

IV

(Informácie)

INFORMÁCIE INŠTITÚCIÍ, ORGÁNOV, ÚRADOV A AGENTÚR EURÓPSKEJ
ÚNIE

RADA

Závery Rady o odstraňovaní rozdielov v zdravotnom stave v rámci EÚ prostredníctvom
spoločných opatrení na podporu zdravého životného štýlu

(2011/C 359/05)

RADA EURÓPSKEJ ÚNIE,

PRIPOMÍNA, že podľa článku 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie sa pri stanovení a uskutočňovaní všetkých politík a činností Únie zabezpečí vysoká úroveň ochrany ľudského zdravia. Činnosti Únie, ktoré dopĺňajú vnútroštátne politiky, sú zamerané na zlepšenie verejného zdravia, prevenciu chorôb a ochorení a odstraňovanie zdrojov nebezpečenstva pre telesné a duševné zdravie. Únia a členské štáty podporujú spoluprácu s tretími krajinami a s príslušnými medzinárodnými zdravotníckymi organizáciami v oblasti verejného zdravia.

PRIPOMÍNA:

— politické vyhlásenie z Ria o sociálnych determinatoch zdravia, prijaté 21. októbra 2011 na svetovej konferencii o sociálnych determinatoch zdravia konanej v Riu de Janeiro,

— politické vyhlásenie zasadnutia Valného zhromaždenia na vysokej úrovni o prevencii a kontrole neprenosných chorôb, ktoré prijalo Valné zhromaždenie Organizácie Spojených národov 19. septembra 2011 ⁽¹⁾,

— Rámcový dohovor Svetovej zdravotníckej organizácie o kontrole tabaku a usmernenia na jeho vykonávanie,

— výročnú správu Platformy EÚ pre výživu, fyzickú aktivitu a zdravie ⁽²⁾ za rok 2011,

⁽¹⁾ Organizácia Spojených národov A/RES/66/2 (A/66/L.1).

⁽²⁾ 28. júla 2011. http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/eu_platform_2011frep_en.pdf

— závery Rady z 8. júna 2010 s názvom „Rovnosť a zdravie vo všetkých politikách: solidarita v oblasti zdravia“ ⁽³⁾,

— závery Rady zo 7. decembra 2010 s názvom „Inovačné prístupy ku chronickým ochoreniam v oblasti verejného zdravia a systémov zdravotnej starostlivosti“ ⁽⁴⁾,

— oznámenie Komisie s názvom „Európa 2020: Stratégia na zabezpečenie inteligentného, udržateľného a inkluzívneho rastu“ ⁽⁵⁾,

— závery Rady z 1. decembra 2009 o alkohole a zdraví ⁽⁶⁾,

— odporúčanie Rady z 30. novembra 2009 o prostredí bez dymu ⁽⁷⁾,

— oznámenie Komisie z 20. októbra 2009 s názvom „Solidarita v oblasti zdravia: zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v EÚ“ ⁽⁸⁾,

— záverečnú správu Komisie o sociálnych determinatoch ovplyvňujúcich zdravie (CSDH) s názvom „Preklenie rozdielov v zdraví za jedno generáčne obdobie: dosahovanie rovnosti v zdraví prostredníctvom pôsobenia na sociálne determinanty zdravia“, CSDH (2008),

⁽³⁾ 9947/10.

⁽⁴⁾ Ú. v. EÚ C 74, 8.3.2011, s. 4.

⁽⁵⁾ 7110/10 [KOM(2010) 2020].

⁽⁶⁾ Ú. v. EÚ C 302, 12.12.2009, s. 15.

⁽⁷⁾ Ú. v. EÚ C 296, 5.12.2009, s. 4.

⁽⁸⁾ 14848/09 [KOM(2009) 567 v konečnom znení].

- rezolúciu Svetového zdravotníckeho zhromaždenia (WHA62.14) o znižovaní nerovností v oblasti zdravia prostredníctvom opatrení týkajúcich sa sociálnych determinantov zdravia a rezolúciu (WHA61.18) o monitorovaní výsledku miléniových rozvojových cieľov súvisiacich so zdravím, ktoré prijali okrem iných aj členské štáty EÚ,
- rezolúciu EUR/RC61/R1 „Nová európska politika v oblasti zdravia – Zdravie 2020: vízie, hodnoty, hlavné smery a prístupy“, ktorá sa prijala na zasadnutí regionálneho výboru WHO pre Európu 14. septembra 2011,
- bielu knihu Komisie o športe ⁽¹⁾,
- závery Rady zo 6. decembra 2007 o vykonávaní stratégie riešenia zdravotných problémov súvisiacich s výživou, nadváhou a obezitou na úrovni EÚ ⁽²⁾,
- bielu knihu Komisie s názvom „Spoločne za zdravie: strategický prístup EÚ na obdobie 2008 – 2013“ ⁽³⁾,
- zelenú knihu Komisie „K Európe bez tabakového dymu: možnosti politiky na úrovni EÚ“ ⁽⁴⁾,
- závery Rady z 30. novembra 2006 o zdraví vo všetkých politikách ⁽⁵⁾.

UZNÁVA, ŽE:

1. Rozsah rozdielov v zdravotnom stave v rámci EÚ nie je v súlade so základnými hodnotami EÚ, ako sú solidarita, rovnosť a univerzálnosť.
2. Rozdiely v zdravotnom stave sa chápu ako populačné rozdiely v predčasnej úmrtnosti, chorobnosti a zdravotnom postihnutí medzi členskými štátmi a v rámci nich, ako aj medzi regiónmi EÚ. Tieto rozdiely vyplývajú čiastočne z hlavných faktorov nezdravého životného štýlu (t. j. užívanie tabaku, poškodzovanie zdravia spôsobené alkoholom, nezdravé stravovacie návyky a nedostatok fyzickej aktivity), ktoré často súvisia so sociálnymi determinantmi ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.
3. Po prvom desaťročí nového tisícročia pretrvávajú rozdiely v zdravotnom stave v rámci EÚ, z ktorých niektoré sú posilnené nepriaznivou ekonomickou situáciou, ako aj demografickou výzvou stále viac starnúceho obyvateľstva EÚ.

⁽¹⁾ 11811/07 [KOM(2007) 391 v konečnom znení].

⁽²⁾ 15612/07.

⁽³⁾ 14689/07 [KOM(2007) 630 v konečnom znení].

⁽⁴⁾ 5899/07 [KOM(2007) 27 v konečnom znení].

⁽⁵⁾ 15487/06 (Presse 330).

⁽⁶⁾ CSDH (2008). Preklopenie rozdielov v zdraví za jedno generačné obdobie: dosahovanie rovnosti v zdraví prostredníctvom pôsobenia na sociálne determinanty zdravia. Záverečná správa Komisie o sociálnych determinantoch zdravia. Ženeva, Svetová zdravotnícka organizácia.

⁽⁷⁾ „Sociálne determinanty“ sa chápu tak, ako ich definovala WHO vo vyhlásení z konferencie z 21. októbra 2011 v Riu de Janeiro.

4. Zlý zdravotný stav má tiež vplyv na ľudský rozmer, ako aj sociálne, ekonomické dôsledky a finančné náklady.
5. Posilňovanie politik týkajúcich sa verejného zdravia, a najmä podpory zdravia a prevencie chorôb, by sa malo zameriavať na zvyšovanie povedomia o zdraví a vytváranie postojov obyvateľstva podporujúcich zdravie (s cieľom znížiť „negramotnosť“ v otázkach zdravia a umožniť občanom správne sa rozhodovať, pokiaľ ide o zdravie).
6. V osobitných oblastiach politiky by sa mal použiť prístup „zdravie vo všetkých politikách“ so zameraním na rovnosť, ako aj koordinované činnosti, ktoré majú najväčší vplyv na zdravie a ktoré by prispievali k znižovaniu pretrvávajúcich rozdielov v zdravotnom stave. K týmto politikám by mohli patriť politiky v oblasti zdravotníctva, vzdelávania, výskumu, životného prostredia, poľnohospodárstva, ekonomiky, zamestnanosti a sociálne politiky.
7. Lepšie hodnotenie a posúdenie môžu pomôcť určiť, či sú stratégie a politiky účinné pri riešení nerovností v zdravotnom stave a potrebách obyvateľstva v oblasti zdravia. Môžu tak podporiť členské štáty pri vytváraní a uskutočňovaní účinných stratégií v oblasti verejného zdravia a primeranej infraštruktúry.

VYJADRUJE SVOJ ZÁVÄZOK:

8. Podporovať stratégie zamerané na determinanty zdravia, v ktorých sa využívajú opatrenia určené pre celé obyvateľstvo doplnené opatreniami zameranými na zraniteľné skupiny, s cieľom znižovať rozdiely v zdravotnom stave, obzvlášť tie, ktorým sa dalo predísť, keďže sú dôsledkom nezdravého životného štýlu.
9. Urýchliť pokrok v boji proti nezdravému životnému štýlu, akým je napríklad užívanie tabaku, poškodzovanie zdravia spôsobené alkoholom, nezdravé stravovacie návyky a nedostatok fyzickej aktivity, ktoré vedú k zvýšenému výskytu neprenosných chronických chorôb, ako napríklad rakovina, choroby dýchacích ciest, kardiovaskulárne choroby, diabetes a duševné choroby, ktoré sa považujú za významné príčiny predčasnej úmrtnosti, chorobnosti a zdravotných postihnutí v Európskej únii.

VÍTA:

10. Iniciatívy prispievajúce k odstraňovaniu rozdielov v zdravotnom stave prostredníctvom zamerania sa na životný štýl, ktoré sa prijali na úrovni EÚ, program EÚ v oblasti zdravia, spoločné opatrenia (opatrenia pre rovnosť) zamerané na nerovnosti v oblasti zdravia ⁽⁸⁾ a prácu skupiny expertov EÚ zaoberajúcej sa sociálnymi determinantmi a nerovnosťami v oblasti zdravia.

⁽⁸⁾ Rozhodnutie Európskeho parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES z 23. októbra 2007, ktorým sa ustanovuje druhý akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013) (Ú. v. EÚ L 301, 20.11.2007, s. 3).

11. Stratégiu EÚ na podporu členských štátov v znižovaní poškodzovania zdravia spôsobeného alkoholom ako dôležitý krok smerom ku komplexnému prístupu k riešeniu poškodzovania zdravia spôsobeného alkoholom na úrovni EÚ i jednotlivých štátov, pričom sa dôraz kladie na skutočnosť, že nerovnosti v oblasti zdravia medzi jednotlivými skupinami obyvateľstva v rámci členských štátov a rozdiely v zdravotnom stave medzi členskými štátmi často súvisia okrem iného so škodlivým požívaním alkoholu ⁽¹⁾.
12. Prebiehajúce úsilie na vnútroštátnej úrovni a úrovni EÚ zamerané na znižovanie spotreby tabaku prostredníctvom právnych predpisov týkajúcich sa tabakových výrobkov ⁽²⁾ a reklamy na tabak ⁽³⁾, koordinácie s členskými štátmi, kampaní na zvyšovanie informovanosti a medzinárodnej spolupráce, a tým riešenie jedného z významných rizikových faktorov predčasnej úmrtnosti, chorobnosti a zdravotných postihnutí.
13. Pokrok vo vykonávaní stratégie riešenia zdravotných problémov súvisiacich s výživou, nadváhou a obezitou v Európe a najmä posilnený dôraz na zraniteľné skupiny v prioritách členov „Platformy EÚ pre výživu, fyzickú aktivitu a zdravie“, ako aj prácu skupiny na vysokej úrovni pre stravovanie a fyzickú aktivitu, ktorá zahŕňa okrem iného prácu na zmene zloženia výrobkov.
14. Európske partnerstvo v oblasti inovácií zamerané na aktívne a zdravé starnutie ⁽⁴⁾, ktorého cieľom je zvýšiť počet rokov, ktoré občania EÚ prežijú v dobrom zdraví.
15. Výsledky týchto podujatí:
 - konferencie expertov zameranej na činnosti členských štátov týkajúce sa výživy, fyzickej aktivity a zdravotných problémov súvisiacich s fajčením, ktorá sa konala v Budapešti (Maďarsko) 30. – 31. mája 2011,
 - stretnutia expertov týkajúceho sa alkoholu – „Politika týkajúca sa alkoholu v Poľsku a v celej Európe: zdravotné a ekonomické negatívne dôsledky požívania alkoholu“, ktoré sa konalo v Poznani (Poľsko) 11. – 12. októbra 2011,
 - konferencie ministrov „Solidarita v oblasti zdravia: odstraňovanie rozdielov v zdravotnom stave v rámci EÚ“, ktorá sa konala v Poznani (Poľsko) 7. – 8. novembra 2011.

⁽¹⁾ napr. oznámenie Komisie z 24. októbra 2006 „Stratégia EÚ na podporu členských štátov pri znižovaní rozsahu škôd súvisiacich s požívaním alkoholu“ [KOM(2006) 625 v konečnom znení].

⁽²⁾ Smernica 2001/37/ES Európskeho parlamentu a Rady z 5. júna 2001 o aproximácii zákonov, iných právnych predpisov a správnych opatrení členských štátov týkajúcich sa výroby, prezentácie a predaja tabakových výrobkov (Ú. v. ES L 194, 18.7.2001, s. 26).

⁽³⁾ Smernica 2003/33/ES Európskeho parlamentu a Rady z 26. mája 2003 o aproximácii zákonov, iných právnych predpisov a správnych opatrení členských štátov týkajúcich sa reklamy a sponzorstva tabakových výrobkov (Ú. v. EÚ L 152, 20.6.2003, s. 16).

⁽⁴⁾ Pracovný dokument útvarov Komisie: Usmernenia pre riadiacu skupinu pilotného európskeho partnerstva v oblasti inovácií zameraného na aktívne a zdravé starnutie, 13.5.2011; SEK(2011) 589 v konečnom znení.

VYZÝVA ČLENSKÉ ŠTÁTY, ABY:

16. pokračovali v politikách a opatreniach podporujúcich zdravý životný štýl a zaoberajúcich sa sociálnymi determinantmi, zintenzívnili ich a/alebo ich vytvorili, s cieľom prispieť k odstraňovaniu rozdielov v zdravotnom stave;
17. prideliť optimálne množstvo dostupných prostriedkov najmä v súvislosti s činnosťami zameranými na podporu zdravia a prevenciu;
18. podporovali a vymieňali si existujúce najlepšie postupy týkajúce sa politik a opatrení zameraných na znižovanie rozdielov v oblasti zdravia v rámci EÚ;
19. plnili odporúčanie Rady o prostredí bez dymu.

VYZÝVA ČLENSKÉ ŠTÁTY A EURÓPSKU KOMISIU, ABY:

20. ďalej podporovali spoločné opatrenia ⁽⁵⁾ s cieľom lepšie riešiť otázky politik a stratégií súvisiace so zdravím a rovnosťou v oblasti zdravia;
21. podľa potreby zachovali a posilnili tie opatrenia a politiky, ktoré sa ukázali ako účinné pri znižovaní rozdielov v oblasti zdravia, a vytvárali nové podľa potreby, a to vrátane: posudzovania indikátorov zdravia a životného štýlu na monitorovanie pokroku vyplývajúceho z krokov zameraných na uvedené životné štýly a determinanty zdravia; opatrení na prevenciu chorôb a podporu zdravia; podpory správneho rozhodovania, pokiaľ ide o zdravie;
22. podporovali účinné vykonávanie prístupu „zdravie vo všetkých politikách“ so zameraním na rovnosť s cieľom podporovať a koordinovať všetky príslušné sektory v plnení ich úloh pri znižovaní rozdielov v oblasti zdravia v rámci EÚ;
23. posilnili spoluprácu existujúcich sietí a inštitúcií verejného zdravia, ako aj súvisiacich inštitúcií, ktoré prešetrujú, monitorujú a skúmajú vplyv determinantov zdravia, a tým podporujú uvedené opatrenia, a lepšie ich využívali;
24. vypracovali prístupy k auditu nerovností v oblasti zdravia s cieľom lepšie riešiť otázky politik a stratégií súvisiace so zdravím a rovnosťou v oblasti zdravia;

⁽⁵⁾ Opatrenia pre rovnosť: dohoda o grante na opatrenia; číslo dohody 2010 22 03. Výkonná agentúra pre zdravie a spotrebiteľov, 2010.

25. posilnili opatrenia podporujúce zdravý životný štýl a pokračovali v ich vykonávaní, a to:

- podporou účinnej kontroly tabaku na vnútroštátnej a medzinárodnej úrovni, ako aj na úrovni EÚ, v súlade s príslušnými právnymi predpismi EÚ a Rámcovým dohovorom WHO o kontrole tabaku a jeho usmerneniami, a zväzili jej posilnenie,
- podporou kvantitatívnej a/alebo kvalitatívnej zmeny zloženia potravín s cieľom znížiť celkový obsah tukov, nasýtených tukov, transmastných kyselín, soli, cukrov a/alebo energetickej hodnoty,
- podporou vykonávania súboru odporúčaní WHO týkajúcich sa predaja potravín a nealkoholických nápojov deťom a dospelým, pokiaľ ide o potraviny s vysokým obsahom nasýtených tukov, transmastných kyselín, voľných cukrov alebo soli. V tejto súvislosti sa tiež nabáda na uzavieranie ďalších dobrovoľných a účinných dohôd s potravinárskym priemyslom v rámci uvedenej „Platformy EÚ pre výživu, fyzickú aktivitu a zdravie“,
- vykonávaním účinných politík a programov týkajúcich sa alkoholu s cieľom zaoberať sa poškodzovaním zdravia spôsobeným alkoholom vrátane pôsobenia reklamy na alkohol, informovanosti, včasného vzdelávania a opatrení zameraných na odrádzanie od škodlivej konzumácie alkoholu,
- podporou vypracovania mestských politík a politík sociálneho prostredia, ktoré by boli priaznivé pre fyzickú aktivitu pre všetkých a v rámci ktorých by sa hodnotili a zohľadňovali potreby rôznych skupín obyvateľstva;

26. preskúmali spôsoby optimalizácie využívania finančných programov EÚ so zameraním na rovnosť, a to okrem iného vrátane Kohézneho fondu a štrukturálnych fondov, ktoré môžu prispieť k znižovaniu rozdielov a nerovností

v oblasti zdravia v rámci EÚ na všetkých príslušných úrovniach, bez toho, aby to malo vplyv na budúcnosť finančného rámca.

VYZÝVA EURÓPSKU KOMISIU, ABY:

27. posilnila opatrenia na podporu zdravia a znižovanie rozdielov v oblasti zdravia a sústredila pozornosť na rozdiely v oblasti zdravia v rámci členských štátov a medzi nimi, ako aj medzi rôznymi regiónmi a sociálnymi skupinami EÚ a zahrnula tento aspekt do správy, ktorá sa má uviesť v roku 2012, ako sa uvádza v oznámení Komisie „Solidarita v oblasti zdravia: zmiernenie nerovností v oblasti zdravia v EÚ“;

28. zväzila potrebu lepšieho využívania existujúcich údajov a dodatočných komparatívnych údajov a informácií o nezdravom životnom štýle, sociálnych determinantoch zdravia a neprenosných chronických chorobách. Tieto údaje a informácie by sa mali získať z udržateľných systémov na monitorovanie oblasti zdravia, ktoré už fungujú alebo ktoré sa môžu vytvoriť na úrovni EÚ;

29. prioritne poskytovala podporu posúdeniu nákladovej efektívnosti činností a politík zameraných na podporu zdravia a prevenciu chorôb a podporu šírenia výsledkov, zabezpečila lepšiu informačnú a evidenčnú bázu na vykonávanie politík a činností v členských štátoch, ktoré sú zamerané na riešenie nerovností v oblasti zdravia;

30. ďalej podporovala existujúce mechanizmy koordinácie politík a výmeny osvedčených postupov v súvislosti s nerovnosťami v oblasti zdravia medzi členskými štátmi, akými sú pracovná skupina Rady pre oblasť verejného zdravia na úrovni vysokých úradníkov, skupina expertov EÚ pre oblasť sociálnych determinantov zdravia a nerovností v oblasti zdravia a Výbor pre sociálnu ochranu, ako sa uvádza v oznámení Komisie „Solidarita v oblasti zdravia: zmiernenie nerovností v oblasti zdravia v EÚ“, s cieľom zabezpečiť ich optimálne využitie a súčinnosť.