

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów: „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”

COM(2009) 567 wersja ostateczna

(2011/C 18/13)

Sprawozdawca: **Ágnes CSER**

współsprawozdawca: **Renate HEINISCH**

Dnia 20 października 2009 r. Komisja, działając na podstawie art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie

komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”

COM(2009) 567 wersja ostateczna.

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swą opinię 23 marca 2010 r.

Na 426. sesji plenarnej w dniach 28–29 kwietnia 2010 r. (posiedzenie z dnia 29 kwietnia) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 51 do 1 – nikt nie wstrzymał się od głosu – przyjął następującą opinię:

1. Zalecenia

1.1 Zasada uwzględniania kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki (*Health In All Policies – HIAP*) powinna zaistnieć w sposób realny we wszystkich obszarach polityki UE. Komisja powinna w tym celu dokonać oceny stosowanych przez siebie środków i sprawdzić, czy we wszystkich obszarach polityki wnoszą one wkład w osiągnięcie wyższego poziomu ochrony zdrowia i zmniejszenie nierówności zdrowotnych. Komisja powinna wprowadzić mechanizmy pozwalające wycofać te środki, które mają niekorzystny wpływ na zdrowie i na zjawisko nierówności.

1.2 Zdaniem EKES-u ważne jest także, aby państwa członkowskie i Komisja doszły w ciągu odpowiedniego czasu do porozumienia w sprawie zestawu porównywalnych wskaźników i mierzalnych celów, co pozwoli władzom krajowym ocenić postęp w zmniejszaniu nierówności zdrowotnych i pomoże obszarom, w których inicjatywy europejskie mogą uzupełnić wysiłki państw członkowskich.

1.3 EKES wzywa wszystkie państwa członkowskie do udziału w planach Komisji na rzecz ulepszenia danych i poprawy wiedzy oraz mechanizmów służących pomiarowi, monitorowaniu, ocenie i sprawozdawczości w zakresie nierówności zdrowotnych.

1.4 EKES wzywa Komisję do opracowania, we współpracy z państwami członkowskimi, nowych wskaźników monitorowania nierówności zdrowotnych oraz metodyki oceniania sytuacji zdrowotnej w państwach członkowskich w celu ustalenia najlepszych praktyk oraz obszarów wymagających poprawy.

1.5 EKES wzywa państwa członkowskie i Komisję do stworzenia modelu ogólnego rozwoju społeczno-gospodarczego, który przyczyni się do szybszego wzrostu gospodarczego i większej sprawiedliwości społecznej, a także do umocnienia

solidarności, spójności i poprawy stanu zdrowia. Cel ten powinien stać się priorytetem strategii „Europa 2020”, przy czym nie można zapominać o kluczowej roli funduszy strukturalnych UE w jego realizacji.

1.6 Komitet zachęca Komisję i państwa członkowskie do przedsięwzięcia środków niezbędnych do walki ze wszystkimi nierównościami społecznymi, które prowadzą do nierówności zdrowotnych, zwłaszcza w zakresie kształcenia, urbanistyki i siły nabywczej.

1.7 Należy zintensyfikować wysiłki na rzecz zwalczania nierówności zdrowotnych na obszarach wiejskich, mając na uwadze zwłaszcza wyzwania związane ze zmianami demograficznymi.

1.8 Komisja powinna ocenić wpływ, jaki istniejące na szczeblu europejskim platformy i fora (ds. odżywiania, alkoholu itd.) wywierają na grupy znajdujące się w trudnej sytuacji.

1.9 Komitet zachęca Komisję i państwa członkowskie do ponownego rozważenia szeregu zaleceń, które EKES przedstawił w poprzednich opiniach odnoszących się do kwestii zdrowotnych i społecznych. Gdyby zalecenia te zostały zrealizowane, przyczyniłyby się do zwalczania nierówności zdrowotnych⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Ycznia 2010 r.

w sprawie opieki nad małymi dziećmi i ich kształcenia (opinia z inicjatywy własnej), sprawozdawca: Mária HERCZOG

Dz.U C 255/76 z 22.9.2010

Dz.U C 255/72 z 22.9.2010

Dz.U C 128/89 z 18.5.2010

Dz.U C 228/113 z 22.9.2009

Dz.U C 318/10 z 23.12.2009

Dz.U C 306/64 z 16.12.2009

Dz.U C 317/105 z 23.12.2009

Dz.U C 218/91 z 11.9.2009

Dz.U C 175/116 z 28.7.2009

Dz.U C 77/115 z 31.3.2009

Dz.U C 77/96 z 31.3.2009

Dz.U. C 224/88 z 30.8.2008

Dz.U. C 256/123 z 27.10.2007

2. Kontekst – nierówności zdrowotne w UE

2.1 Życie obecnych mieszkańców Unii Europejskiej jest dłuższe i zdrowsze niż życie wcześniejszych pokoleń. UE stoi jednak przed poważnym problemem i wyzwaniem, jakim są znaczne nierówności zdrowotne między państwami członkowskimi. Wzrost bezrobocia spowodowany obecnym kryzysem finansowym i gospodarczym przyczynia się do pogorszenia sytuacji. Celem komunikatu Komisji jest zapoczątkowanie debaty niezbędnej do opracowania potencjalnych środków towarzyszących na poziomie unijnym, aby wesprzeć działania państw członkowskich i innych podmiotów na szczeblu lokalnym i regionalnym w znalezieniu odpowiedzi na tę krytyczną sytuację.

2.1.1 Jednym z przykładów zróżnicowania stanu zdrowia osób zamieszkujących UE jest wskaźnik umieralności dzieci poniżej jednego roku życia – w tym wypadku między państwami członkowskimi występuje aż pięciokrotna różnica. Z kolei zróżnicowanie średniej długości życia mężczyzn i kobiet wynosi odpowiednio 14 i 8 lat. Znaczące nierówności zdrowotne występują także między regionami oraz między obszarami miejskimi i wiejskimi.

2.1.2 W zależności od poziomu wykształcenia i warunków społeczno-ekonomicznych różnica średniej długości życia przewidywanej w momencie narodzin wynosi 10 lat u mężczyzn i 6 lat u kobiet. Stan zdrowia osób wykonujących pracę głównie fizyczną lub wymagającą rutynowych, powtarzalnych czynności jest gorszy od stanu zdrowia pozostałych grup pracowników. Występują również znaczne różnice pod względem płci, jako że kobiety zwykle żyją dłużej niż mężczyźni, ale więcej lat przeżywają w złym stanie zdrowia.

2.1.3 Nierówności zdrowotne spowodowane są różnicami natury społecznej. Obejmują one: warunki życia, zachowania zdrowotne, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy i zarobki, poziom opieki zdrowotnej, profilaktykę zdrowotną i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również politykę państwa wpływającą na ilość, jakość i rozmieszczenie tych czynników. Nierówności w dostępie do edukacji, zatrudnienia i opieki zdrowotnej, jak również te wynikające z przynależności do określonej płci lub rasy, są czynnikami o zasadniczym znaczeniu. Połączenie ubóstwa z innymi przyczynami trudnej sytuacji społecznej, takimi jak wiek dziecięcy lub podeszły, niepełnosprawność lub przynależność do mniejszości, powoduje dalsze zwiększenie ryzyka pogorszenia zdrowia.

2.1.4 Na różnice w stanie zdrowia wpływa kilka czynników społeczno-ekonomicznych. Na przykład w niektórych regionach UE nadal brakuje udogodnień, takich jak dostęp do wody i kanalizacji.

2.1.5 Przeszkody w dostępie do opieki zdrowotnej spowodowane są brakiem ubezpieczenia (zwłaszcza obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego), wysokimi kosztami świadczeń zdrowotnych, brakiem informacji o proponowanych świadczeniach oraz barierami językowymi i kulturowymi. Ponadto w podobnej sytuacji zapotrzebowania na opiekę zdrowotną uboższe grupy społeczne korzystają z niej w mniejszym stopniu niż grupy zamożniejsze.

2.1.6 Różnice w stanie zdrowia nie są czymś, czego nie da się uniknąć, lecz wynikają w dużym stopniu z działań poszczególnych osób, administracji publicznej, zainteresowanych stron i społeczności. Indywidualne zachowania dotyczące zdrowia nie są głównym czynnikiem odpowiedzialnym za opisane nierów-

ności. Wynikają one raczej z aspektów społeczno-ekonomicznych, zdrowotnych i politycznych sytuacji w danym kraju, a ich łączny efekt może poważnie zaważyć na stanie zdrowia danej osoby w ciągu całego jej życia.

3. Streszczenie wniosku Komisji

3.1 Celem komunikatu Komisji jest zapoczątkowanie debaty niezbędnej do opracowania potencjalnych środków towarzyszących na poziomie unijnym, aby wesprzeć działania państw członkowskich i innych podmiotów na rzecz rozwiązania kwestii nierówności zdrowotnych.

3.2 Jakkolwiek istnieją już inicjatywy unijne, których celem jest zmniejszenie nierówności zdrowotnych w UE⁽²⁾, Komisja uznała, że może w większym stopniu wesprzeć działania państw członkowskich w zajmowaniu się czynnikami, które powodują nierówności zdrowotne.

3.3 Komunikat Komisji wymienia pięć głównych zagadnień wymagających działania:

- dążenie do zmniejszania różnic zdrowotnych jako część ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego;
- pogłębienie wiedzy oraz ulepszanie danych i mechanizmów służących pomiarowi, monitorowaniu, ocenie i sprawozdawczości;
- budowanie zaangażowania społecznego;
- wychodzenie naprzeciw grupom w trudnej sytuacji społecznej;
- zwiększanie wkładu wnoszonego przez politykę UE.

Dla każdego z tych kluczowych obszarów opracowano listę działań na szczeblu UE, które mają być podjęte przez Komisję i państwa członkowskie.

4. Uwagi ogólne – podjęcie działań dotyczących nierówności zdrowotnych

4.1 EKES przyjmuje z zadowoleniem komunikat, według którego zakres nierówności zdrowotnych między mieszkańcami różnych regionów UE oraz między obywatelami UE znajdującymi się w korzystnej i niekorzystnej sytuacji społecznej jest wyzwaniem oraz przeszkodą w realizacji zobowiązań UE w zakresie solidarności, spójności społecznej i gospodarczej, praw człowieka i równości szans.

⁽²⁾ Istnieje już zalecenie Rady dotyczące badań przesiewowych pod kątem nowotworów, inicjatywy w sprawie zdrowia psychicznego, palenia tytoniu oraz epidemii HIV/AIDS, a także opracowania europejskiego katalogu dobrych praktyk, poprawy gromadzenia danych oraz możliwości tworzenia sieci kontaktów wśród państw członkowskich i zainteresowanych podmiotów. Wsparcie możliwe jest także dzięki ramowym programom badawczym i programom działań, programowi na rzecz zatrudnienia i solidarności społecznej Progress, analizom finansowym oraz innowacjom w polityce. Ponadto do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa przyczynia się prawodawstwo UE w zakresie zatrudnienia oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, wspólna polityka rolna oraz polityka w dziedzinie ochrony środowiska i polityka rynkowa. Fundusz Spójności oraz Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich przyczyniają się do zmniejszenia różnic między regionami.

4.2 Komunikat Komisji powstał w efekcie szerokich konsultacji, a ich wynik końcowy jest jeszcze niepełny. Niestety, o niektórych ważnych kwestiach wspomniano tylko pokrótce lub w ogóle je pominięto. Niektóre z nich wchodzą w zakres kompetencji państw członkowskich, lecz Komisja mogłaby odegrać rolę uzupełniającą, jeśli chodzi o zajęcie się tymi aspektami i znalezienie rozwiązań.

4.3 Komunikat wymienia najważniejsze obszary polityki UE (ochrona socjalna, ochrona środowiska, kształcenie itd.), które wiążą się z nierównościami zdrowotnymi i wzajemnie na siebie oddziałują. EKES podkreśla w związku z tym, że bardzo istotne jest dokonanie przez Komisję i państwa członkowskie oceny wpływu, jaki na stan zdrowia ludności wywiera polityka prowadzona w różnych obszarach i na WSZYSTKICH szczeblach: lokalnym, regionalnym i unijnym. EKES przypomina, że zmniejszenie nierówności zdrowotnych nie jest zjawiskiem naturalnym, lecz wynikiem decyzji politycznych.

4.4 EKES uważa, że Komisja powinna jak najlepiej wykorzystać dostępne instrumenty (np. otwartą metodę koordynacji, oceny wpływu, programy badawcze, wskaźniki, współpracę z organizacjami międzynarodowymi), a także rozważyć razem z państwami członkowskimi nowe metody, by zapewnić, że polityka i działania UE zajmą się czynnikami, które wywołują nierówności zdrowotne w UE lub przyczyniają się do nich. Jednak środki stosowane przez Komisję na rzecz wsparcia państw członkowskich muszą być zgodne z zasadą pomocniczości oraz z traktatami.

4.5 EKES popiera rolę Komisji w zakresie koordynowania polityki i środków UE, zapewniania spójności polityki, propagowania wymiany informacji i wiedzy między państwami członkowskimi, wskazywania i rozpowszechniania dobrych praktyk oraz pomocy w opracowywaniu dostosowanej do potrzeb polityki w zakresie konkretnych problemów, z którymi zmagają się określone grupy społeczne. Komitet oczekuje lepszej współpracy, zarówno na szczeblu unijnym, jak i międzynarodowym, z zainteresowanymi podmiotami, w tym z EKES-em.

4.6 EKES podkreśla jednak rolę państw członkowskich w zapewnieniu kompleksowej, powszechnie dostępnej, osobistej opieki zdrowotnej wysokiej jakości, gdyż jest to główny czynnik zmniejszenia nierówności zdrowotnych. Dotyczy to zwłaszcza dzieci, osób przewlekle chorych i pacjentów cierpiących na wiele chorób oraz będących w starszym wieku, potrzebujących podczas rekonwalescencji znajomego otoczenia i kontaktów z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi. W ramach przeciwdziałania nierównościami w dostępie do opieki zdrowotnej nie powinno się zmuszać obywateli, a w szczególności grup znajdujących się w trudnej sytuacji społecznej, do przemieszczania się do regionów o dużej liczbie placówek opieki zdrowotnej.

4.7 EKES podkreśla, że na państwach członkowskich spoczywa odpowiedzialność za zapewnienie opieki zdrowotnej. W omawianiu kwestii nierówności ogromne znaczenie ma uwzględnienie roli rządów krajowych w zapewnieniu systemów ochrony socjalnej i zagwarantowaniu wystarczającej liczby dobrze wyszkolonego personelu świadczącego usługi na szczeblu lokalnym, tak by obywatele mieszkający w oddalonych społecznościach oraz słabsze grupy społeczne nie znajdowali się w niekorzystnej sytuacji.

4.8 Zły stan zdrowia, którego przyczyny leżą głównie poza systemem opieki zdrowotnej, może ulec poprawie dzięki systemom opieki zdrowotnej i społecznej. Ale w niektórych przypadkach nowe zjawiska w systemach opieki zdrowotnej mogą przyczynić się do wzrostu nierówności zdrowotnych⁽³⁾. Nowe technologie nie powinny powodować nowych nierówności związanych ze zdrowiem.

4.9 Ważne jest zwłaszcza uświadomienie młodemu pokoleniu, że zdrowy styl życia zmniejsza niebezpieczeństwo chorób. Tego rodzaju wiedza wśród młodych ludzi, którzy w swoim czasie staną się rodzicami, może w znaczącym stopniu wpływać na ich dzieci i przyszłe pokolenia.

5. Uwagi szczegółowe w sprawie głównych kwestii wymagających działania

5.1 Dążenie do zmniejszania różnic zdrowotnych jako część ogólnego rozwoju społecznego i gospodarczego

5.1.1 Nierówności zdrowotne oddziałują także na proces lizboński, gdyż zmniejszenie produkcji i koszty leczenia oraz świadczeń społecznych mogą osłabić gospodarkę i spójność społeczną.

5.1.2 EKES podziela pogląd Komisji w sprawie potrzeby utworzenia modelu ogólnego rozwoju społeczno-gospodarczego, który przyczyni się do szybszego wzrostu gospodarczego i większej sprawiedliwości społecznej, a także do większej solidarności, spójności i lepszego stanu zdrowia. Cel ten powinien stać się priorytetem strategii „Europa 2020”, w której należałoby uwzględnić wskaźnik mierzący nierówności zdrowotne w celu śledzenia osiągniętych w ramach strategii postępów. Nie należy przy tym zapominać o kluczowej roli funduszy strukturalnych UE we wdrażaniu tej strategii.

5.1.3 EKES przypomina państwom członkowskim o znaczeniu, jakie dla stanu zdrowia społeczeństwa mają ochrona zdrowia społecznego, dostęp do świadczeń zdrowotnych i finansowanie opieki zdrowotnej. Wydaje się to szczególnie istotne w świetle tendencji demograficznych występujących w UE.

5.1.4 Należy zauważyć, że ochrona socjalna w zakresie zdrowia – czyli mechanizmy finansowania opieki zdrowotnej w ramach narodowych systemów ubezpieczeń społecznych i opieki zdrowotnej oraz systemów opartych na opodatkowaniu – powinna być wdrażana i rozbudowywana na podstawie solidarności w finansowaniu i grupowania ryzyka. Ma to kluczowe znaczenie dla uzyskania równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Rzeczywisty dostęp do świadczeń zdrowotnych określają takie czynniki, jak przystępność, dostępność, jakość, ochrona finansowa oraz informacja o zakresie podstawowych świadczeń⁽⁴⁾.

⁽³⁾ Przykładowo we Francji ograniczony dostęp do leczenia antyretrowirusowego przyczynił się do wzrostu nierówności zdrowotnych wśród pacjentów zakażonych wirusem HIV.

⁽⁴⁾ Porozumienia, cele ustalone na szczeblu krajowym i międzynarodowym, świadczenia na wypadek macierzyństwa, w tym urlop zdrowotny i macierzyński; do najważniejszych konwencji i przepisów MOP w zakresie ochrony zdrowia społecznego należy Konwencja nr 130 dotycząca opieki lekarskiej i zasiłków chorobowych oraz Konwencja nr 102 dotycząca zabezpieczenia społecznego, a w szczególności ochrony zdrowia społecznego. Została ona podpisana przez wiele państw, ostatnio przez Rumunię i Bułgarię. Do jej ratyfikacji przez UE brakuje jeszcze tylko podpisów dwóch państw bałtyckich i Finlandii (przeszkodą są sformułowania mające związek z płcią).

5.1.5 Problemy nierówności w zakresie zdrowia należy rozwiązywać z zastosowaniem pragmatycznej strategii, której celem jest objęcie społeczeństwa powszechną opieką zdrowotną i zapewnienie rzeczywistego dostępu do niej (zgodnie z podanym wyżej określeniem) poprzez koordynację wszystkich mechanizmów i systemów finansowania opieki zdrowotnej (ubezpieczeń społecznych i prywatnych, programów opieki społecznej, systemów zdrowia publicznego itd.), by poprawić dostęp do świadczeń osób ubogich i mniejszości, takich jak migranci – niezależnie od ich statusu administracyjnego – grupy etniczne lub religijne, oraz zmniejszyć nierówności związane z wiekiem i płcią.

5.1.6 Związane z tym reformy powinny prowadzić do podejścia opartego na poszanowaniu praw mającego podstawę w dialogu społecznym na rzecz zapewnienia szerokiego konsensusu, a tym samym także trwałości rozwiązań w zakresie finansowania i godziwych warunków pracy zarówno osób ubezpieczonych, jak i pracowników ochrony zdrowia. W tym kontekście zdaniem EKES-u dalsza prywatyzacja mogłaby przynieść negatywne skutki, wprowadzając system, który byłby oparty raczej na konkurencji niż na solidarności.

5.2 Ulepszanie danych i poprawa wiedzy oraz mechanizmów służących pomiarowi, monitorowaniu, ocenie i sprawozdawczości

5.2.1 EKES zgadza się z Komisją, że pomiar nierówności w dziedzinie zdrowia jest pierwszym podstawowym krokiem w kierunku skutecznego działania, monitorowania i postępu.

5.2.2 EKES wzywa zatem WSZYSTKIE państwa członkowskie do udziału w planach Komisji na rzecz pogłębienia wiedzy i ulepszania danych oraz mechanizmów służących pomiarowi, monitorowaniu, ocenie i sprawozdawczości w zakresie nierówności zdrowotnych (w tym także oddziaływania gospodarczego i społecznego). W tym kontekście niezwykle istotne jest zobowiązanie się państw członkowskich do terminowego dostarczania porównywalnych danych.

5.2.3 Mając na uwadze duże znaczenie danych i fakt, że mogą być one niepełne, EKES wzywa Komisję do opracowania, we współpracy z państwami członkowskimi, nowych wskaźników monitorowania nierówności zdrowotnych oraz metodyki oceniania sytuacji zdrowotnej w państwach członkowskich w celu identyfikacji najlepszych praktyk i obszarów wymagających poprawy.

5.2.4 EKES opowiada się za tym, by mierzenie i monitorowanie rzeczywistego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz objęcie społeczeństwa powszechną ochroną zdrowia zostały uznane za elementy wskaźnika postępu. Równie ważne jest analizowanie danych pod kątem wieku, płci, statusu społeczno-ekonomicznego oraz obszaru geograficznego. EKES zachęca Komisję i państwa członkowskie do korzystania w tym względzie z doświadczeń WHO, MOP, Fundacji Dublińskiej oraz Agencji Praw Podstawowych UE.

5.2.5 Jeśli chodzi o podstawę badań naukowych i wiedzy, EKES opowiada się za tym, by w ramowym programie badań naukowych UE silniej zaakcentowano kwestie zdrowotne i społeczno-gospodarcze. Priorytetem programu UE w dziedzinie zdrowia powinno być także zwalczanie nierówności zdrowotnych w następnym okresie budżetowym.

5.2.6 Komisja powinna wprowadzić instrumenty i ramy umożliwiające państwom członkowskim wymianę wyników badań oraz stwarzać możliwości łączenia zasobów badawczych tych państw.

5.2.7 EKES zdaje sobie sprawę, że zmniejszanie nierówności zdrowotnych jest procesem długotrwałym. Działania przedstawione w komunikacie powinny stanowić ramy dla długotrwałych inicjatyw w tej dziedzinie, zaś EKES będzie z zainteresowaniem oczekiwał pierwszego sprawozdania z postępów, które ma zostać przedstawione w 2012 r.

5.3 Budowanie zaangażowania społecznego

5.3.1 EKES przyjmuje z zadowoleniem plany Komisji dotyczące współpracy z państwami członkowskimi i zasięgania opinii zainteresowanych stron na poziomie unijnym i krajowym na temat:

- uczynienia zagadnienia nierówności zdrowotnych jednym z obszarów priorytetowych w programach współpracy w dziedzinie zdrowia;
- rozwijania działań i instrumentów w dziedzinie szkolenia zawodowego w celu zmniejszania nierówności za pomocą programu „Zdrowie”, EFS i innych mechanizmów;
- stymulowania, za pomocą dokumentów dyskusji i refleksji w Komitecie Ochrony Socjalnej na temat możliwości wprowadzenia konkretnych celów.

5.3.2 EKES podkreśla, że budowanie zaangażowania całego społeczeństwa zależy nie tylko od rządów, ale także od udziału społeczeństwa obywatelskiego i partnerów społecznych. Procesy konsultacji, tworzenia polityki i jej wdrażania powinny dokonywać się z udziałem zainteresowanych stron na poziomie unijnym, lokalnym i regionalnym. EKES uważa, że istnieje możliwość zwiększenia skuteczności w tym zakresie, rozwoju partnerstw oraz poprawy rozpowszechniania dobrych praktyk. W państwach członkowskich należy wprowadzić przejrzyste programy monitorowania i oceny służące mierzeniu dokonującego się postępu.

5.3.3 Budowanie bardziej skutecznych partnerstw z zainteresowanymi stronami pomoże wspierać oddziaływanie na różne determinanty społeczne i tym samym zmniejszać nierówności zdrowotne. Mogą one na przykład odegrać ważną rolę w zakresie poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz ich adekwatności, w promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej migrantów, mniejszości etnicznych i innych grup w trudnej sytuacji społecznej, w propagowaniu wymiany informacji i wiedzy, wskazywaniu i rozpowszechnianiu dobrych praktyk oraz pomocy w opracowywaniu dostosowanej do potrzeb polityki odnoszącej się do konkretnych problemów, z którymi zmagają się państwa członkowskie lub specyficzne grupy społeczne. Zainteresowane podmioty mogą także pomóc w mierzeniu nierówności zdrowotnych w danej społeczności w pracy oraz w czasie wolnym, a także wspierać pracowników służby zdrowia i przedstawicieli innych sektorów w zdobywaniu wiedzy i odbywaniu szkoleń.

5.3.4 EKES opowiada się także za skuteczniejszymi konsultacjami z przedstawicielami grup w trudnej sytuacji społecznej. EKES przyjąłby z zadowoleniem możliwość przeprowadzenia dalszych rozważań nad tym punktem wraz z Komisją Europejską.

5.4 Wychodzenie naprzeciw grupom w trudnej sytuacji społecznej

5.4.1 Trzeba pamiętać, że grupy znajdujące się w trudnej sytuacji społecznej są pierwszymi ofiarami obecnego kryzysu, zarówno jeśli chodzi o zdrowie, jak i dostęp do opieki zdrowotnej.

5.4.2 W związku z tym EKES przyjmuje z zadowoleniem:

- współdziałanie między Komisją Europejską a państwami członkowskimi na rzecz poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych i profilaktyki zdrowotnej grup znajdujących się w trudnej sytuacji społecznej;
- środki na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych w przyszłych inicjatywach dotyczących starzenia się w dobrym zdrowiu;
- prowadzenie działań w dziedzinie nierówności zdrowotnych w ramach Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym w 2010 r.;
- wykorzystywanie polityki spójności i funduszy strukturalnych na rzecz poprawy stanu zdrowia grupy w trudnej sytuacji społecznej, w kontekście przemian demograficznych;
- skoncentrowanie się na mniejszej liczbie środków, które jednak powinny być lepiej dopracowane.

5.4.3 EKES zaleca, aby kwestię nierówności zdrowotnych i grup w trudnej sytuacji społecznej, w tym osób niepełnosprawnych, rozpatrywać w ogólnej perspektywie równości i dyskryminacji. Jednym z przykładów są tu różnice pod względem płci w kontekście starzenia się. Kobiety zwykle żyją dłużej niż mężczyźni, ale przeżywają więcej lat w złym stanie zdrowia, a w związku z ogólnie krótszym okresem życia zawodowego otrzymują niższe świadczenia emerytalne, co wywiera bezpośredni wpływ na dostęp do opieki zdrowotnej i lekarstw. Sytuacja migrujących kobiet także wymaga szczególnego rozważenia pod kątem edukacji zdrowotnej i dostępu do opieki zdrowotnej.

5.4.4 Profilaktyka zdrowotna i programy badań przesiewowych oraz promocja zdrowia i edukacja zdrowotna (wiedza o zdrowym stylu życia, dostępnych metodach leczenia, prawach pacjenta, itp.) są bardzo ważne, zwłaszcza w społecznościach znajdujących się w trudnej sytuacji. EKES zaleca Komisji i państwom członkowskim przeprowadzanie kampanii i oferowanie świadczeń ukierunkowanych na konkretne grupy znajdujące się w trudnej sytuacji społecznej. Kampanie zdrowotne skierowane do ogółu społeczeństwa zwykle w niewielkim stopniu docierają do grup w trudnej sytuacji. Z kolei kampanie ukierunkowane mobilizują mniej uprzywilejowane społeczności do określenia swoich potrzeb i rozpowszechniania informacji.

5.4.5 Komisja powinna w tym kontekście ocenić wpływ, jaki istniejące na szczeblu europejskim platformy i fora (ds. odżywiania, alkoholu itd.) wywierają na grupy znajdujące się w trudnej sytuacji. EKES proponuje utworzenie platformy dla organizacji pacjentów, której zadaniem będzie wymiana doświadczeń i rozpowszechnianie informacji.

5.4.6 EKES uważa, że jakość i dostępność kształcenia we wczesnym dzieciństwie jest jednym ze środków zapobiegania nierównościom zdrowotnym wśród przyszłych pokoleń. Dostępność różnych form opieki nad dziećmi stanowi istotny składnik rozwoju społeczno-gospodarczego i odgrywa szczególnie ważną rolę w przypadku regionów i grup społecznych znajdujących się w niekorzystnej sytuacji oraz stosunkowo gorzej sytuowanych gospodarstwach domowych. Zapewnienie opieki nad dziećmi może pomóc w rozwiązywaniu problemów społecznych, gospodarczych i zdrowotnych, z którymi mają do czynienia uboższe gospodarstwa domowe, a także wspierać integrację społeczną grup wykluczonych⁽⁵⁾. Ponieważ źródłem nierówności zdrowotnych są w znacznym stopniu nierówności społeczne, zdaniem EKES-u decydujące znaczenie ma zapewnienie równego dostępu do szkolnictwa i wysokiej jakości kształcenia, tak aby każdy mógł zdobyć wiedzę niezbędną do świadomego kierowania swoim życiem.

5.5 Zwiększanie wkładu wnoszonego przez politykę UE

5.5.1 EKES wzywa państwa członkowskie do nadania priorytetowego znaczenia wyeliminowaniu nierówności zdrowotnych oraz do zapewnienia, że polityka wywierająca wpływ na kwestie społeczne, gospodarcze i zdrowotne będzie lepiej koordynowana, monitorowana i oceniana w celu propagowania dobrych praktyk i rozpowszechniania informacji w całej UE.

5.5.2 Należy zbadać wpływ różnych obszarów polityki UE na stan zdrowia.

5.5.3 Można zwiększyć wkład UE w ograniczanie nierówności zdrowotnych, np. poprzez lepsze zrozumienie wpływu polityki na zdrowie i większe zintegrowanie polityki w zakresie kształcenia, warunków pracy, rozwoju terytorialnego, ochrony środowiska, transportu, itd. Ale przede wszystkim Komisja musi zapewnić, że zaproponowane środki nie spowodują żadnych nowych nierówności, zwłaszcza gdy wywierają one wpływ na grupy w trudnej sytuacji społecznej⁽⁶⁾.

5.5.4 Cel zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia jest zapisany, na równi z jednolitym rynkiem, w traktacie lizbońskim, który także wyznacza Unii Europejskiej uzupełniającą rolę w zapewnieniu dobrego samopoczucia jej obywatelom. EKES ma nadzieję, że traktat lizboński ożywi hasło „uwzględniania kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki” (*Health in All Policies – HIAP*), które na razie pozostaje raczej pustym sloganem na szczeblu UE, kryjącym nierównowagę spowodowaną powszechną dominacją jednolitego rynku.

⁽⁵⁾ Ycznia 2010 r. w sprawie opieki nad małymi dziećmi i ich kształcenia (opinia z inicjatywy własnej), sprawozdawca: Mária HERCZOG

⁽⁶⁾ Do grup w szczególnie złej sytuacji społecznej zaliczają się osoby, które nie są mobilne z powodu choroby, nie poszukują w aktywny sposób możliwie najskuteczniejszej terapii, nie znają języka kraju, w którym najlepiej byłoby przeprowadzić leczenie, nie posiadają zasobów finansowych, by zapłacić za leczenie specjalistyczne lub leczenie za granicą oraz wahają się przed podjęciem leczenia za granicą lub w odległym ośrodku krajowym. Zmiany demograficzne spowodują pojawienie się nowych wyzwań zdrowotnych.

5.5.5 W tym kontekście EKES wzywa Komisję do:

- przeprowadzenia oceny jej działań (przed ich podjęciem, w trakcie i po ich przeprowadzeniu) we wszystkich obszarach polityki w celu sprawdzenia, czy wszystkie te obszary przyczyniają się do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia i do zmniejszenia nierówności zdrowotnych⁽⁷⁾;
- opracowania mechanizmu oceny oddziaływania istniejących obszarów polityki (*ex ante* i *ex post*) na zdrowie różnych grup ludności w celu uzyskania informacji potrzebnej do dalszego kształtowania polityki;
- wprowadzenia mechanizmów pozwalających wycofać te środki polityki, które wpływają negatywnie na zdrowie i powodują nierówności;
- podjęcia kroków na rzecz zwiększenia świadomości wśród państw członkowskich, stowarzyszeń i pracowników służby zdrowia na temat realnego oddziaływania nierówności zdrowotnych, określających je czynników oraz środków ich przewyżczenia.

5.5.6 EKES pragnąłby także, aby państwa członkowskie uwzględniły nierówności zdrowotne w swoich programach prac oraz opracowały odpowiednie strategie międzysektorowe.

5.5.7 EKES popiera propozycję Komisji w sprawie wspomaganie państw członkowskich w skuteczniejszej koordynacji środków polityki oraz w przeprowadzeniu analizy związku między daną polityką a stanem zdrowia różnych grup społecznych we wszystkich państwach członkowskich. Niwelowaniu nierówności zdrowotnych powinny służyć także takie czynniki, jak lepsze stosowanie polityki spójności UE, poprawa informo-

wania o funduszach spójności i lepsza ich koordynacja, zwiększony potencjał inwestycyjny w sektorze zdrowia i opieki społecznej w państwach członkowskich oraz możliwości w ramach polityki rozwoju obszarów wiejskich i WPR.

5.5.8 Nie można jednak naruszać przy tym praw państw członkowskich do organizowania i finansowania systemów opieki zdrowotnej, w szczególności ich prawa do określania i urzeczywistniania odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia (art. 168 traktatu).

5.5.9 Należy zintensyfikować wysiłki na rzecz zwalczania nierówności zdrowotnych, mając na uwadze zwłaszcza wyzwania związane ze zmianami demograficznymi. Należy w tym kontekście uznać i szczególnie wspierać kluczową rolę, jaką odgrywają małe podmioty świadczące usługi medyczne (zwłaszcza samozatrudnieni lekarze) w zapewnieniu wszechstronnego, indywidualnego i lokalnego leczenia pacjentów.

5.5.10 EKES przyjmuje z zadowoleniem:

- propozycję prowadzenia dialogu politycznego z państwami członkowskimi i zainteresowanymi stronami na temat sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej i innych podstawowych wartości w tym zakresie, przedstawionych w strategii UE w zakresie ochrony zdrowia oraz strategii dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy, a także propozycję zorganizowania forum na temat zdrowia i restrukturyzacji w celu zaproponowania odpowiednich środków zmniejszania nierówności zdrowotnych;
- inicjatywę Komisji na szczeblu międzynarodowym polegającą na wspieraniu innych krajów w zakresie zdrowia i związanych z nim dziedzin poprzez dzielenie się doświadczeniami UE w zwalczaniu nierówności zdrowotnych.

Bruksela, 29 kwietnia 2010 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Mario SEPI

(7) Jakkolwiek prawdą jest, że wiele aktów legislacyjnych wymaga już oceny wpływu, w większości przypadków nie można ocenić, czy przyczyniają się one w sposób autentyczny i skuteczny do realizacji wyznaczonych celów. Jest to tym bardziej niezbędne w sytuacji obecnego kryzysu finansowo-gospodarczego, który staje się w coraz większym stopniu kryzysem finansowania systemu zatrudnienia i opieki zdrowotnej, co pociąga za sobą konsekwencje dla zdrowia publicznego.