozu hronisku saslimšanu gadījumus, piemēram, saslimšanu ar vēzi, ar elpošanas orgānu slimībām, sirds un asinsvadu slimībām, diabētu un garīgām slimībām, kas tiek atzītas par svarīgu priekšlaicīgas mirstības, saslimstības un invaliditātes cēloni Eiropas Savienībā.

ATZINĪGI VĒRTĒ:

10. ES līmenī veiktās ierosmes, kas palīdz mazināt veselības stāvokļa atšķirības, pievēršoties piekoptā dzīvesveida jautājumam, – ES veselības programmu, Vienoto rīcību (rīcību vienlīdzībai) saistībā ar nevienlīdzību veselības jomā ⁽⁸⁾ un darbu, ko veic ES ekspertu grupa jautājumos par noteicošajiem sociālajiem faktoriem un nevienlīdzību veselības jomā.

⁽⁸⁾ Eiropas Parlamenta un Padomes Lēmums Nr. 1350/2007/EK (2007. gada 23. oktobris), ar ko izveido otro Kopienas rīcības programmu veselības aizsardzības jomā (2008.–2013. gadam) (OV L 301, 20.11.2007., 3. lpp.).

11. ES stratēģiju dalībvalstu atbalstam alkohola radītā kaitējuma mazināšanai ⁽¹⁾, kura ir svarīgs solis ceļā uz visaptverošu pieeju, lai Eiropas Savienības un dalībvalstu līmenī risinātu alkohola radītā kaitējuma problēmu, – uzsverot, ka dalībvalstīs pastāvošā iedzīvotāju grupu nevienlīdzība veselības jomā un veselības stāvokļa atšķirības dalībvalstīs bieži ir saistītas ar kaitīgu alkohola patēriņu, kas ir viens no faktoriem.
12. Nepārtrauktos dalībvalstu un ES līmeņa centienus risināt tabakas patēriņa problēmu, izmantojot tiesību aktus par tabakas izstrādājumiem ⁽²⁾ un tabakas reklāmu ⁽³⁾, saskaņošanu ar dalībvalstīm, informētības uzlabošanas kampaņas un starptautisko sadarbību un tādējādi tiecoties novērst vienu no galvenajiem priekšlaicīgas mirstības, saslimstības un invaliditātes riska faktoriem.
13. Panākumus, kas gūti, īstenojot Eiropas stratēģiju attiecībā uz uzturu, lieko svaru un veselības jautājumiem, kas saistīti ar aptaukošanos, un īpaši – pastiprināto pievēršanos nelabvēlīgā situācijā esošām grupām ES Uztura, fiziskās aktivitātes un veselības rīcības platformas dalībnieku prioritātēs, kā arī darbu, ko veic Augsta līmeņa darba grupa uztura un fiziskās aktivitātes jautājumos, kura kā vienu no jautājumiem izskata izmaiņas produktu sastāvā.
14. Eiropas Inovācijas partnerību aktīvām un veselīgām vecumdiēnām ⁽⁴⁾, kuras mērķis ir vairo veselīgus ES iedzīvotāju mūža gadus.
15. Rezultātus, kas gūti šādos pasākumos:

— 2011. gada 30. un 31. maijā Budapeštā (Ungārijā) notikušī ekspertu līmeņa konference par dalībvalstu darbībām saistībā ar uztura, fiziskās aktivitātes un smēķēšanas jautājumiem veselības jomā,

— 2011. gada 11. un 12. oktobrī Poznaņā (Polijā) notikušī ekspertu sanāksme par alkoholu “Alkohola politika Polijā un Eiropā – alkohola lietošanas radītie zaudējumi no medicīnas un ekonomikas viedokļa”,

— 2011. gada 7. un 8. novembrī Poznaņā (Polijā) notikušī ministru konference “Solidaritāte veselības jomā – veselības stāvokļa atšķirību mazināšana Eiropas Savienībā”.

⁽¹⁾ Piemēram, Komisijas 2006. gada 24. oktobra paziņojums “ES stratēģija dalībvalstu atbalstam alkohola radītā kaitējuma mazināšanai” (COM(2006) 625 galīgā redakcija).

⁽²⁾ Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2001/37/EK (2001. gada 5. jūnijs) par dalībvalstu normatīvo un administratīvo aktu tuvināšanu attiecībā uz tabakas izstrādājumu ražošanu, noformēšanu un pārdošanu (OV L 194, 18.7.2001., 26. lpp.).

⁽³⁾ Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2003/33/EK (2003. gada 26. maijs) par dalībvalstu normatīvo un administratīvo aktu tuvināšanu attiecībā uz tabakas izstrādājumu reklāmu un ar to saistīto sponsordarbību (OV L 152, 20.6.2003., 16. lpp.).

⁽⁴⁾ Komisijas dienestu darba dokuments – Pamatnostādņu dokuments izmēģinājuma “Eiropas Inovācijas partnerība aktīvām un veselīgām vecumdiēnām” koordinācijas grupai, 13.5.2011., SEC(2011) 589 galīgā redakcija.

AICINA DALĪBVALSTIS:

16. Turpināt, pastiprināt un/vai izstrādāt politiku un darbības, kas veicina veselīga dzīvesveida pieņemšanu un pievēršas noteicošajiem sociālajiem faktoriem, lai palīdzētu mazināt veselības stāvokļa atšķirības.
17. Optimāli piešķirt pieejamos resursus, īpaši attiecībā uz veselības veicināšanas un profilakses pasākumiem.
18. Atbalstīt labāko praksi un dalīties labākajā praksē attiecībā uz politiku un pasākumiem, kas veltīti veselības stāvokļa atšķirību mazināšanai Eiropas Savienībā.
19. Īstenot Padomes Ieteikumu attiecībā uz vidi bez tabakas dūmiem.

AICINA DALĪBVALSTIS UN EIROPAS KOMISIJU:

20. Turpināt atbalstīt vienoto rīcību ⁽⁵⁾, lai labāk varētu risināt politikas un stratēģiju jautājumus saistībā ar veselību un vienlīdzību veselības jomā.
21. Turpināt un vajadzības gadījumā pastiprināt tās darbības un politiku, kas pierādījušas savu efektivitāti veselības stāvokļa atšķirību mazināšanā, kā arī izstrādāt jaunas darbības un politiku un, ja vajadzīgs, arī izvērtēt veselības un izturēšanās rādītājus, lai pārraudzītu panākumus, kas gūti pasākumos, kuri bija vērsti uz iepriekš minēto pieņemto dzīvesveidu un veselību noteicošajiem sociālajiem faktoriem, veikt slimību profilaksi un veselības veicināšanas pasākumus, veicināt veselībai labvēlīgas izvēles izdarīšanu.
22. Sekmēt, lai efektīvi tiktu izmantota uz vienlīdzību vērsta pieeja “Veselības aizsardzības jautājumi visās politikas jomās” ar mērķi mudināt visas svarīgākās nozares dot savu devumu veselības stāvokļa atšķirību mazināšanā Eiropas Savienībā un koordinēt to darbību.
23. Stiprināt sadarbību un labāk izmantot esošos tīklus un pastāvošās sabiedrības veselības un ar to saistītās iestādes, kuras izmeklē, pārrauga un pēta ietekmi, ko atstāj veselību noteicošie sociālie faktori, tādējādi atbalstot iepriekšminētos pasākumus.
24. Izstrādāt kontroles pieejas attiecībā uz nevienlīdzību veselības jomā tā, lai politikā un stratēģijās labāk risinātu jautājumus saistībā ar veselību un vienlīdzību veselības jomā.

⁽⁵⁾ Vienoto rīcību (rīcība vienlīdzībai) – dotācijas nolīgums darbībai, nolīgums Nr. 2010 22 03. Veselības un patērētāju izpildģentūra, 2010.

25. Pastiprināt un turpināt darbības, kas atbalsta veselīga dzīvesveida piekopšanu, tostarp:

- valsts, ES un starptautiskā līmenī veicināt efektīvu tabakas kontroli saskaņā ar attiecīgajiem ES tiesību aktiem un PVO Pamatkonvenciju par tabakas kontroli un tās īstenošanas pamatnostādņem, kā arī apsvērt tās pastiprināšanu,
- atbalstīt kvantitatīvu un/vai kvalitatīvu pārtikas sastāva maiņu, lai samazinātu kopējo tauku saturu, piesātinātās taukskābes, trans-taukskābes, sāli, cukuru un/vai enerģētisko vērtību,
- sekmēt, lai tiktu īstenots PVO ieteikumu kopums par pārtikas un nealkoholisko dzērienu tirdzniecību bērniem un pieaugušajiem attiecībā uz pārtiku, kurā ir augsts piesātināto taukskābju, trans-taukskābju, brīvo cukuru un sāls saturs, šajā sakarībā veicināt arī turpmākus brīvprātīgus un efektīvus nolīgumus ar pārtikas rūpniecību saistībā ar iepriekš minēto ES Uztura, fiziskās aktivitātes un veselības rīcības platformu,
- īstenot efektīvu alkohola politiku un programmas, lai vērstos pret alkohola radīto kaitējumu, tostarp pret pakļaušanu alkohola reklāmai, lai informētu, no mazotnes izglītotu un palīdzētu atrunāt no kaitīga alkohola patēriņa
- sekmēt tādas pilsētu un sociālās vides politikas izstrādi, kas veicinātu visu personu fizisko aktivitāti, izvērtējot un ņemot vērā dažādu iedzīvotāju grupu vajadzības.

26. Izpētīt, kā varētu optimizēt uz vienlīdzību vērstās ES finanšu programmas, tostarp arī Kohēzijas fondu un struktūrfondus, kuri visos attiecīgajos līmeņos var palīdzēt

Eiropas Savienībā mazināt veselības stāvokļa atšķirības un nevienlīdzību, neskarot turpmāko finanšu shēmu.

AICINA EIROPAS KOMISIJU:

27. Pastiprināt darbības veselības veicināšanā un veselības stāvokļa atšķirību mazināšanā, kā arī pievērst uzmanību veselības stāvokļa atšķirībām starp dalībvalstīm un pašās dalībvalstīs, kā arī starp dažādiem ES reģioniem un sociālajām grupām un šo aspektu iekļaut ziņojumā, ko paredzēts publicēt 2012. gadā, kā izklāstīts Komisijas paziņojumā "Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES".

28. Apsvērt vajadzību labāk izplatīt jau esošos datus, kā arī papildu salīdzinošus datus un informāciju par neveselīga dzīvesveida piekopšanu, veselību noteicošajiem sociālajiem faktoriem un neinfekciozu hronisku saslimšanu, tie būtu jāgūst no jau esošām vai ES līmenī iespējams vēl izveidojamām ilgtspējīgām veselības uzraudzības sistēmām.

29. Prioritārā kārtā atbalstīt novērtējumu tādu pasākumu un politikas rentabilitātei, kuri veicina veselību un kalpo saslimšanu profilaksei, kā arī rezultātu izplatīšanu, lai nodrošinātu labāku informāciju un faktu materiālu tādas politikas un pasākumu īstenošanai dalībvalstīs, kas risina nevienlīdzības problēmu veselības jomā.

30. Arī turpmāk atbalstīt pastāvošos mehānismus politikas koordinēšanā un labas prakses apmaiņā attiecībā uz dalībvalstu nevienlīdzību veselības jomā, piemēram, Padomes Sabiedrības veselības darba grupu augstāko amatpersonu līmenī, ES ekspertu grupu jautājumos par veselību noteicošajiem sociālajiem faktoriem un nevienlīdzību veselības jomā un Sociālās aizsardzības komiteju, kā izklāstīts Komisijas paziņojumā "Solidaritāte veselības jomā. Nevienlīdzības samazināšana veselības jomā ES", lai nodrošinātu optimālu šo mehānismu izmantošanu un sinerģiju.