

**SV**

**SV**

**SV**



EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS KOMMISSION

Bryssel den 20.10.2009  
KOM(2009) 567 slutlig

**MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN TILL EUROPAPARLAMENTET,  
RÅDET, EUROPEISKA EKONOMISKA OCH SOCIALA KOMMITTÉN SAMT  
REGIONKOMMITTÉN**

**SOLIDARITET I HÄLSA:  
ATT MINSKA OJÄMLIKHET I HÄLSA I EU**

{SEK(2009) 1396}

{SEK(2009) 1397}

**MEDDELANDE FRÅN KOMMISSIONEN TILL EUROPAPARLAMENTET,  
RÅDET, EUROPEISKA EKONOMISKA OCH SOCIALA KOMMITTÉN SAMT  
REGIONKOMMITTÉN**

**SOLIDARITET I HÄLSA:  
ATT MINSKA OJÄMLIKHET I HÄLSA I EU**

(Text av betydelse för EES)

**1. LIKA MÖJLIGHETER OCH SOLIDARITET I HÄLSA**

Medborgarna i Europeiska unionen lever i genomsnitt längre och friskare liv jämfört med tidigare generationer. EU står dock inför stora utmaningar. Skillnaderna i hälsa är stora mellan EU:s medlemsstater och inom dem, Och dessutom finns det tecken på att skillnaderna ökar. Ökad arbetslöshet och osäkerhet till följd av den pågående ekonomiska krisen försvårar situationen ytterligare. Med detta meddelande vill man inleda den diskussion som behövs för att fastställa eventuella kompletterande åtgärder på EU-nivå till stöd för medlemsstaternas och andra aktörers stödinsatser för att ta itu med denna fråga.

EU-institutionerna och många berörda parter har, bland annat under samrådet om detta meddelande, uttryckt oro för omfattningen av ojämlikheten i hälsa – både mellan medlemsstaterna och inom dem – och konsekvenserna av denna. Vid Europeiska rådets möte i juni 2008 betonades vikten av att utjämna skillnaderna i hälsa och förväntad livslängd mellan och inom medlemsstaterna<sup>1</sup>. I EU:s hälsostrategi<sup>2</sup> från 2007 fastställs kommissionens avsikt att fortsätta arbetet med att minska ojämlikhet i hälsa. Detta upprepades 2008 i kommissionens meddelande ”En förnyad social agenda”<sup>3</sup> där man bekräftade EU:s grundläggande sociala mål som kan uppnås genom möjligheter, tillgång och solidaritet och meddelade att kommissionen kommer att lägga fram ett meddelande om ojämlikhet i hälsa.

Kommissionen anser att de stora skillnaderna i hälsa mellan människor som bor i olika delar av EU och mellan socialt gynnade och missgynnade EU-medborgare är en utmaning för EU:s åtaganden i fråga om solidaritet, social och ekonomisk sammanhållning, mänskliga rättigheter och lika möjligheter. Därför är kommissionen fast besluten att stödja och komplettera medlemsstaternas och berörda parter ansträngningar för att motverka dem.

**2. OJÄMLIKHET I HÄLSA I EU**

Även om den genomsnittliga hälsan i EU fortlöpande har förbättras under de senaste årtiondena är hälsoskillnaderna mellan människor som bor i olika delar av EU och mellan de mest gynnade och de mest missgynnade delarna av befolkningen fortfarande betydande, och i vissa fall har de till och med ökat. Det råder en femfaldig skillnad mellan medlemsstater i EU i spädbarnsdödlighet bland barn under ett år, en skillnad på 14 år i förväntad livslängd vid födseln för män och 8 år i förväntad livslängd vid födseln för kvinnor. Det finns också stora

---

<sup>1</sup> <http://tinyurl.com/n2xl6b>

<sup>2</sup> KOM(2007) 630.

<sup>3</sup> KOM(2008) 412.

skillnader i hälsa mellan olika regioner, landsbygds- och stadsområden och olika bostadsområden.

Överallt i EU påverkar den sociala ställningen människors hälsostatus så att personer med lägre utbildning, svagare yrkesställning eller lägre inkomst tenderar att dö yngre och oftare drabbas av de flesta typer av hälsoproblem<sup>4</sup>. Arbetare som huvudsakligen utför manuellt arbete eller repetitiva rutinuppgifter har sämre hälsa än de som utför icke-manuella, mindre repetitiva uppgifter. Skillnader i förväntad livslängd vid födseln mellan de lägsta och högsta socioekonomiska grupperna är tio år för män och sex år för kvinnor. Det finns också en viktig könsdimension. Kvinnor lever i allmänhet längre än män, men många av dem lever en större del av sitt liv med dålig hälsa.

Utsatta och socialt utestängda grupper, såsom personer med viss invandrabakgrund eller som tillhör en viss etnisk minoritet, med funktionsnedsättning eller som är bostadslösa, har särskilt låg hälsoliv<sup>5</sup>. Romernas förväntade livslängd är t.ex. tio år kortare än hos befolkningen i allmänhet<sup>6</sup>. Orsaker till svag hälsa i dessa grupper kan bl.a. vara dåliga boendeförhållanden, kostvanor och levnadsvanor som påverkar hälsan samt diskriminering, stigmatisering och hinder för tillgång till hälsovårds- och andra tjänster<sup>7</sup>.

Ojämlighet i hälsa beror på skillnader mellan befolkningsgrupper i en lång rad faktorer som påverkar hälsan, t.ex. levnadsförhållanden, levnadsvanor som påverkar hälsan, utbildning, yrke och inkomstnivå, hälso- och sjukvård, tjänster för förebyggande av sjukdomar och främjande av hälsa samt offentlig politik som påverkar dessa faktorer kvantitet, kvalitet och fördelning. Ojämlighet i hälsa börjar vid födseln och fortsätter upp i hög ålder. Upplevd ojämlikhet i tidig ålder i fråga om tillgång till utbildning, sysselsättning och hälso- och sjukvård samt ojämlikhet på grund av kön eller ras kan ha avgörande betydelse för människors hälsa under hela livet. En kombination av fattigdom och andra faktorer som försvagar en människas situation, såsom ålder (barndom eller ålderdom), funktionsnedsättning eller minoritetsbakgrund ökar hälsoriskerna ytterligare.

Skillnaderna i hälsa är kopplade till en rad socioekonomiska faktorer<sup>8</sup>. Ekonomiska villkor kan påverka många aspekter av levnadsförhållandena som i sin tur påverkar människors hälsa. På vissa områden i EU saknas fortfarande grundläggande tjänster, såsom tillräcklig vattenförsörjning och tillfredsställande sanitära förhållanden. Kulturella faktorer som påverkar livsstil och hälsobeteende varierar också starkt i olika regioner och befolkningsgrupper. Många regioner, särskilt i vissa av de nya medlemsstaterna, har svårigheter att kunna erbjuda befolkningen de hälso- och sjukvårdstjänster som den har så stort behov av. Tillgång till hälso- och sjukvård kan hindras av avsaknaden av försäkringar, höga vårdkostnader, brist på information om tillgängliga tjänster samt språkliga och kulturella hinder. Vissa forskningsresultat tyder på att fattigare socialgrupper använder hälso- och sjukvårdstjänster i mindre utsträckning än välbärgade grupper, även om vårdbehovet skulle vara lika stort.

---

<sup>4</sup> Mackenbach J, *Health inequalities: Europe in profile*, 2006.

<sup>5</sup> SEK(2006) 410.

<sup>6</sup> SEK(2008) 2172.

<sup>7</sup> *Breaking the barriers: Romani women and access to public health care*. Europeiska centrumet för övervakning av rasism och främlingsfientlighet, 2003.

<sup>8</sup> Övervakning av framstegen mot målen för den europeiska strategin för socialt skydd och social integration, 2008.

Eftersom ojämlikhet i hälsa inte är en fråga enbart om slump utan i hög grad påverkas av enskilda individers, regeringars, berörda parter och samhällets handlingar, är den inte oundviklig. För att minska ojämlikhet i hälsa måste man vidta åtgärder för att ingripa i faktorer som påverkar befolkningens hälsa på ett ojämlikt sätt och som går att undvika och som kan åtgärdas genom politik.

### 3. EU:S NUVARANDE STÖDPOLITIK

År 2006 antog rådet slutsatser om gemensamma värderingar i Europeiska unionens hälso- och sjukvårdssystem<sup>9</sup> där man enades om det övergripande målet att minska ojämlikhet i hälsa. Genom bättre tillgång till hälso- och sjukvård och system för förebyggande av sjukdomar och hälsofrämjande skulle man säkert kunna motverka vissa ojämlikheter i hälsa, vilket även framhölls i EU:s hälsostrategi. Genom att tillämpa initiativ såsom rådets rekommendation om cancerscreening, meddelandet om telemedicin<sup>10</sup>, meddelandet om patientsäkerhet<sup>11</sup> eller förslaget till direktiv om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård kan man se till att bidra till att minska ojämlikhet i hälsa.

Att ta itu med ojämlikhet i hälsa är en av de centrala insatserna i EU:s hälsostrategi (2008–2013), enligt vilken jämlik hälsa är en grundläggande värdering som har lett till insatser mot ojämlikhet i hälsa på områden som psykisk hälsa, tobaksbruk, ungdomar, cancer och hiv/aids. EU:s folkhälsoprogram har gett stöd till kartläggningen och utvecklingen av verksamhet för minskad ojämlikhet i hälsa, däribland en europeisk katalog över god praxis<sup>12</sup>. Man har inlett arbetet med att förbättra insamlingen av data och nätverkandet mellan medlemsstater och berörda parter.

I den öppna samordningsmetoden för socialt skydd och social integration<sup>13</sup> har EU:s medlemsstater enats om att angripa ojämlikhet i hälsoresultat. Detta understöds med en rad gemensamma indikatorer som utgår från Eurostats folkhälsostatistik. EU:s analys av medlemsstaternas nationella strategirapporter om socialt skydd och social integration har bidragit till att väcka diskussion och stimulera till handling i medlemsstaterna. En expertgrupp på EU-nivå har sedan 2005 arbetat med att se över vetenskapliga evidens och utbyta information om politik och praxis<sup>14</sup>. EU:s hälsoprogram har stött en rad initiativ om ojämlikhet i hälsa. Ramprogrammen för forskning (för närvarande det sjunde ramprogrammet) ger viktigt stöd till forskning på detta område, och genom en rad handlingsprogram, däribland hälsoprogrammet och gemenskapsprogrammet för sysselsättning och social solidaritet (Progress)<sup>15</sup> finansieras undersökningar, exempel på god praxis och politiskt nyskapande.

Även på andra EU-politikområden kan bidra till att minska ojämlikhet i hälsa. Att minska ojämlikhet i hälsa är också ett av de folkhälsomål som fastställs i EU:s strategi för hållbar utveckling<sup>16</sup>. Strävan efter en mer jämlik fördelning av hälsa befrämjas av EU:s övergripande mål att skapa ekonomisk tillväxt med social solidaritet i Lissabonstrategin. EU:s lagstiftning

---

<sup>9</sup> EUT C 146, 22.6.2006, s. 1.

<sup>10</sup> KOM(2008) 689.

<sup>11</sup> KOM(2008) 836.

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

<sup>13</sup> KOM(2005) 706.

<sup>14</sup> <http://tinyurl.com/dmycvx>

<sup>15</sup> EUT L 354, 31.12.2008, s. 70.

<sup>16</sup> Europeiska unionens råd, dokument 10117/06, 9.6.2006.

inom arbetsrätt och arbetsmiljö bidrar till att minska olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar. EU:s miljöpolitik och marknadspolitik inom den gemensamma jordbrukspolitiken stöder en rad initiativ som kan bidra till bättre hälsa. EU ger dessutom finansiellt stöd via sammanhållningspolitiken och Europeiska jordbruksfonden för landsbygdsutveckling med vars hjälp skillnaderna mellan olika regioner kan minskas genom satsning på bestämningsfaktorer för ojämlikhet i hälsa, såsom levnadsförhållanden, utbildningsservice och arbetsförmedling, transporter, teknik, infrastruktur för hälso- och sjukvård och sociala tjänster. I den konsekvensanalys som åtföljer detta meddelande överväger man närmare hur nuvarande EU-politik kan bidra till mindre ojämlikhet i hälsa.

#### **4. ATT VIDTA ÅTGÄRDER FÖR ATT MINSKA OJÄMLIKHET I HÄLSA: EN SAMARBETSSTRATEGI**

Behovet av ytterligare åtgärder ökar i takt med allt mer evidens för att ojämlikhet i hälsa är ett omfattande och allmänt problem i hela EU, och oro för de negativa konsekvenserna för hälsan, den sociala sammanhållningen och ekonomiska utvecklingen. De åtgärder som hittills vidtagits verkar ha haft endast begränsad verkan, och det finns risk för att den rådande ekonomiska krisen ytterligare ökar skillnaderna. Bättre hälsa i alla befolkningsgrupper är av avgörande betydelse med tanke på den åldrande EU-befolkningen och upprätthållandet av hållbara sociala trygghetssystem.

Även om medlemsstaterna bär huvudansvaret för hälsopolitiken har de inte alla tillgång till samma resurser, verktyg eller expertis för att angripa de olika orsakerna till ojämlikhet i hälsa. Europeiska kommissionen kan bidra genom att se till att man i relevant EU-politik och relevanta EU-åtgärder tar hänsyn till de faktorer som skapar eller bidrar till ojämlikhet i hälsa bland befolkningen i EU.

I samband med detta bör EU använda tillgängliga mekanismer och redskap på effektivaste möjliga sätt. EU kan t.ex. spela en viktig roll för att öka medvetenheten om problemen, främja och stödja informationsutbyte och kunskap mellan berörda medlemsstater, kartlägga och sprida god praxis och underlätta utformandet av skraddarsydd politik för särskilda problem som förekommer i vissa medlemsstater och/eller särskilda socialgrupper. Dessutom övervakar och utvärderar den hur genomförandet av sådan politik framskrider.

#### **5. CENTRALA FRÅGESTÄLLNINGAR**

Erfarenheterna hittills visar att det finns ett antal viktiga utmaningar som måste tacklas om man vill förstärka åtgärderna för att minska ojämlikhet i hälsa.

##### **En jämn fördelning av hälsa som en del av den allmänna sociala och ekonomiska utvecklingen**

Allmänt sett går hälsonivå och välfärd hand i hand. Rikare länder och regioner har i genomsnitt bättre hälsa mätt med olika index även om detta förhållande inte alltid stämmer. Större ekonomiska resurser ger bättre potential för att upprätthålla och förbättra hälsan, men endast om de används på ett sätt som gör det möjligt att nå detta mål. Det framgår tydligt att alla grupper inte har dragit samma nytta av den ekonomiska utvecklingen. Det är viktigt att skapa ett mönster av allmän ekonomisk och social utveckling som leder både till starkare ekonomisk tillväxt och större solidaritet, sammanhållning och hälsa. I detta hänseende är EU:s strukturfonder av avgörande betydelse.

Målet för Lissabonstrategin är att uppnå ekonomisk tillväxt och större social sammanhållning. Indikatorn friska levnadsår är ett mått som används för att mäta hur framgångsrik Lissabonstrategin är när det gäller hälsodimensionen. Man skulle kunna överväga om en tillförlitlig övervakning av indikatorer för ojämlikhet i hälsa skulle vara ett användbart verktyg för övervakning av den sociala dimensionen.

### **Bättre data- och kunskapsbaser och mekanismer för mätning, övervakning, utvärdering och rapportering**

Mätning av ojämlikhet i hälsa är ett grundläggande första steg mot effektiva åtgärder. Även om man redan har tillförlitliga uppgifter på flera områden, behövs fler utförliga uppgifter om effekt och betydelse av olika bestämningsfaktorer för hälsa för att man ska kunna vidta effektiva åtgärder för särskilda befolkningsgrupper och bestämningsfaktorer.

Man måste också kunna ta fram mer information om hur effektiv den politik är som används för att motverka ojämlikheten. Det finns visserligen omfattande forskning om folkhälsoinsatsers effektivitet och om hur effektiv annan politik och andra insatser varit för hälsan, men endast ett mindre antal åtgärder har särskilt utvärderats med tanke på deras differentierade hälsokonsekvenser för socialgrupper eller områden. Utanför folkhälsosektorn förekommer ännu färre bedömningar av konsekvenserna av politiken.

Bristen på rutinmässigt tillgängliga och jämförbara data på EU-nivå och forskningskunskap utgör ett hinder för att man ska kunna bedöma nuläget, göra en omorientering när det gäller politiska prioriteringar, göra jämförelser, lyfta fram god praxis och omfördela resurserna dit där behovet är störst. Man bör använda nuvarande och framtida tillgängliga data på EU-nivå, bl.a. genom att fullt ut utnyttja EU-undersökningar, såsom gemenskapsstatistik över inkomst- och levnadsvillkor (EU-Silc), den europeiska hälsoenkäten, EU:s undersökning om funktionshinder, tillämpningsföreskrifterna på alla områden inom folkhälsostatistiken för att skapa åtgärder som rör ojämlikhet i hälsa som är jämförbara över tid och i hela EU. Man bör se till att uppgifterna är förenliga med andra internationella data.

Orsakerna till ojämlikhet i hälsa varierar mellan olika medlemsstater och särskilda befolkningsgrupper. Medlemsstaterna bör i nära samarbete med kommissionen försöka fastställa en gemensam uppsättning indikatorer för övervakning av ojämlikhet i hälsa och en metod för bedömning av hälsosituationen i medlemsstaterna för att kartlägga och prioritera områden som kan förbättras samt bästa praxis. Kommissionen skulle kunna stödja medlemsstaterna att nå sina mål genom att erbjuda analys och stöd på grundval av tillgängliga uppgifter. Detta skulle kunna visa sig vara ett nyttigt redskap för medlemsstaterna då de utformar, prioriterar och tillämpar effektivare politik som är anpassad efter deras egen situation och för att bättre kunna utnyttja befintliga EU-verktyg som stöd för sina åtgärder.

Genom finansiering av pilotprojekt, partnersamverkan och program för sakkunnigbedömning skulle man kunna hjälpa medlemsstaterna att tillämpa en sådan politik. Sakkunnigbedömningarna bör omfatta granskning av nuvarande politik, program eller institutionella bestämmelser som konstaterats vara god praxis.

#### **Åtgärder på EU-nivå:**

Stödja fortsatt utveckling och insamling av data och indikatorer för ojämlikhet i hälsa efter ålder, kön, socioekonomisk status och geografisk dimension.

Utveckla granskningsförfaranden för ojämlikhet i hälsa via hälsoprogrammet i samarbete med de medlemsstater som är villiga att delta.

Orientera EU:s forskning mot att utjämna kunskapsklyftorna om ojämlikhet i hälsa – bl.a. verksamhet inom ämnena hälsa, samhällsvetenskap och humaniora inom EU:s sjunde ramprogram för forskning.

Lyfta fram forskning och spridning av god praxis för hantering av ojämlikhet i hälsa som utförs av EU-organ, såsom Europeiska institutet för förbättring av levnads- och arbetsvillkor, Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar och Europeiska arbetsmiljöbyrån.

### **Hela samhällets åtagande**

Att minska ojämlikhet i hälsa betyder att påverka människors hälsa i deras vardagsliv, på arbetet, i skolan och under fritiden i samhället. Förutom nationella regeringar har även regionala myndigheter i många länder en viktig roll för folkhälsan och hälso- och sjukvårdstjänster, och därför bör man få även dem engagerade. Hälsosektorn spelar en ledande roll både för att säkerställa jämlik tillgång till hälso- och sjukvård och för att stödja kunskap och utbildning för både hälsovårdspersonal och andra sektorer. Lokala myndigheter, arbetsplatser och andra berörda parter kan också göra en stor insats.

Därför kan man genom att förbättra informations- och kunskapsutbytet och samordningen av politik mellan olika styrelsenivåer och sektorer (hälso- och sjukvård, sysselsättning, social trygghet, miljö, utbildning, ungdom och regional utveckling) skapa effektivare insatser och få ett mer omfattande och enhetligt genomslag. Det finns också behov av att skapa effektivare partnerskap med berörda parter som kan bidra till att främja åtgärder för olika sociala bestämningsfaktorer och därigenom förbättra hälsoresultatet.

Detta är ett område där medlemsstaterna kan lära av varandra då de sammanställer sina egna politiska strategier. EU kan hjälpa genom att förstärka mekanismerna för samordning av politiken och underlätta utbytet av information och god praxis mellan medlemsstaterna och berörda parter. Initiativ som EU:s hälsopolitiska forum, EU:s partnerskap mot cancer, forum för alkohol eller EU:s plattform för kost, fysisk aktivitet och hälsa är viktiga instrument på den politiska agendan för att motverka ojämlikhet i hälsa.

Kommissionen har meddelat<sup>17</sup> sin avsikt att inom den öppna samordningsmetoden för socialt skydd och social integration i högre grad utnyttja sakkunnigbedömningar och finansiering genom Progress och att reflektera över mål för hälsostatus för upprätthållande av åtaganden och uppnåendet av gemensamma mål.

Kommissionen kommer också att dra nytta av det intresse Regionkommittén visat under samrådet om detta meddelande och kommer att försöka ta med fokus på ojämlikhet i hälsa i de regionala samarbetsförfarandena på hälsoområdet.

### **Åtgärder på EU-nivå:**

Utveckla sätt att få relevanta berörda parter på EU-nivå att främja införande och spridning av god praxis.

<sup>17</sup> KOM(2008) 418.



Inbegripa ojämlikhet i hälsa som ett prioriterat område i de pågående samarbetsförfarandena för hälsa mellan regionerna i Europa och kommissionen.

Utveckla insatser och verktyg för yrkesutbildning om ojämlikhet i hälsa genom hälsoprogram, Europeiska socialfonden och andra mekanismer.

Få till stånd en diskussion om målutveckling i kommittén för socialt skydd.

### **Tillgodose utsatta gruppers behov**

För att effektivt kunna motverka ojämlikhet i hälsa behövs politik som omfattar både åtgärder som tar hänsyn till den skillnaderna i hälsa i hela samhället och åtgärder som särskilt riktas till utsatta grupper. Särskilt bör man uppmärksamma människor som lever i fattigdom, missgynnade invandrargrupper och etniska minoriteter, personer med funktionsnedsättning, äldre människor eller barn som lever i fattigdom. För vissa grupper kan man påstå att frågan om ojämlikhet i hälsa, däribland sämre tillgång till adekvat hälso- och sjukvård, strider mot deras grundläggande rättigheter.

I Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna fastställs rätten till socialt stöd och stöd till boendet som är avsedda att trygga en värdig tillvaro för alla dem som saknar tillräckliga medel, rätten till tillgång till förebyggande hälsovård och till medicinsk vård och rätten till hälsosamma arbetsförhållanden. I Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter fastställs flera centrala rättigheter som är viktiga för barnens grundbehov som i sin tur påverkar deras hälsa, medan Förenta nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning fastställer deras rätt till hälso- och sjukvård. Ojämlikhet i hälsa är ett av fyra prioriterade områden i kommissionens initiativ för ungdomshälsa som inleddes 2009.

Demografiska förändringar och ett åldrande samhälle kommer att skapa nya hälsoutmaningar.

Rådet har fastställt behovet av ytterligare åtgärder för att tillgodose särskilda hälsobehov hos invandrare, romer<sup>18</sup> och ungdomar med färre möjligheter<sup>19</sup>. Kommissionen startar ett pilotprojekt om integrering av romer som bl.a. omfattar hälsoinsatser och integrerade insatser inom utbildning, på det sociala och ekonomiska området samt inom gränsöverskridande samarbete.

Man bör utveckla användningen av sammanhållningspolitiken och strukturfonderna för att främja insatser för utsatta grupper, såsom romers hälsa.

### **Åtgärder på EU-nivå:**

I samarbete med medlemsstaterna starta initiativ för att öka medvetenheten och främja åtgärder för bättre tillgång till bättre anpassade hälsovårdstjänster, hälsofrämjande och förebyggande vård för invandrare och etniska minoriteter och andra utsatta grupper genom kartläggning och utbyte av god praxis med stöd från hälsoprogram och andra program.

Se till att hänsyn tas fullt ut till att minska ojämlikhet i hälsa i framtida initiativ om friskt åldrande.

<sup>18</sup> Rådets slutsatser om romers integrering, <http://tinyurl.com/kne9s5>

<sup>19</sup> Rådets resolution av den 20 november 2008 om ungdomars hälsa och välbefinnande.

Inför toppmötet om romer 2010 sammanställa en rapport om användningen av gemenskapsinstrument och politik för integrering av romer, i vilken ett avsnitt behandlar ojämlikhet i hälsa.

Undersöka hur Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter inom ramen för sitt mandat skulle kunna samla in information om i vilken utsträckning utsatta grupper drabbas av ojämlikhet i hälsa i EU, särskilt i fråga om tillgång till lämplig hälso- och sjukvård, socialt stöd och stöd till boendet.

Genomföra verksamhet som rör ojämlikhet i hälsa som en del av Europaåret för bekämpning av fattigdom och social utestängning 2010.

### **Utveckla bidrag från andra EU-politikområden**

Som det nämndes i avsnitt 3 kan en rad andra EU-politikområden direkt eller indirekt bidra till att motverka ojämlikhet i hälsa, och det finns flera verktyg på gemenskapsnivå att tillgå för detta ändamål. Det finns utrymme för att förbättra draghjälpen från annan EU-politik om man bättre förstår hur de påverkar hälsan och med hjälp av större integration av olika politikområden. Detta skulle leda till bättre prioriteringar och effektivare användning av befintliga verktyg.

Även om det råder allmän enighet om principen att minska ojämlikhet i hälsa finns det fortfarande stora skillnader i graden av medvetenhet och åtgärdernas omfattning. Mer än hälften av EU:s medlemsstater prioriterar inte minskning av ojämlikhet i hälsa i sin politik, och övergripande intersektoriella strategier saknas<sup>20</sup>. Dessutom utvärderas och sprids den politik som tillämpas, och därför vet man inte tillräckligt om hur effektiv politiken är. Det är EU:s uppgift att förbättra samordningen av politik och främja spridningen av god praxis.

Kommissionens olika politikområden bör fortsätta att stödja medlemsstaterna så att de kan skapa jämlikare tillgång till hälsovård och system för förebyggande av sjukdomar och hälsofrämjande av god kvalitet. EU skulle kunna främja bättre samarbete mellan hälsovårdssystemen i enlighet med förslaget till direktiv om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. EU skulle också kunna också bidra till bättre förståelse och föreslå lösningar på hälsovårdssystemens utmaningar med tanke på den europeiska sjukvårdspersonalens kapacitet, och kan också bidra till att bedöma hur man effektivt kan använda ny teknik inom hälsosektorn.

EU:s sammanhållningspolitik är viktig för att man ska kunna uppnå Lissabonstrategins mål om ekonomisk och social sammanhållning och kan utgöra ett viktigt redskap för att motverka ojämlikhet i hälsa. I gemenskapens nuvarande strategiska riktlinjer fastställs möjlig användning av medel till hälsorelaterade åtgärder. Medlemsstaterna har anslagit cirka 5 miljarder euro (1,5 % av de totala medlen) för finansiering i kategorin hälso- och sjukvårdssektorns infrastruktur för perioden 2007–2013. Ökad användning av finansieringsmöjligheterna från sammanhållningspolitiken för att motverka ojämlikhet i hälsa förutsätter följande förbättringar: vetskap om finansieringsmöjligheter på detta område, samordning mellan nationella politiska förvaltningar och teknisk kapacitet för utveckling av investeringar på detta område. Man bör satsa på att öka fokus på hälsa under nästa programperiod och uppnå bättre anpassning av strategiska dokument inom EU:s

---

<sup>20</sup> SEK(2006) 410.

sammanhållningspolitik till de prioriteringar som fastställs inom den öppna samordningsmetoden för socialt skydd och social integration.

Den nationella tillämpningen av gemenskapslagstiftning om arbetsmiljö och arbetsmiljöstrategin för gemenskapen för perioden 2007–2013 erbjuder möjligheter att minska ojämlikhet i hälsa i EU genom skydd av arbetstagarnas hälsa och minskning av de negativa effekterna av vissa av dess bestämningsfaktorer. Man bör även ta hänsyn till ojämlikhet i hälsa vid främjande av jämställdhet mellan kvinnor och män.

För närvarande analyseras få politiska insatser på EU-nivå efter tillämpningen med avseende på vilka konsekvenser de får för ojämlikhet i hälsa. Utgående från tidigare arbete behövs vidare utveckling av mekanismer för utvärdering av hälsokonsekvenser av nuvarande politik (ex post) på olika befolkningsgrupper för att ta fram information för vidare utveckling av politiken. Sådana mekanismer kan inte vara samma patentrösning för alla och de bör utnyttja god praxis som utvecklats i medlemsstaterna. Dessutom kan EU använda befintliga rapporter, såsom sammanhållningsrapporten, sysselsättningsrapporten och Lissabonrapporten för att analysera förhållandet mellan dessa politiska strategier och hälsoresultat i alla befolkningsgrupper överallt i EU.

EU har också åtagit sig att stödja andra länder på hälsoområdet och därmed förbundna områden. WHO:s kommission för sociala bestämningsfaktorer för hälsa<sup>21</sup> beskrev nyligen de mycket stora skillnaderna mellan länder och sociala grupper i hela världen och efterlyste samordnade åtgärder på alla förvaltningsnivåer för att angripa dessa problem. EU:s verksamhet kan ha konsekvenser för hälsan i tredjeländer på många olika sätt, bl.a. genom handel, utvecklingsbistånd, arbete inom internationella organisationer och kunskapsutbyte. EU:s erfarenheter av att motverka ojämlikhet i hälsa kan ha betydelse också utanför EU. Man bör därför undersöka om det finns möjligheter till synergivinst mellan kommissionens utvecklingsbistånd och arbetet i EU som gäller ojämlikhet i hälsa. EU bör även upprätthålla kontakter med relevanta internationella organisationer när det gäller arbete på detta område.

#### **Åtgärder på EU-nivå:**

Ge mera stöd till befintliga mekanismer för samordning av politiken och utbyte av god praxis vad gäller ojämlikhet i hälsa mellan medlemsstaterna. Som exempel på sådana befintliga mekanismer kan man nämna EU:s expertgrupp för sociala bestämningsfaktorer för hälsa och ojämlikhet i hälsa<sup>22</sup>, som är kopplad både till kommittén för socialt skydd och rådets arbetsgrupp för folkhälsa.

Se över möjligheterna att bistå medlemsstaterna med att bättre utnyttja EU:s sammanhållningspolitik och strukturfonder för att stödja verksamhet som gäller faktorer som bidrar till ojämlikhet i hälsa.

Uppmuntra medlemsstaterna att i högre grad använda befintliga möjligheter inom GJP:s politik för utveckling av landsbygden och marknadspolitik (skolmjölk, mat till de sämst ställda, program för frukt i skolan) för att stödja utsatta grupper och landsbygdsområden med stora behov.

<sup>21</sup> Commission on Social Determinants of Health Final Report. WHO, 2008.

<sup>22</sup> Gruppens nuvarande mandat finns på <http://tinyurl.com/1947z8>

Föra en politisk dialog med medlemsstaterna och berörda parter om jämlik hälsa och andra grundläggande värderingar i hälsa som fastställs i EU:s hälsostrategi.

Ge finansiering från Progress bl.a. för sakkunnigbedömningar och en inbjudan att lämna förslag under 2010 för att hjälpa medlemsstaterna att utarbeta relevanta strategier.

Anordna ett forum om hälsa och omstrukturering för att undersöka lämpliga åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa.

Ett kommissionsinitiativ om EU:s roll för global hälsa.

## **6. KOMMANDE ÅTGÄRDER**

Att motverka ojämlikhet i hälsa är en långsiktig process. Avsikten med åtgärderna i detta meddelande är att fastställa en ram för hållbara åtgärder på detta område. På grundval av detta meddelande och framtida diskussioner i rådet avser kommissionen att under den kommande perioden arbeta aktivt i samarbete med medlemsstaterna och berörda parter. En första lägesrapport kommer att sammanställas 2012.