

**PL**

**PL**

**PL**



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 20.10.2009  
SEK(2009) 1397

**DOKUMENT ROBOCZY SŁUŻB KOMISJI**

**STRESZCZENIE OCENY SKUTKÓW**

uzupełniające

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

**Solidarność w zdrowiu: Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE**

{KOM(2009) 567 wersja ostateczna}  
{SEK(2009) 1396}

## 1. WPROWADZENIE

Niniejszy dokument podsumowuje ocenę skutków, w której rozważono warianty strategiczne dla inicjatywy UE „Solidarność systemów opieki zdrowotnej: redukcja nierówności w dziedzinie opieki zdrowotnej w UE”. Komisja zauważyła konieczność działania w strategii UE w zakresie ochrony zdrowia<sup>1</sup>, a w odnowionej agendzie społecznej 2008<sup>2</sup> ogłosiła ogólnoeuropejską inicjatywę w zakresie zmniejszania nierówności zdrowotnych. Niniejszy dokument uwzględnia otrzymane od Rady ds. Ocen Skutków komentarze dotyczące celów, stosowania terminów „nierówności” i „rozbieżności”, zasady proporcjonalności i pomocniczości oraz kosztów. Sprawozdanie jest wiążące jedynie dla służb Komisji zaangażowanych w jego przygotowanie i nie przesądza o ostatecznej decyzji Komisji.

Główna odpowiedzialność za rozwiązywanie problemu nierówności zdrowotnych spoczywa na państwach członkowskich, jednak polityka UE może mieć pośredni wpływ na zdrowie i może pomóc pokonać trudności napotymane obecnie podczas działania. Sprawozdanie ocenia działania UE mające na celu wspieranie i uzupełnianie wysiłków państw członkowskich oraz zainteresowanych stron, a także mobilizację polityki UE w zakresie zmniejszania nierówności zdrowotnych, z pełnym poszanowaniem zasady pomocniczości.

Działania UE powinny dążyć do poprawy zdrowia całego społeczeństwa, z naciskiem na zmniejszanie możliwych do uniknięcia i niesprawiedliwych różnic w zdrowiu między różnymi grupami społecznymi i regionami UE – tj. powinny przyjmować podejście „wyrównujące”.

Na poziomie UE, jak również na poziomie krajowym podjęto już liczne ważne działania. Działania te są jednak ograniczone przez poziom świadomości i ustanowionych priorytetów, brak zaangażowania zainteresowanych stron, luki w informowaniu i wiedzy, niewystarczającą wymianę dobrych praktyk oraz trudności w stosowaniu podejścia międzysektorowego. W niniejszym dokumencie rozważono zatem sposoby rozwiązania tych kwestii.

## 2. OPIS PROBLEMU

Obecnie różnica w oczekiwanej długości życia w momencie narodzin między państwami członkowskimi wynosi 8 lat w przypadku kobiet i 14 w przypadku mężczyzn. Istnieją również znaczne różnice we wskaźnikach dotyczących umieralności, niepełnosprawności i chorobowości między państwami członkowskim i regionami UE. W niektórych krajach różnice te w stosunku do średniej UE oraz krajów osiągających najlepsze wyniki zwiększyły się w ciągu ostatnich 20 lat.

We wszystkich państwach członkowskich istnieją znaczne różnice zdrowotne między grupami społecznymi definiowanymi na podstawie zarobków, zawodu, poziomu

---

<sup>1</sup> COM(2007) 630.

<sup>2</sup> COM(2008) 412.

wykształcenia lub przynależności do grupy etnicznej<sup>3</sup>. Osoby gorzej wykształcone, o niższych zarobkach lub wykonujące gorszą pracę żyją krócej i większą część życia przeżywają w gorszym zdrowiu. Różnica w oczekiwanej długości życia w momencie narodzin między grupami w różnej sytuacji społeczno-ekonomicznej wynosi 4-10 lat w przypadku mężczyzn i 2-6 lat w przypadku kobiet. Różnicę tę odzwierciedla wiele wskaźników zdrowia fizycznego i psychicznego. W niektórych krajach rozdzwięk ten jeszcze zwiększył się w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat.

Nierówności zdrowotne są związane z nierównościami w społecznych determinantach zdrowia, takich jak warunki życia (mieszkanie, środowisko), zachowania związane ze zdrowiem (dieta, palenie tytoniu, ćwiczenia fizyczne), warunki zatrudnienia i pracy, wykształcenie, dostęp do opieki społecznej, w tym także do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Większości nierówności zdrowotnych można uniknąć i zaradzić im przy pomocy odpowiednich działań, na które może wpływać polityka UE.

Zidentyfikowano trzy obszary, na których zaobserwowano słabe strony stanowiące przeszkodę w podejmowaniu skutecznych działań zwalczających nierówności zdrowotne. UE może wspierać i uzupełniać działania państw członkowskich w następujących obszarach:

brak świadomości oraz niewystarczająca priorytetowość polityki i zaangażowania państw członkowskich i innych zainteresowanych stron;  
brak porównywalnych i regularnych danych, monitorowania i sprawozdawczości; brak wiedzy na temat czynników warunkujących zdrowie oraz skutecznych działań, możliwych do realizacji;  
niewystarczająco zintegrowane podejście UE do nierówności zdrowotnych (niewłączenie ich do głównego nurtu działań na poziomie UE).

Państwa członkowskie realizują niektóre działania polityczne, jednak brakuje im spójnej strategii. Ponad połowa państw członkowskich nie kładzie żadnego nacisku politycznego na zwalczanie nierówności zdrowotnych. Ponadto brakuje oceny i rozpowszechnienia tych działań.

Chociaż istnieją pewne dane, potrzeba jest więcej informacji na temat skutków (przyczynowość) oraz znaczenia niektórych czynników warunkujących zdrowie, aby państwa członkowskie mogły skutecznie realizować działania skierowane na poszczególne grupy społeczne lub czynniki. Potrzebne są również porównywalne, powszechnie dostępne i ogólnoeuropejskie dane dotyczące wyników zdrowotnych oraz nierówności zdrowotnych w podziale na grupy społeczno-ekonomiczne.

Brak ogólnoeuropejskich danych oraz wyników z badań jest przeszkodą w opracowywaniu polityki. Lepsze i podzielane dane oraz przyczynki do działania mogą być podstawą zaangażowania, jakiego obecnie brakuje wielu zainteresowanym stronom.

---

<sup>3</sup> Status zdrowotny i warunki życia. Sprawozdanie monitorujące przygotowane przez Europejskie Centrum Monitorowania Sytuacji Społecznej. Komisja Europejska 2008.

Na poziomie UE nierówności zdrowotne otrzymały wyższy priorytet polityczny; istnieje także szereg innych sektorów polityki UE, które wywierają pozytywny wpływ. Trudno to jednak przedstawić ilościowo, ponieważ nierówności zdrowotnych nie włącza się w wystarczającym stopniu do głównego nurtu działań we wszystkich odpowiednich sektorach polityki UE.

### **3. CELE**

Działania UE dotyczące nierówności zdrowotnych mają na celu wspieranie i uzupełnianie działań państw członkowskich oraz innych zainteresowanych stron, a także zapewnienie, że polityka i działania UE prowadzą do osiągnięcia wysokiego poziomu opieki zdrowotnej, zgodnie z postanowieniami Traktatu. O ile to możliwe, opieka zdrowotna zapewniana w ramach polityki UE powinna obejmować wszystkich obywateli, niezależnie od ich miejsca zamieszkania lub pochodzenia społecznego. Realizując ten cel, działania Wspólnoty mogą przyczynić się do zmniejszenia nierówności zdrowotnych w UE.

#### **3.1. Cele ogólne**

Ogólnym celem niniejszej inicjatywy jest wspieranie i uzupełnianie wysiłków państw członkowskich oraz zainteresowanych stron, a także mobilizowanie sektorów polityki UE w kierunku zmniejszania nierówności zdrowotnych.

#### **3.2. Cele szczegółowe**

Cele szczegółowe to:

podnoszenie świadomości, wymiana informacji i najlepszych praktyk oraz koordynacja polityki i promowanie rozwiązywania problemu nierówności zdrowotnych jako priorytetu politycznego zarówno na poziomie Wspólnoty, jak i państw członkowskich oraz przez pozostałe zainteresowane strony;  
poprawa dostępności danych oraz mechanizmów pomiaru, monitorowania i sprawozdawczości nierówności zdrowotnych w całej UE, a także poprawa stanu wiedzy na temat przyczyn tych nierówności oraz zebranie podstaw do dalszego działania;  
opracowywanie wkładu istotnych sektorów polityki UE w celu zmniejszania nierówności zdrowotnych, w tym większe wspieranie wysiłków państw członkowskich oraz zainteresowanych stron w rozwiązywaniu problemu nierówności, przy szczególnym nacisku na grupy w trudnej sytuacji społecznej i państwa trzecie.

### **4. ANALIZA ZASADY POMOCNICZOŚCI: CZY DZIAŁANIE UE JEST UZASADNIONE?**

Chociaż podstawowa odpowiedzialność za rozwiązywanie kwestii nierówności zdrowotnych leży w gestii państw członkowskich, problem ten dotyczy całej UE, z wielu powodów.

Po pierwsze, powszechność oraz trwałość nierówności zdrowotnych sugeruje rozbieżność pomiędzy istniejącą sytuacją a niektórymi nadrzędnymi celami UE, takimi jak zwiększanie spójności gospodarczej i społecznej, zapewnianie równości szans, promowanie zmniejszania

nierówności oraz zwiększania równości pomiędzy mężczyznami a kobietami, a także solidarności między państwami członkowskimi (art. 2 Traktatu UE oraz art. 2 Traktatu WE).

Po drugie, problemy zdrowotne w niektórych grupach społeczeństwa UE pociągają za sobą znaczne koszty dla Unii i stanowią powód natury ekonomicznej do promowania działań zmierzających do ich rozwiązania. Zdrowie społeczeństwa jest ważne w kontekście starzenia się populacji, pozwalając przedłużyć życie zawodowe oraz zwiększać produktywność, konkurencyjność i zatrudnienie. Możliwe do uniknięcia problemy zdrowotne prowadzą także do większych kosztów systemów ochrony zdrowia i nakładają niepotrzebne obciążenie na budżety państw. Zmniejszenie niepotrzebnych strat spowodowanych gorszym zdrowiem i przedwczesną umieralnością może przyczynić się do osiągnięcia celów strategii lizbońskiego oraz pełnego potencjału dobrobytu Europy.

Podstawa prawna do działania obejmuje kilka artykułów Traktatu WE, w tym: art. 12 i 13 (przeciwdziałanie dyskryminacji), art. 125 (promowanie zatrudnienia oraz przeszkolonej i zdolnej do adaptacji siły roboczej), art. 136 i 137 (poprawa warunków życia i pracy oraz ochrona socjalna i zwalczanie wykluczenia), art. 152 (zapewnianie wysokiego poziomu ochrony zdrowia we wszystkich sektorach polityki Wspólnoty), art. 158 i 159 (zwiększanie spójności gospodarczej i społecznej). Artykuły te stanowią dla Wspólnoty podstawę do wspierania i uzupełniania działań państw członkowskich.

Konieczność działania UE można uzasadnić: 1) potrzebą gromadzenia i monitorowania ogólnoeuropejskich danych, ponieważ UE lepiej niż poszczególne państwa członkowskie zapewnia wiarygodność i porównywalność danych oraz 2) polityką spójności, poprzez którą UE udziela pomocy finansowej państwom członkowskim, przede wszystkim regionom mniej zamożnym, którą można zainwestować w kluczowe czynniki determinujące nierówności zdrowotne, takie jak warunki życia, szkolenie i zatrudnienie oraz opieka zdrowotna (promocja, profilaktyka i leczenie). Działania UE stanowią także wartość dodaną przez podnoszenie świadomości i kładzenie nacisku na problem nierówności zdrowotnych, poprawę mechanizmów monitorowania, zachęcanie do badań i zwiększania wiedzy, wysuwanie na pierwszy plan istotnych działań poprzez poprawę wymiany doświadczeń i dobrych praktyk oraz budowanie potencjału i poprawę powiązań między sektorami polityki UE. To były sugestie otrzymane w odpowiedzi na konsultacje oraz wyrażone w badaniach.

## **5. WARIANTY STRATEGICZNE**

Przeanalizowano trzy warianty działań prowadzących do osiągnięcia wyznaczonych celów: Wariant I to kontynuacja dotychczasowych działań („Działania dotychczasowe”). Wariant II „Działania dotychczasowe rozszerzone” opiera się na dotychczasowo realizowanych działaniach, które można w krótkim czasie rozszerzyć, nie wprowadzając dalszych lub znacznych zmian do obecnych instrumentów Wspólnoty; obejmuje wydanie komunikatu. Wariant III „Działania długookresowe” zakłada dłuższą perspektywę czasową i obejmuje zmiany istniejących instrumentów UE oraz wydanie zalecenia Rady. Warianty te kumulują się (wariant III obejmuje wariant II, który z kolei opiera się na wariacie I – zob. tabela).

### **5.1. Wariant I: Działania dotychczasowe**

W wariantcie I działania wspierające zmniejszanie nierówności zdrowotnych są kontynuowane w ramach społecznej otwartej metody koordynacji (OMK) i strategii w zakresie zdrowia. Równość w zdrowiu jest wiodącą zasadą strategii w zakresie zdrowia, a zmniejszanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej oraz w wynikach zdrowotnych jest wspólnym celem w ramach społecznej OMK. Poprzez wymianę doświadczeń UE pomaga państwom członkowskim przełożyć ten cel na strategię krajowe. Mechanizmy te obejmują: sprawozdania z wykonania strategii krajowych, wspólne sprawozdanie w sprawie zabezpieczenia społecznego i integracji społecznej, wzajemne weryfikacje, posiedzenia Komitetu Ochrony Socjalnej, a także posiedzenia na wysokim szczeblu grupy ekspertów UE ds. społecznych determinantów zdrowia i nierówności zdrowotnych oraz Grupy Roboczej Rady ds. Zdrowia Publicznego. Wsparcie finansowe dostarczają programy PROGRESS oraz program Zdrowie na lata 2008-2013. Także polityka spójności, wspólna polityka rolna oraz fundusze rozwoju rolnictwa i obszarów wiejskich wspierają niektóre działania dotyczące kluczowych czynników warunkujących zdrowie. Pozostałe działania UE będą kontynuowane, nie koncentrując się jednak na nierównościach zdrowotnych.

### **5.2. Wariant II: Działania dotychczasowe rozszerzone**

W wariantcie II Komisja przyjmuje komunikat podnoszący świadomość na temat nierówności zdrowotnych i naświetlający ich aspekty gospodarcze, polityczne i etyczne. Wariant II potwierdza zmniejszanie nierówności zdrowotnych jako priorytetu polityki, usprawnia dialog z zainteresowanymi stronami i dąży do lepszego wykorzystania istniejących informacji i mechanizmów wymiany oraz istniejącego wsparcia finansowego. Wspiera działania zwiększające wiedzę dla celów skutecznych działań i zmierza do poprawy systemu pomiaru nierówności zdrowotnych między państwami członkowskimi, regionami UE i grupami społecznymi. Zachęca do refleksji nad potencjałem działania istotnych sektorów polityki w tym zakresie (zgodnie z propozycją niektórych organów krajowych w procesie konsultacji). Ogłasza też szereg szczegółowych inicjatyw zmierzających do usprawnienia działań, nie wymagając opracowania nowej polityki. Obowiązkiem państw członkowskich pozostaje zaplanowanie konkretnych działań politycznych.

### **5.3. Wariant III: Działania długookresowe**

W wariantcie III Komisja proponuje dodatkowo: zalecenie Rady w sprawie nierówności zdrowotnych; cele zmniejszania tych nierówności w całej UE; utworzenie międzyinstytucjonalnego komitetu doradczego na wysokim szczeblu; przegląd szeregu sektorów polityki, aby włączyć do nich zmniejszanie nierówności zdrowotnych w postaci wyraźnie sformułowanego priorytetu, przy czym zasoby zostałyby odpowiednio przesunięte lub dodane na okres poza 2013 r.; przegląd środków wspólnotowych przyczyniających się do zapewnienia dostępu do podstawowych usług zdrowotnych (opieka zdrowotna, mieszkanie, jedzenie, woda, wykształcenie); oraz szeroko zakrojone działania na szczeblu międzynarodowym, aby rozwiązać problem nierówności zdrowotnych.

## **6. ANALIZA SKUTKÓW**

Niniejsza inicjatywa nie ma charakteru legislacyjnego, a jej celem jest usprawnienie działań wspierających i uzupełniających wysiłki państw członkowskich i innych zainteresowanych stron w zmniejszaniu nierówności zdrowotnych. Działania proponowane w ramach wariantów I, II oraz III zakładają: 1) wzmożenie wysiłków w celu poprawy koordynacji i ułatwienia rozwiązywania tej kwestii na poziomie UE oraz 2) wzmożenie wysiłków w celu podniesienia świadomości wśród państw członkowskich i innych zainteresowanych stron w sprawie znaczenia zdrowia i kwestii społecznych, szczególnie w kontekście obecnego kryzysu gospodarczego. Zakres, w którym działania te wspierają wysiłki państw członkowskich i innych zainteresowanych stron, dotyczące zmniejszania nierówności zdrowotnych, jest głównym czynnikiem warunkującym wpływ wniosku.

### **6.1. Skutki społeczne**

Oczekuje się, że działania w ramach tych trzech wariantów przyniosą pozytywne skutki społeczne, a nie będą miały żadnych skutków negatywnych. W porównaniu z wariantem I, warianty II i III mogą mieć przynieść więcej pozytywnych skutków społecznych.

Co ważne, obecny kryzys gospodarczy może zwiększyć nierówności zdrowotne poprzez pogorszenie niektórych czynników warunkujących zdrowie. Warianty II i III, dzięki intensywniejszym działaniom na rzecz zwiększania świadomości, mogą pomóc zapewnić, że w czasie ustalania priorytetów państwa członkowskie nie zaniedbają tego sektora polityki, ponosząc w przyszłości negatywne konsekwencje gospodarcze i społeczne.

### **6.2. Skutki gospodarcze**

Pośrednie koszty gospodarcze znacznych nierówności zdrowotnych mogą być znaczne. Nie można jednak dokładnie ich określić. W jednym badaniu potencjalne korzyści gospodarcze z poprawy stanu zdrowia w całym społeczeństwie na poziom zdrowia osób z wyższym wykształceniem oszacowano na 1,2-9 % PKB.

Trudno jest określić koszty działań poprawiających dostępność i porównywalność danych, zwłaszcza w rozbiciu na status społeczno-ekonomiczny.

Ogólnie, postępy w zakresie czynników warunkujących zdrowie i nierówności zdrowotnych miałyby pozytywne skutki dla gospodarki. W długim okresie zyski zdrowotne i płynące ze zmniejszenia liczby utraconych lat życia w zdrowiu mogą nie mieć wpływu na koszty lub przynieść ogólne korzyści ekonomiczne.

## **7. OCENA WARIANTÓW**

Wszystkie trzy warianty pomogłyby osiągnąć ogólne cele, jednak wariant III miałby najpewniej największy wpływ. Wariant III generuje jednak dodatkowe koszty i napotyka na pewne bariery w realizacji. W oparciu o wykonalność (zdolność do działania w kontekście obecnego kryzysu) a także związane z nim koszty preferowany jest wariant II. Wariant II



można uznać za krok w kierunku dalszych działań na poziomie UE w zakresie zmniejszania nierówności zdrowotnych, przy pełnym poszanowaniu zasady pomocniczości.

## **8. MONITOROWANIE I OCENA**

Oceniane działania obejmują propozycje poprawy informowania, monitorowania i sprawozdawczości w zakresie zmniejszania nierówności zdrowotnych i czynników ich warunkujących, które można wykorzystać do monitorowania i oceny. Komisja skorzysta także z pomocy ekspertów w zakresie sporządzania regularnych analiz rozwoju polityki UE poprzez Europejskie Centrum Monitorowania Sytuacji Społecznej oraz Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej. Dodatkowym mechanizmem monitorowania jest sprawozdanie Komisji w 2012 r. na temat realizacji tej inicjatywy oraz postępów, jakie poczyniono w zakresie zmniejszania nierówności zdrowotnych. Przewidywane są również dalsze sprawozdania.

<b>Wariant I</b> – <i>Działania dotychczasowe</i>	<b>Wariant II</b> – <i>Działania dotychczasowe rozszerzone</i>	<b>Wariant III</b> – <i>Działania długookresowe</i>
--	---	--

--	--	--

**PL**

**PL**