

RO

RO

RO



COMISIA COMUNITĂȚILOR EUROPENE

Bruxelles, 20.10.2009
COM(2009) 567 final

**COMUNICARE A COMISIEI CĂTRE PARLAMENTUL EUROPEAN, CONSILIU,
COMITETUL ECONOMIC ȘI SOCIAL EUROPEAN ȘI COMITETUL
REGIUNILOR**

**SOLIDARITATE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII:
REDUCEREA INEGALITĂȚILOR ÎN MATERIE DE SĂNĂTATE ÎN UE**

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

**COMUNICARE A COMISIEI CĂTRE PARLAMENTUL EUROPEAN, CONSILIU,
COMITETUL ECONOMIC ȘI SOCIAL EUROPEAN ȘI COMITETUL
REGIUNILOR**

**SOLIDARITATE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII:
REDUCEREA INEGALITĂȚILOR ÎN MATERIE DE SĂNĂTATE ÎN UE**

(Text cu relevanță pentru SEE)

1. ȘANSE EGALE ȘI SOLIDARITATE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Cetățenii Uniunii Europene (UE) trăiesc, în medie, mai mult și se bucură de o sănătate mai bună decât generațiile anterioare. Cu toate acestea, UE se confruntă cu o provocare importantă: diferențele mari în materie de sănătate existente între statele membre și în interiorul acestora. În plus, există indicații că aceste diferențe s-ar putea mări. Creșterea ratei șomajului și incertitudinea datorată crizei economice actuale agravează și mai mult această situație. Prezenta comunicare lansează dezbateră necesară în vederea definirii la nivelul UE a măsurilor adiacente posibile pentru sprijinirea acțiunilor întreprinse de statele membre și de alte părți interesate în vederea soluționării acestei probleme.

Instituțiile comunitare și numeroase părți interesate și-au exprimat, inclusiv prin intermediul prezentei comunicări, preocuparea cu privire la amploarea și consecințele inegalităților în materie de sănătate - atât între statele membre, cât și în interiorul acestora. Consiliul European din iunie 2008 a subliniat importanța eliminării diferențelor existente între statele membre și în interiorul acestora în materie de sănătate și în privința speranței de viață¹. În 2007, Strategia UE în domeniul sănătății² a prezentat intenția Comisiei de a întreprinde acțiuni suplimentare în vederea reducerii inegalităților în materie de sănătate. Această intenție a fost reiterată în comunicarea Comisiei din 2008 cu privire la o agendă socială reînnoită³, care a reafirmat obiectivele sociale fundamentale ale Europei prin intermediul șanselor egale, al accesului egal și al solidarității și a anunțat comunicarea Comisiei cu privire la inegalitățile în materie de sănătate.

Comisia consideră că amploarea inegalităților în materie de sănătate existente între persoanele care trăiesc în diferite părți ale UE și între cetățenii UE din categoriile avantajate ale societății și cei din categoriile dezavantajate constituie o provocare pentru angajamentul UE în favoarea solidarității, a coeziunii sociale și economice, a drepturilor omului și a șanselor egale. Prin urmare, Comisia este hotărâtă să sprijine și să completeze eforturile depuse de statele membre și de alte părți interesate în vederea eliminării acestor diferențe.

2. INEGALITĂȚI ÎN MATERIE DE SĂNĂTATE ÎN UE

În timp ce nivelul mediu de sănătate în UE a continuat să se îmbunătățească în ultimele decenii, diferențele existente în materie de sănătate între persoanele care trăiesc în diferite părți ale UE și între categoriile sociale cele mai avantajate și categoriile cele mai

¹ <http://tinyurl.com/n2xl6b>

² COM (2007) 630.

³ COM (2008) 412.

dezavantajate rămân substanțiale, iar în unele cazuri aceste diferențe au crescut. Între statele membre ale UE există o diferență cvintuplă în privința deceselor sugarilor mai mici de un an, o diferență de 14 ani în privința speranței de viață la naștere a bărbaților și de 8 ani în privința speranței de viață la naștere a femeilor. Diferențe mari în materie de sănătate se regăsesc și între regiuni, între zonele urbane și cele rurale și între zonele învecinate.

În întreaga Uniune Europeană există variații sociale în privința stării de sănătate, persoanele cu un nivel mai scăzut de educație, cu ocupații mai modeste sau cu venituri mai mici fiind mai expuse unei morți premature, precum și prevalenței majorității tipurilor de probleme de sănătate⁴. Lucrătorii cu meserii predominant manuale sau care efectuează sarcini de rutină repetitive au o sănătate mai precară decât cei care efectuează sarcini non-manuale și mai puțin repetitive. Diferențele în privința speranței de viață la naștere dintre grupurile socio-economice cele mai defavorizate și grupurile socio-economice cele mai favorizate ajung până la 10 ani pentru bărbați și, respectiv, până la 6 ani pentru femei. Există, de asemenea, o dimensiune de gen importantă, având în vedere faptul că femeile trăiesc, în general, mai mult decât bărbații dar se pot confrunța cu probleme de sănătate mai frecvent decât aceștia.

Grupurile vulnerabile și cele excluse din punct de vedere social precum unii migranți sau persoanele care aparțin unor etnii minoritare, persoanele cu handicap sau cele fără domiciliu se confruntă, în medie, în mod special cu probleme grave de sănătate⁵. De exemplu, românii au o speranță de viață estimată cu 10 ani mai mică decât restul populației⁶. Printre motivele stării proaste de sănătate a persoanelor care aparțin acestor grupuri se pot număra locuințele precare, alimentația proastă și comportamentele legate de sănătate precum discriminarea, stigmatizarea și barierele în calea accesului la sănătate și la alte servicii⁷.

Inegalitățile în materie de sănătate se datorează diferențelor existente între grupurile de populație în privința unei game largi de factori care afectează sănătatea. Printre acești factori se numără: condițiile de viață; comportamentele legate de sănătate; educația, ocupația și venitul; serviciile de asistență medicală, de prevenire a bolilor și de promovare a sănătății, precum și politicile publice care influențează cantitatea, calitatea și distribuția acestor factori. Inegalitățile în materie de sănătate se manifestă de la naștere și persistă până la vârste înaintate. Inegalitățile cu care persoanele se confruntă la începutul vieții cu privire la accesul la învățământ, locuri de muncă și asistență medicală, precum și inegalitățile bazate pe gen sau rasă pot avea un impact critic asupra stării sănătății oamenilor pe parcursul întregii vieți. Combinația între sărăcie și alte caracteristici vulnerabile precum vârsta fragedă sau vârsta înaintată, handicapul sau apartenența la o minoritate contribuie la creșterea riscurilor pentru sănătate.

Diferențele în materie de sănătate sunt legate de anumiți factori socio-economici⁸. Condițiile economice pot afecta multe aspecte ale condițiilor de trai care au un impact asupra sănătății. Unele zone din Uniunea Europeană încă duc lipsă de sisteme adecvate care să asigure

⁴ „Inegalități în materie de sănătate: profilul Europei” (*Health inequalities: Europe in profile*). Mackenbach J., 2006.

⁵ SEC(2006) 410.

⁶ SEC(2008) 2172.

⁷ „Eliminarea barierelor: femeile rome și accesul la serviciile publice de asistență medicală.” (*Breaking the barriers: Romani women and access to public health care*). Centrul European de Monitorizare a Rasismului și Xenofobiei 2003.

⁸ „Monitorizarea progreselor realizate în vederea realizării obiectivelor Strategiei europene pentru protecție socială și incluziune socială, 2008” (*Monitoring progress towards the objectives of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion, 2008*).

confortul elementar precum sanitația sau aprovizionarea cu apă. Factorii culturali care afectează stilul de viață și comportamentul legat de sănătate sunt, de asemenea, foarte diferiți de la o regiune la alta și de la un grup de populație la altul. Multe regiuni, în special unele regiuni din noile state membre, se luptă să asigure populației lor serviciile de sănătate necesare. Printre barierele în calea accesului la serviciile de asistență medicală se pot număra lipsa asigurării medicale, costul ridicat al asistenței medicale, lipsa informațiilor despre serviciile oferite, barierele lingvistice și cele culturale. Unele studii efectuate au sugerat faptul că, pentru necesități medicale echivalente, grupurile sociale mai sărace utilizează serviciile de asistență medicală mai rar decât grupurile sociale mai înstărite.

Deoarece inegalitățile în materie de sănătate nu sunt fortuite, ci sunt influențate în mare măsură de acțiunile persoanelor, ale guvernelor, ale părților interesate și ale comunităților, acestea nu sunt inevitabile. Acțiunile de reducere a inegalităților în materie de sănătate presupun abordarea acelor factori care au un impact inegal asupra sănătății populației într-un mod în care este evitabil și care pot fi ameliorați prin intermediul politicii publice.

3. POLITICI UE ADIACENTE ACTUALE

În 2006, Consiliul a convenit asupra unor concluzii privind valorile și principiile comune ale sistemelor de sănătate comunitare, subliniind scopul general de reducere a inegalităților în materie de sănătate⁹. Îmbunătățirea accesului la serviciile de asistență medicală și la sistemele de prevenire a bolilor și de promovare ar putea atenua, cu siguranță, unele dintre inegalitățile în materie de sănătate, astfel cum s-a specificat în Strategia UE în domeniul sănătății. Contribuția la reducerea inegalităților în materie de sănătate ar trebui asigurată prin punerea în practică a unor inițiative precum recomandarea Consiliului privind depistarea cancerului, comunicarea privind telemedicina¹⁰, comunicarea privind siguranța pacienților¹¹ sau propunerea de directivă privind aplicarea drepturilor pacienților în asistența medicală transfrontalieră.

Eliminarea inegalităților în materie de sănătate este o acțiune cheie din cadrul Strategiei UE în domeniul sănătății (2008-2013) care identifică egalitatea în materie de sănătate drept o valoare fundamentală și care a dus la o orientare către eliminarea inegalităților în domenii precum sănătatea mentală, tutunul, tineretul, cancerul și HIV/SIDA. Programul UE în domeniul sănătății publice a sprijinit identificarea și dezvoltarea unor activități menite să elimine inegalitățile în materie de sănătate, inclusiv a unui ghid european al bunelor practici¹². S-au făcut primii pași în direcția îmbunătățirii colectării datelor și a creării unei rețele de state membre și de părți interesate principale.

Prin intermediul Metodei deschise de coordonare pentru protecție socială și incluziune socială (MDC socială)¹³, statele membre ale UE au convenit asupra obiectivului de a elimina inegalitățile în materie de sănătate. Acest obiectiv este susținut de un set comun de indicatori, pe baza activităților Eurostat privind statisticile în domeniul sănătății publice. Analiza la nivel comunitar a rapoartelor statelor membre referitoare la strategiile naționale privind protecția socială și incluziunea socială a contribuit la stimularea dezbaterilor și a acțiunilor în cadrul

⁹ JO C 146, 22.6.2006, p. 1.

¹⁰ COM (2008) 689.

¹¹ COM (2008) 836.

¹² Ghidul european al bunelor practici de reducere a inegalităților în materie de sănătate. <http://tinyurl.com/ybrpdy2>

¹³ COM (2005) 706.

statelor membre. La nivel comunitar, începând cu anul 2005, un grup de experți a revizuit dovezile și a schimbat informații cu privire la politici și practici¹⁴. Programele comunitare în domeniul sănătății au sprijinit inițiative privind inegalitățile în materie de sănătate. Programele-cadru în domeniul cercetării (în prezent, PC7) asigură un sprijin important cercetării în acest domeniu și o varietate de programe de acțiune printre care Programul în domeniul sănătății și programul comunitar PROGRESS pentru solidaritate socială și ocupare a forței de muncă¹⁵, studii financiare, exemple de bune practici și inovații în materie de politică.

Alte politici comunitare pot contribui, de asemenea, la reducerea inegalităților în materie de sănătate. Reducerea inegalităților în materie de sănătate reprezintă, de asemenea, un obiectiv referitor la provocările în domeniul sănătății publice identificate în cadrul strategiei comunitare de dezvoltare durabilă¹⁶. Scopul unei distribuiri mai egale a sănătății este susținut de obiectivele generale ale UE de creștere economică și solidaritate socială incluse în strategia de la Lisabona. Legislația comunitară în domeniul dreptului muncii și al protecției sănătății și securității lucrătorilor contribuie la reducerea accidentelor la locul de muncă și a incidenței bolilor profesionale. Politica UE în domeniul mediului înconjurător și politicile de piață din cadrul Politicii agricole comune sprijină o serie de inițiative care pot contribui la îmbunătățirea nivelului de sănătate. UE asigură sprijin financiar prin intermediul politicii de coeziune și a Fondului european agricol pentru dezvoltare rurală care pot fi utilizate în vederea reducerii disparităților dintre regiuni prin investiții în factorii determinanți ai inegalităților în materie de sănătate, cum ar fi condițiile de trai, serviciile de formare profesională și de ocupare a forței de muncă, transportul, tehnologiile, sănătatea și infrastructura pentru asistența socială. Mai multe considerații referitoare la contribuția politicilor comunitare actuale sunt incluse în evaluarea impactului care însoțește prezenta comunicare.

4. ÎNTREPRINDEREA UNOR ACȚIUNI PRIVIND INEGALITĂȚILE ÎN MATERIE DE SĂNĂTATE: O ABORDARE BAZATĂ PE COLABORARE

Necesitatea unor acțiuni suplimentare apare din pricina înmulțirii dovezilor privind amploarea și persistența inegalităților în materie de sănătate în Uniunea Europeană, precum și din pricina preocupărilor referitoare la consecințele pentru sănătate, coeziune socială și dezvoltarea economică în cazul în care problema inegalităților în materie de sănătate nu va fi soluționată în mod eficient. Acțiunile existente par a fi avut doar un impact limitat și există riscul ca aceste diferențe să se mărească ca urmare a dificultăților economice recente. În plus, îmbunătățirea nivelului de sănătate al tuturor grupurilor de populație este esențială în contextul îmbătrânirii populației UE pentru a contribui la durabilitatea sistemelor de protecție socială.

În timp ce principala responsabilitate pentru politica în domeniul sănătății revine statelor membre, acestea nu dispun de aceleași resurse, instrumente și expertiză pentru a aborda diversele cauze ale inegalităților în materie de sănătate. Comisia Europeană poate contribui prin garantarea faptului că politicile și acțiunile comunitare relevante iau în considerare

¹⁴ <http://tinyurl.com/dmycvx>

¹⁵ JO L 354, 31.12.2008, p. 70.

¹⁶ Consiliul Uniunii Europene. Doc 10117/06. 9 iunie 2006.

obiectivul eliminării factorilor care creează sau contribuie la inegalitățile existente în rândul populației comunitare.

UE ar trebui să utilizeze în acest scop în modul cel mai eficient mecanismele și instrumentele disponibile. De exemplu, aceasta poate juca un rol important în sensibilizare, în promovarea și acordarea de asistență în schimbul de informații și de cunoștințe dintre statele membre în cauză, identificând și diseminând bunele practici și facilitând elaborarea unor politici ajustate pentru problemele specifice predominante în statele membre și/sau grupurile sociale speciale. De asemenea, Uniunea Europeană monitorizează și evaluează progresele realizate în aplicarea unor astfel de politici

5. ASPECTE CHEIE CARE TREBUIE ABORDATE

Experiența acumulată până în prezent evidențiază unele probleme importante care trebuie soluționate în vederea consolidării acțiunilor existente în favoarea reducerii inegalităților în materie de sănătate.

Distribuția echitabilă a sănătății ca parte a dezvoltării economice și sociale generale

În general, nivelul sănătății este asociat cu bunăstarea. Țările și regiunile mai bogate beneficiază, în medie, de un nivel mai ridicat de sănătate conform măsurătorilor efectuate prin diverși indici. Dar această relație nu este constantă. Mai multe resurse economice asigură un potențial mai ridicat de menținere și îmbunătățire a sănătății, dar numai atunci când acestea sunt utilizate în acest scop. Este clar faptul că nu toate grupurile sociale au beneficiat în aceeași măsură de progresele economice. Ceea ce este important este să se creeze un model de dezvoltare economică și socială generală care să conducă la o mai mare creștere economică, precum și la o mai bună solidaritate, coeziune și un nivel mai ridicat de sănătate. Fondurile structurale comunitare au un rol vital în acest sens.

Realizarea obiectivelor de creștere economică și îmbunătățire a coeziunii sociale reprezintă scopul agendei de la Lisabona. Indicatorul speranței de viață sănătoasă este măsura actuală de monitorizare a progreselor realizate privind dimensiunea sănătății, astfel cum este prevăzută în agenda de la Lisabona. Ar putea fi analizată posibilitatea ca monitorizarea atentă a indicatorilor referitori la sănătate să fie utilizată drept un instrument folositor pentru monitorizarea dimensiunii sociale.

Îmbunătățirea bazei de date și cunoștințe și a mecanismelor de măsurare, monitorizare, evaluare și raportare

Măsurarea inegalităților în materie de sănătate reprezintă un prim pas fundamental în direcția unor acțiuni eficiente. Cu toate că există dovezi concludente în acest sens în mai multe domenii, sunt necesare informații mai detaliate privind efectele și importanța diferitor factori determinanți ai sănătății pentru a pune în aplicare acțiuni eficiente legate de anumite grupuri de populație și anumiți factori determinanți.

Cunoștințele privind eficiența politicilor în eliminarea inegalităților necesită, de asemenea, îmbunătățiri. În ciuda cercetărilor privind eficiența intervențiilor în domeniul sănătății publice și a efectelor avute de alte politici și acțiuni asupra stării sănătății, doar puține dintre acestea au fost evaluate în mod special din punct de vedere al impactului lor diferit asupra sănătății diverselor grupuri sociale sau zone. Evaluarea impactului politicilor în afara sectorului sănătății publice este și mai limitat.

Lipsa datelor comunitare comparabile și disponibile în mod obișnuit, precum și a cunoștințelor rezultate din cercetări reprezintă un obstacol în calea evaluării situației actuale, a reformulării priorităților politice, a efectuării de comparații, a elaborării de bune practici și a realocării resurselor pentru necesitățile cele mai stringente. Datele existente în prezent și cele care vor fi disponibile în viitor la nivelul UE, în special prin punerea în aplicare completă a anchetelor comunitare precum ancheta comunitară referitoare la venit și la condițiile de viață (EU SILC), ancheta europeană de sănătate prin intermediul interviului și ancheta comunitară privind persoanele cu handicap, precum și punerea în aplicare a reglementărilor în toate domeniile statisticilor publice în domeniul sănătății ar trebui utilizate pentru a crea elemente de măsurare a inegalităților în materie de sănătate care vor permite efectuarea unor comparații în timp și pentru întregul teritoriu al Uniunii Europene. Coerența cu alte seturi de date internaționale ar trebui să fie asigurată, de asemenea.

Cauzele inegalităților în materie de sănătate variază de la un stat membru la altul și de la un anumit grup de populație la altul. Statele membre ar trebui să aibă drept scop stabilirea, în strânsă colaborare cu Comisia, unui set comun de indicatori de monitorizare a inegalităților în materie de sănătate și a unei metodologii de auditare a situației sănătății în statele membre, cu scopul de a identifica și prioritiza domeniile în care trebuie aduse îmbunătățiri și de a identifica bune practici. Comisia ar putea sprijini statele membre să își realizeze obiectivele prin asigurarea analizei și a sprijinului pe baza informațiilor disponibile. Acesta ar putea fi un instrument folositor statelor membre pentru elaborarea, prioritizarea și punerea în aplicare a unor politici mai eficace și mai eficiente adaptate situației lor specifice și pentru utilizarea mai eficientă a instrumentelor comunitare existente în scopul sprijinirii acțiunilor întreprinse.

Proiecte pilot de finanțare și proiecte de înfrățire, precum și programe de evaluare *inter pares* ar putea ajuta statele membre să pună în aplicare astfel de politici. Evaluările *inter pares* ar trebui să cuprindă analiza politicilor existente, a programelor sau acordurilor instituționale care au fost identificate drept bune practici.

Acțiuni la nivelul UE:

Sprijinirea dezvoltării suplimentare și a colectării datelor și a indicatorilor privind inegalitățile în materie de sănătate în funcție de vârstă, gen, nivel socio-economic și dimensiune geografică.

Dezvoltarea unor abordări de audit al inegalităților în materie de sănătate prin intermediul programului în domeniul sănătății, în cooperare cu statele membre care doresc să participe la această acțiune.

Orientarea cercetării în UE către eliminarea diferențelor de cunoștințe privind inegalitățile în materie de sănătate – inclusiv a activităților din cadrul temelor „Sănătate” și „Științe socio-economice și umaniste” din cel de-al șaptelea program-cadru al Uniunii Europene pentru activități de cercetare.

Sublinierea importanței cercetării și diseminării bunelor practici relevante pentru eliminarea inegalităților în materie de sănătate de către agențiile comunitare printre care: Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor și Agenția Europeană pentru Sănătate și Securitate în Muncă.

Obținerea angajamentului din partea întregii societăți

Reducerea inegalităților în materie de sănătate înseamnă crearea unui impact asupra sănătății oamenilor în viața de zi cu zi a acestora, la locul de muncă, la școală și în timpul liber petrecut în comunitate. În afara guvernelor naționale, autoritățile de la nivelul regional din numeroase țări au un rol important în cadrul serviciilor de sănătate publică și a serviciilor de sănătate și, prin urmare, trebuie să fie implicate în mod activ. Sectorul sănătății deține un rol principal, atât în asigurarea accesului echitabil la serviciile de asistență medicală, cât și în privința sprijinului acordat cunoașterii și formării profesionale pentru profesioniștii din domeniul sănătății și pentru alte sectoare. Administrațiile locale, angajatorii și alte părți interesate au, de asemenea, o contribuție vitală.

Astfel, îmbunătățirea schimbului de informații și de cunoștințe, precum și îmbunătățirea coordonării politicilor între diferitele niveluri de guvernare și între unele sectoare (asistența medicală, ocuparea forței de muncă, protecția socială, protecția mediului, învățământul, tineretul și dezvoltarea regională) pot crea acțiuni mai eficiente și pot obține un impact mai însemnat și mai îndelungat. Este nevoie, de asemenea, să se creeze parteneriate mai eficiente cu părțile interesate care pot sprijini promovarea acțiunilor privind diverși factori sociali determinanți și, astfel, pot îmbunătăți rezultatele în domeniul sănătății.

Acesta este un domeniu în care statele membre pot învăța unele de la celelalte atunci când își elaborează propriile strategii politice. UE poate contribui prin consolidarea mecanismelor de coordonare a politicilor și prin facilitarea schimbului de informații și bune practici între statele membre și părțile interesate. Inițiative precum Forumul European de Politici de Sănătate, Parteneriatul european privind lupta împotriva cancerului, Forumul privind sănătatea și consumul de alcool sau Platforma europeană privind alimentația, activitatea fizică și sănătatea sunt instrumente importante pentru eliminarea inegalităților în materie de sănătate, în conformitate cu agenda politicii în acest domeniu.

În cadrul MDC socială, Comisia și-a anunțat¹⁷ intenția de a utiliza mai pe larg evaluările *inter pares* și finanțările PROGRESS și de a lua în considerare obiective pentru starea sănătății cu scopul de a susține angajamentul și realizarea obiectivelor comune.

De asemenea, Comisia va profita de interesul manifestat de Comitetul regiunilor în cadrul consultării referitoare la prezenta comunicare și va urmări să obțină în cadrul acordurilor de cooperare regională în domeniul sănătății, un accent mai pronunțat asupra inegalităților în materie de sănătate.

Acțiuni la nivelul UE:

Dezvoltarea unor modalități de implicare a părților interesate relevante la nivel european în vederea promovării, asimilării și diseminării bunelor practici.

Includerea inegalităților în materie de sănătate printre domeniile prioritare din cadrul acordurilor de cooperare în domeniul sănătății aflate în desfășurare între regiunile europene și Comisie.

Dezvoltarea de acțiuni și instrumente pentru formarea profesională pentru a elimina inegalitățile în materie de sănătate, utilizând programul în domeniul sănătății, FSE și alte mecanisme.

¹⁷ COM (2008) 418.

Stimularea reflecției asupra focalizării dezvoltării în cadrul Comitetului pentru protecție socială prin intermediul unor documente de dezbatere.

Împlinirea necesităților grupurilor vulnerabile

Eliminarea eficientă a inegalităților în materie de sănătate necesită politici care să includă atât acțiuni de reducere a variațiilor de sănătate în întreaga societate, precum și acțiuni care vizează în mod special grupurile vulnerabile. Trebuie acordată o atenție specială necesităților persoanelor sărace, migranților dezavantajați și grupurilor etnice minoritare, persoanelor cu handicap, persoanelor în vârstă sau copiilor care trăiesc în sărăcie. Pentru unele grupuri, problema inegalităților în materie de sănătate inclusiv a accesului redus la asistență medicală adecvată, poate fi calificată drept problemă care pune în pericol drepturile lor fundamentale.

Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene specifică dreptul la asistență socială și la asistență în vederea obținerii unui domiciliu pentru a asigura traiul decent al tuturor celor care nu au resurse suficiente; accesul la serviciile de asistență medicală preventivă și dreptul de a beneficia de tratament medical și la condiții de lucru care nu pun în pericol sănătatea. Convenția Națiunilor Unite privind drepturile copilului specifică unele drepturi legate de nevoile de bază ale copiilor care pot afecta sănătatea acestora, în timp ce Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu handicap specifică dreptul de acces al persoanelor cu handicap la serviciile de asistență medicală. Inegalitățile în materie de sănătate figurează printre cele patru domenii prioritare ale inițiativei Comisiei privind sănătatea tinerilor, lansată în 2009.

Schimbările demografice și îmbătrânirea populației vor duce la noi provocări pentru sănătate.

Consiliul a identificat nevoia adoptării unor acțiuni suplimentare privind necesitățile în materie de sănătate ale migranților și rromilor¹⁸, precum și ale tinerilor cu oportunități reduse¹⁹. Comisia inițiază un proiect pilot privind incluziunea rromilor, în cadrul căruia sunt prevăzute acțiuni în domeniul sănătății și intervenții integrate în domeniul învățământului, cel social și economic, precum și cooperări transfrontaliere.

Ar trebui asigurat un grad mai mare de utilizare a politicii de coeziune și a fondurilor structurale asociate pentru a promova intervențiile în favoarea sănătății grupurilor vulnerabile precum rromii.

Acțiuni la nivelul UE:

Lansarea de inițiative în colaborare cu statele membre în vederea sensibilizării și a promovării acțiunilor de îmbunătățire a accesului și al adecvării serviciilor de asistență medicală, a promovării sănătății și a asistenței medicale preventive pentru migranți și minoritățile etnice, precum și alte grupuri vulnerabile, prin intermediul identificării și al schimbului de bune practici sprijinite de programe în domeniul sănătății și de alte tipuri de programe.

Asigurarea includerii obiectivului reducerii inegalităților în materie de sănătate în viitoarele inițiative privind îmbătrânirea în condiții bune de sănătate.

¹⁸ Concluziile Consiliului cu privire la incluziunea rromilor. <http://tinyurl.com/kne9s5>

¹⁹ Rezoluția Consiliului din 20 noiembrie 2008 privind sănătatea și bunăstarea tinerilor.

Pentru summit-ul de la Roma din 2010, se va pregăti un raport privind utilizarea instrumentelor și a politicilor comunitare pentru incluziunea romilor care să cuprindă o secțiune privind inegalitățile în materie de sănătate.

Examinarea modului în care Agenția pentru Drepturi Fundamentale a Uniunii Europene ar putea, în limitele mandatului său, colecta informații privind măsura în care grupurile vulnerabile pot suferi de pe urma inegalităților în materie de sănătate în UE, în special în privința accesului la servicii adecvate de asistență medicală, socială și de asistență pentru găsierea unei locuințe.

Efectuarea de activități privind inegalitățile în materie de sănătate ca parte integrantă a Anului european de luptă împotriva sărăciei și excluziunii sociale (2010).

Sporirea contribuției politicilor comunitare

Astfel cum s-a menționat în secțiunea 3, s-ar putea utiliza unele politici comunitare care pot contribui în mod direct sau indirect la eliminarea inegalităților în materie de sănătate, precum și unele instrumente disponibile la nivel comunitar. Există posibilități suplimentare de sporire a contribuției politicilor comunitare printr-o mai bună înțelegere a impactului acestora asupra sănătății și prin intermediul unei mai bune integrări politice. Aceasta ar duce la o mai bună priorizare și la o utilizare mai eficientă a instrumentelor existente.

În timp ce în privința reducerii inegalităților în materie de sănătate există un consens general, nivelul de conștientizare a amplitudinii acțiunilor adoptate variază considerabil. Peste jumătate dintre statele membre UE nu pun, în cadrul politicilor, accent pe reducerea inegalităților în materie de sănătate și lipsesc strategii cuprinzătoare intersectoriale²⁰. În plus, politicile puse în aplicare nu sunt evaluate și diseminate, fapt care limitează cunoașterea eficienței politicilor. UE deține un rol în îmbunătățirea coordonării politicilor și în promovarea partajării bunelor practici.

Diversele politici ale Comisiei ar trebui să continue să sprijine statele membre în crearea unui acces mai echitabil la serviciile de asistență medicală de calitate, precum și la sistemele de prevenire și promovare. UE ar putea contribui la promovarea unei cooperări mai eficiente între sistemele de sănătate, astfel cum se prevede în propunerea de directivă privind aplicarea drepturilor pacienților în asistența medicală transfrontalieră. Aceasta ar putea contribui, de asemenea, la o mai bună înțelegere și ar putea propune soluții pentru provocările cu care se confruntă sistemele de sănătate din punct de vedere al capacității forței de muncă europene în domeniul sănătății și ar putea contribui, de asemenea, la evaluarea modului de utilizare eficientă a noilor tehnologii din sectorul sănătății.

Politica comunitară de coeziune este importantă în realizarea obiectivelor de la Lisabona privind coeziunea economică și socială și poate reprezenta un instrument puternic pentru eliminarea inegalităților în materie de sănătate. Orientările strategice comunitare actuale stabilesc posibilitatea utilizării fondurilor pentru acțiunile legate de domeniul sănătății. Statele membre au alocat aproximativ 5 miliarde de euro din fonduri (1,5% din totalul fondurilor disponibile) categoriei „Infrastructura de sănătate” pentru perioada 2007-2013. Utilizarea sporită a oportunităților de finanțare oferite de politica de coeziune pentru eliminarea inegalităților în materie de sănătate ar necesita îmbunătățiri în ceea ce privește: cunoașterea

²⁰ SEC(2006) 410.

oportunității de utilizare a fondurilor în acest domeniu; coordonarea între departamentele politicii naționale și capacitatea tehnică de dezvoltare a investițiilor în acest domeniu. Ar trebui depuse eforturi în vederea obținerii unui accent sporit pe sănătate în cadrul perioadei următoare de programare și a realizării unei mai bune coordonări între documentele strategice din cadrul politicii comunitare de coeziune și prioritățile identificate în MDC socială.

Punerea în aplicare la nivel național a legislației comunitare privind sănătatea și siguranța la locul de muncă și a strategiei comunitare privind sănătatea și siguranța la locul de muncă 2007-2012 oferă o ocazie de a reduce inegalitățile în materie de sănătate în UE prin protejarea sănătății lucrătorilor și reducerea impactului negativ al unora dintre factorii determinanți ai sănătății acestora. Ar trebui acordată mai multă atenție inegalităților în materie de sănătate în contextul promovării egalității de șanse între femei și bărbați.

În prezent, puține acțiuni politice sunt evaluate după punerea în aplicare din punct de vedere al impactului lor asupra inegalităților în materie de sănătate. Pe baza activităților efectuate, sunt necesare acțiuni suplimentare de dezvoltare a unor mecanisme de evaluare a impactului politicilor actuale asupra sănătății (evaluare *ex post*) în cazul diverselor grupuri de populație, în vederea obținerii de informații pentru elaborarea politicilor viitoare. Astfel de mecanisme nu pot fi universale și vor trebui să utilizeze bunele practici dezvoltate în statele membre. În plus, UE poate utiliza rapoartele existente printre care raportul privind coeziunea, raportul privind ocuparea forței de muncă și raportul de la Lisabona în vederea analizării relației dintre aceste politici și rezultatele obținute în domeniul sănătății în întreaga Uniune Europeană și pentru toate grupurile de populație.

De asemenea, UE s-a angajat să sprijine alte țări în domeniul sănătății și în domeniile asociate acesteia. Comisia OMS privind factorii sociali determinanți ai sănătății²¹ a descris recent diferențele considerabile dintre țări și grupuri sociale din întreaga lume și a făcut apel la acțiuni concertate la toate nivelurile de guvernare în vederea eliminării acestor diferențe. Activitățile UE pot afecta sănătatea în țările terțe în diverse moduri printre care comerțul, asistența pentru dezvoltare, activitățile de cooperare cu organizațiile internaționale și schimbul de cunoștințe. Experiența UE în privința eliminării inegalităților în materie de sănătate poate avea relevanță și în afara UE. Prin urmare, ar trebui explorate eventualele sinergii între ajutorul pentru dezvoltare acordat de Comisie și activitățile din UE privind inegalitățile în materie de sănătate. UE ar trebui, de asemenea, să ia legătura cu organizațiile internaționale relevante privind activitățile în acest domeniu.

Acțiuni la nivelul UE:

Acordarea unui sprijin suplimentar mecanismelor existente pentru coordonarea politicii și schimbul de bune practici privind inegalitățile în materie de sănătate între statele membre, cum ar fi grupul de experți UE privind factorii sociali determinanți ai sănătății și inegalitățile în materie de sănătate²², care asigură legătura atât cu Comitetul pentru protecție socială, cât și cu Grupul de lucru pentru sănătate publică al Consiliului.

Analiza posibilităților de acordare a asistenței către statele membre în vederea unei mai bune utilizări a politicii comunitare de coeziune și a fondurilor structurale în vederea sprijinirii activităților de eliminare a factorilor care contribuie la inegalitățile în materie de sănătate.

²¹ Raportul final al Comisiei privind factorii sociali determinanți ai sănătății. OMS 2008.

²² Mandatul actual poate fi găsit la adresa: <http://tinyurl.com/1947z8>

Încurajarea statelor membre să utilizeze mai frecvent opțiunile existente în politica de dezvoltare rurală și în politica de piață din cadrul PAC (furnizarea laptelui pentru școli și a alimentelor pentru persoanele nevoiașe, proiectul care încurajează consumul de fructe în școli) pentru a sprijini grupurile vulnerabile și zonele rurale cu necesități deosebite.

Dialogul politic cu statele membre și cu părțile interesate privind egalitatea și alte valori fundamentale cheie în domeniul sănătății, astfel cum este prevăzut în strategia comunitară în domeniul sănătății.

Asigurarea finanțării în cadrul PROGRESS, inclusiv pentru evaluările *inter pares* și organizarea în 2010 a unei cereri de propuneri pentru a asista statele membre în dezvoltarea strategiilor relevante.

Organizarea unui forum privind sănătatea și restructurarea pentru a analiza măsurile adecvate de reducere a inegalităților în domeniul sănătății.

Inițiativa Comisiei privind rolul UE în sănătatea mondială.

6. URMĂTOARELE ETAPE

Eliminarea inegalităților în materie de sănătate este un proces îndelungat. Acțiunile prevăzute în prezenta comunicare sunt menite să asigure cadrul pentru acțiunile susținute din acest domeniu. Pe baza prezentei comunicări și a discuțiilor care vor avea loc în viitor în cadrul Consiliului, Comisia intenționează să desfășoare, în perioada următoare, acțiuni în cooperare cu statele membre și părțile interesate. Un prim raport de activitate privind situația existentă va fi elaborat în 2012.