



**RÅDET FOR
DEN EUROPÆISKE UNION**

**Bruxelles, den 22. oktober 2009 (03.11)
(OR. en)**

**14848/09
ADD 2**

**SAN 269
SOC 615**

FØLGESKRIVELSE

fra: Jordi AYET PUIGARNAU, direktør, på vegne af generalsekretæren for Europa-Kommissionen

modtaget den: 21. oktober 2009

til: Javier SOLANA, generalsekretær/højtstående repræsentant

Vedr.: ARBEJDSDOKUMENT FRA KOMMISSIONENS TJENESTEGRENE
Resumé af konsekvensanalysen om ledsagedokument til meddelelse fra Kommissionen til Europa-Parlamentet, Rådet, Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg og Regionsudvalget
Solidaritet på sundhedsområdet: Begrænsning af uligheder på sundhedsområdet i EU

Hermed følger til delegationerne Kommissionens dokument - SEK(2009) 1397 endelig

Bilag: SEK(2009) 1397 endelig



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 20.10.2009
SEK(2009) 1397

ARBEJDSDOKUMENT FRA KOMMISSIONENS TJENESTEGRENE

RESUMÉ AF KONSEKVENSANALYSEN

Ledsagedokument til

**MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN TIL EUROPA-PARLAMENTET, RÅDET,
DET EUROPÆISKE ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALG OG
REGIONSUDVALGET**

Solidaritet på sundhedsområdet: Begrænsning af uligheder på sundhedsområdet i EU

{KOM(2009) 567 endelig}
{SEK(2009) 1396}

1. INDLEDNING

Dette dokument indeholder et resumé af konsekvensanalysen, der omhandler de politiske valgmuligheder, for så vidt angår EU-initiativet "Solidaritet på sundhedsområdet: Begrænsning af uligheder på sundhedsområdet i EU". Kommissionen påpegede behovet for tiltag i EU's sundhedsstrategi¹ og bekendtgjorde i den nye sociale dagsorden fra 2008², at der vil blive gennemført et EU-initiativ om uligheder på sundhedsområdet. I nærværende dokument findes konsekvensanalyseudvalgets bemærkninger vedrørende målsætningerne, brugen af begreberne uligheder og uretfærdigheder, proportionalitet, subsidiaritet og omkostninger. Denne rapport forpligter kun de tjenestegrene i Kommissionen, der har været involveret i udarbejdelsen, og foregriber på ingen måde Kommissionens endelige afgørelse.

Hovedansvaret for begrænsning af uligheder på sundhedsområdet påhviler medlemsstaterne, men EU's politikker kan have indirekte virkninger for sundheden og kan bidrage til overvindelse af eksisterende hindringer for tiltag. I denne rapport vurderes EU's tiltag for at støtte og supplere medlemsstaternes og de berørte parter indsats og at mobilisere EU-politikker med henblik på at begrænse uligheder på sundhedsområdet under fuld overholdelse af subsidiaritetsprincippet.

EU's tiltag bør støtte forbedringer af hele befolkningens sundhed, men med fokus på at begrænse urimelige forskelle på sundhedsområdet mellem forskellige socialgrupper og regioner i EU, som kan undgås – dvs. en tilgang, hvor der skal opnås et fælles højt niveau.

Der gennemføres allerede en række relevante tiltag på både EU-plan og nationalt plan. De nuværende tiltags effektivitet lider dog under et utilstrækkeligt kendskab til problematikken, en utilstrækkelig prioritering og inddragelse af de berørte parter, mangelfulde oplysninger og mangelfuld viden, utilstrækkelig udveksling af god praksis og vanskeligheder med at skabe en tværfaglig politik. Nærværende dokument omhandler derfor foranstaltninger, som skal løse disse problemer.

2. PROBLEMFORMULERING

På nuværende tidspunkt er forskellen i forventet levealder mellem EU-medlemsstaterne på otte år for kvinder og på 14 år for mænd. Der er også store forskelle med hensyn til dødelighed, handicap og sygdom mellem de forskellige medlemsstater og regioner i EU. I visse lande er situationen med hensyn til sygdom set i forhold til EU's gennemsnit og landene med de bedste resultater blevet forværret i de sidste to årtier.

Der er store forskelle på sundhedsområdet mellem de forskellige socialgrupper som defineret på grundlag af indkomst, erhverv, uddannelsesniveau og etnisk gruppe i alle medlemsstaterne³. Personer med lavere uddannelsesgrad, lavere indkomst eller beskæftigelse

¹ KOM(2007) 630.

² KOM(2008) 412.

³ Health Status & Living Conditions. Overvågningsrapport udarbejdet af det europæiske observationscenter for den sociale situation. Europa-Kommissionen 2008.

på et lavere niveau har en lavere levealder og oplever længere perioder med dårligt helbred. Forskellen i forventet levealder mellem de socioøkonomiske grupper er på mellem fire og ti år for mænd og to og seks år for kvinder. Dette mønster afspejles i en lang række foranstaltninger vedrørende fysisk og psykisk sundhed. I visse lande er forskellene blevet større i løbet af de seneste årtier.

Uligheder på sundhedsområdet hænger sammen med uligheder med hensyn til de sociale determinanter af betydning for sundheden, herunder levevilkår (bolig og miljø), sundhedsrelateret adfærd (kost, rygning og motion), beskæftigelse og arbejdsbetingelser, uddannelse og adgang til social sikring, herunder adgang til sundhedspleje af høj kvalitet. En betydelig del af ulighederne på sundhedsområdet kan undgås og reguleres ved hjælp af politikker, som EU har indflydelse på.

Der er blevet udpeget tre områder, hvor der kan konstateres svagheder, der udgør hindringer for effektive tiltag over for uligheder på sundhedsområdet. Der er tale om områder, hvor EU kan støtte og supplere medlemsstaternes indsats:

Manglende kendskab til problematikken og utilstrækkelig politisk prioritering og utilstrækkeligt engagement fra medlemsstaternes og andre berørte parter side.

Manglen på sammenlignelige data om udviklingen, overvågning og afrapportering.

Manglende viden om determinanterne, og hvilke politikker der med held kan gennemføres.

Utilstrækkelig samordning, for så vidt angår EU's tilgang til uligheder på sundhedsområdet (manglende mainstreaming på EU-plan).

Medlemsstaterne gennemfører forskellige politikker, men der mangler omfattende strategier. Mere end halvdelen af medlemsstaterne giver ikke høj politisk prioritet til begrænsning af ulighederne på sundhedsområdet. Desuden evalueres politikkerne ikke, ligesom kendskabet til dem ikke udbredes.

Selv om der findes solid dokumentation, er der behov for flere oplysninger om virkningerne (årsagssammenhæng) og betydningen af visse sundhedsdeterminanter, hvis medlemsstaterne skal gøre en effektiv indsats over for bestemte befolkningsgrupper eller determinanter. Der er også behov for sammenlignelige data, der udarbejdes løbende og dækker hele EU, om resultater på sundhedsområdet og determinanter for uligheder på sundhedsområdet opdelt efter socioøkonomisk gruppe.

Mangel på EU-data og forskningsresultater er en hindring for udviklingen af politikker. Bedre, fælles dokumentation og en begrundelse for tiltag kan give det engagement, som savnes hos en række berørte parter på nuværende tidspunkt.

På EU-plan er uligheder på sundhedsområdet blevet givet højere politisk prioritet, og der findes allerede en række EU-politikker, som har positive virkninger. Det er dog vanskeligt at foretage en kvantificering, og der har ikke været foretaget nogen betydelig mainstreaming af uligheder på sundhedsområdet i alle relevante EU-politikker.

3. MÅLSÆTNINGER

EU's tiltag vedrørende uligheder på sundhedsområdet har til formål at støtte og supplere medlemsstaternes og andre berørte parters tiltag og at sikre, at EU-politikker og –aktiviteter giver et højt niveau for sundhedsbeskyttelse, jf. traktaten. Den sundhedsbeskyttelse, som EU-politikkerne giver, bør så vidt muligt omfatte alle borgere, uanset hvor de bor og deres sociale baggrund. Ved opfyldelsen af disse mål kan EU's tiltag bidrage til at begrænse ulighederne på sundhedsområdet i EU.

3.1. Overordnede målsætninger

Den overordnede målsætning med dette initiativ er at støtte og supplere medlemsstaternes og de berørte parters indsats og at mobilisere EU-politikker med henblik på at begrænse uligheder på sundhedsområdet.

3.2. Specifikke målsætninger

Specifikke målsætninger:

Forøgelse af kendskabet og fremme af oplysningsaktiviteter, udveksling af bedste praksis, politisk koordinering samt begrænsning af uligheder på sundhedsområdet som en politisk prioritet på både EF- og medlemsstatsplan og blandt andre berørte parter.

Forbedring af adgangen til data, af de mekanismer, der anvendes til måling, af overvågning og afrapportering om uligheder på sundhedsområdet i hele EU, af vidensbasen vedrørende årsager til uligheder på sundhedsområdet og af dokumentationen for tiltag.

Udvikling af relevante EU-politikkers bidrag til begrænsning af uligheder på sundhedsområdet, herunder bedre støtte til medlemsstaternes og de berørte parters indsats for at gøre op med uligheder på sundhedsområdet, og særlig fokus på sårbare grupper og tredjelande.

4. ANALYSE AF SUBSIDIARITET: ER DET BERETTIGET, AT EU GRIBER IND?

Selv om hovedansvaret for at tackle uligheder på sundhedsområdet påhviler medlemsstaterne, er problemet af politisk interesse for EU af en række forskellige årsager.

For det første tyder udbredelsen og den vedvarende karakter af uligheder på sundhedsområdet på uoverensstemmelse mellem den nuværende situation og nogle af EU's overordnede mål som f.eks. styrkelse af den økonomiske og sociale samhørighed, sikring af lige muligheder, fremme af begrænsning af uligheder samt fremme af ligestilling mellem kvinder og mænd og solidaritet mellem medlemsstaterne (EU-traktatens artikel 2 og EF-traktatens artikel 2).

For det andet medfører det store antal personer med dårligt helbred i visse dele af EU's befolkning betydelige offeromkostninger for EU og giver et økonomisk incitament til at forsøge at løse problemerne. På baggrund af befolkningens aldring er et højt folkesundhedsniveau vigtigt for at opnå et længere arbejdsliv samt højere produktivitet, større konkurrenceevne og højere beskæftigelse. Helbredsproblemer, som kan undgås, medfører store omkostninger for sundhedsvæsnerne og lægger et unødigt pres på de offentlige budgetter. En reduktion af de unødvendige tab på grund af dårlig sundhedstilstand og for

tidlige dødsfald kan bidrage til opfyldelse af Lissabonmålene og udnyttelse af hele Europas potentiale for at opnå velstand.

Retsgrundlaget for tiltag kan findes i en række forskellige artikler i EF-traktaten, herunder: artikel 12 og 13 (bekæmpelse af forskelsbehandling), artikel 125 (fremme af beskæftigelse og en veluddannet, velkvalificeret og smidig arbejdsstyrke), artikel 136 og 137 (forbedring af leve- og arbejdsvilkår, social beskyttelse og bekæmpelse af social udstødelse), artikel 152 (sikring af et højt sundhedsbeskyttelsesniveau i forbindelse med alle Fællesskabets politikker) samt artikel 158 og 159 (styrkelse af den økonomiske og sociale samhørighed). Disse artikler udgør grundlaget for, at Fællesskabet kan støtte og supplere medlemsstaternes tiltag.

Behovet for tiltag på EU-plan kan findes 1) i behovet for EU-dækkende indsamling af data og overvågning, da EU har bedre muligheder for at sikre pålidelige og sammenlignelige data end de enkelte medlemsstater, og 2) i samhørighedspolitikken, hvorigennem EU giver medlemsstaterne, navnlig fattige regioner, økonomisk støtte, som kan investeres i centrale determinanter for uligheder på sundhedsområdet som f.eks. levevilkår, erhvervsuddannelse og arbejdsformidlinger samt sundhedsydelser (fremme, forebyggelse og behandling). EU kan også give en merværdi ved at øge kendskabet til og opmærksomheden på uligheder på sundhedsområdet, at forbedre overvågningsmekanismerne, at forbedre forskningen og vidensindsamlingen, at sørge for relevante tiltags synlighed gennem forbedring af udvekslingen af erfaringer og god praksis samt kapacitetsopbygning og at forbedre sammenhængen mellem EU's politikker. Dette er blevet foreslået i høringssvarene og i forbindelse med gennemgangen af forskning på området.

5. POLITISKE VALGMULIGHEDER

Der foretages en analyse af tre muligheder for at opfylde målsætningerne. Valgmulighed I indebærer fortsættelse af de nuværende aktiviteter ("status quo"). Valgmulighed II ("status quo plus") indebærer, at der bygges videre på igangværende arbejde, som kan videreudvikles inden for en kort tidshorisont uden yderligere eller omfattende ændringer af Fællesskabets nuværende instrumenter, gennem udarbejdelse af en meddelelse. Valgmulighed III ("omfattende ændringer") forudsætter en længere tidshorisont, ændringer af eksisterende EU-instrumenter og en rådshenstilling. Valgmulighederne er kumulative (valgmulighed III bygger på valgmulighed II, som til gengæld bygger på valgmulighed I – jf. tabellen).

5.1. Valgmulighed I: Status quo

Med valgmulighed I fortsættes indsatsen for at fremme begrænsning af uligheder på sundhedsområdet under den åbne koordinationsmetode for social sikring og social integration og sundhedsstrategien. Lighed på sundhedsområdet er et overordnet princip i sundhedsstrategien, og begrænsning af uligheder i forbindelse med adgangen til sundhedspleje og resultater på sundhedsområdet er en fælles målsætning under den åbne koordinationsmetode for social sikring og social integration. EU bistår medlemsstaterne med at omsætte denne målsætning i de nationale strategier gennem udveksling af erfaringer. Redskaberne omfatter bl.a. nationale strategirapporter og den fælles rapport om social beskyttelse og social integration, peer reviews, møder i Udvalget for Social Beskyttelse samt møder i EU's ekspertgruppe om sociale determinanter for sundhed og uligheder på sundhedsområdet og Rådets folkesundhedsgruppe. Der ydes økonomisk støtte gennem

Progress og sundhedsprogrammet (2008-2013). Ligeledes støttes en række aktiviteter vedrørende centrale determinanter for sundheden under samhørighedspolitikken, den fælles landbrugspolitik og Den Europæiske Landbrugsfond for Udvikling af Landdistrikterne. Andre EU-aktioner, som dog ikke fokuserer på uligheder på sundhedsområdet, vil fortsætte.

5.2. Valgmulighed II: Status quo plus

Valgmulighed II indebærer, at Kommissionen vedtager en meddelelse, som skal øge kendskabet til uligheder på sundhedsområdet og sætte fokus på deres økonomiske, politiske og etiske betydning. Valgmulighed II bekræfter, at begrænsning af uligheder på sundhedsområdet er en politisk prioritet, forbedrer dialogen med de berørte parter og tilstræber en bedre udnyttelse af eksisterende oplysninger og mekanismer for udveksling samt eksisterende økonomisk støtte. Den støtter aktioner, der har til formål at tilvejebringe viden for at gøre tiltagene effektive, og søger at forbedre systemerne for måling af uligheder på sundhedsområdet mellem medlemsstater, EU-regioner og socialgrupper. Den tilskynder relevante politiske myndigheder til at foretage de første overvejelser om deres muligheder for at gennemføre foranstaltninger inden for dette område (som foreslået af de nationale myndigheder under høringen). Den indebærer, at der gennemføres en række specifikke tiltag for at styrke aktiviteterne, uden at der er behov for udvikling af omfattende nye politikker. Det er stadig medlemsstaternes ansvar at udvikle konkrete politikker.

5.3. Valgmulighed III: Omfattende ændringer

Med valgmulighed III foreslår Kommissionen desuden: en rådshenstilling om uligheder på sundhedsområdet, mål for begrænsning af uligheder på sundhedsområdet i EU som helhed, et interinstitutionelt rådgivende udvalg på højt niveau, en revision af en række politikområder, således at de kommer til at omfatte begrænsning af uligheder på sundhedsområdet som en eksplicit politisk prioritet, hvilket indebærer omfordeling af ressourcer eller tilførelse af flere ressourcer for perioden efter 2013, en revision af de fællesskabsforanstaltninger, der bidrager til at sikre, at de grundlæggende behov på sundhedsområdet dækkes (sundhedspleje, bolig, mad, vand og oplysning), og et større internationalt initiativ vedrørende uligheder på sundhedsområdet på verdensplan.

6. KONSEKVENSANALYSE

Dette er et initiativ uden lovgivning, som har til formål at styrke arbejdet for at støtte og supplere medlemsstaternes og andre berørte parters indsats for at begrænse uligheder på sundhedsområdet. De foranstaltninger, som foreslås under valgmulighed I, II og III indebærer: 1) en øget indsats for at forbedre koordineringen og kendskabet til emnerne på EU-plan og 2) en øget indsats for at øge medlemsstaternes og andre berørte parters opmærksomhed på betydningen af at fokusere på sundhedsmæssige og sociale spørgsmål, navnlig under den nuværende økonomiske krise. Aktiviteternes evne til at forbedre medlemsstaternes og andre berørte parters indsats for at begrænse uligheder på sundhedsområdet er den faktor, som er af størst betydning for forslagernes virkninger.

6.1. Sociale virkninger

Tiltagene under de tre valgmuligheder forventes at have positive sociale virkninger, og ingen af dem forventes at have negative sociale virkninger. Set i forhold til valgmulighed I vil valgmulighed II og III sandsynligvis have større positive sociale virkninger.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at den nuværende økonomiske krise kan forøge ulighederne på sundhedsområdet på grund af en forværring af visse determinanter for sundheden. Valgmulighed II og III kunne med de mere omfattende oplysningstiltag bidrage til at sikre, at medlemsstaterne i en tid, hvor der må prioriteres, ikke forsømmer dette politikområde og senere oplever negative økonomiske og sociale konsekvenser.

6.2. Økonomiske virkninger

Der kan potentielt være betragtelige, indirekte økonomiske omkostninger forbundet med store uligheder på sundhedsområdet. Der kan ikke foretages et præcist skøn over disse. I en undersøgelse af spørgsmålet skønnes det, at de potentielle økonomiske fordele forbundet med, at hele befolkningens sundhed når op på niveauet for de bedst uddannede, vil være på mellem 1,2 og 9 % af BNP.

Det er vanskeligt at fastlægge omkostningerne forbundet med foranstaltninger til forbedring af adgangen til og sammenligneligheden af data, navnlig hvis de er opdelt efter socioøkonomisk status.

Overordnet set er det dog sandsynligt, at fremskridt med hensyn til determinanterne for sundhed og uligheder på sundhedsområdet vil have positive økonomiske virkninger. På lang sigt kan forbedringer af sundheden og forøgelse af antallet af sunde leveår være omkostningsneutrale eller overordnet set være en økonomisk fordel.

7. VURDERING AF VALGMULIGHEDERNE

Alle tre valgmuligheder vil bidrage til opfyldelsen af de overordnede målsætninger, men valgmulighed III vil dog sandsynligvis have de største virkninger. Valgmulighed III indebærer dog yderligere omkostninger, og der er også en række hindringer for gennemførelsen. Valgmulighed II foretrækkes på grund af gennemførligheden (navnlig evnen til at agere under den nuværende krise) og omkostningerne. Valgmulighed II kan betragtes som et udgangspunkt for yderligere arbejde vedrørende uligheder på sundhedsområdet på EU-plan og er fuldt ud i overensstemmelse med subsidiaritetsprincippet.

8. OVERVÅGNING OG EVALUERING

De tiltag, som er blevet vurderet, omfatter forslag til forbedring af oplysningen, overvågningen og rapporteringen om udviklingen med hensyn til uligheder på sundhedsområdet og determinanter herfor, som kan anvendes til overvågning og evaluering. Kommissionen vil også søge eksperthjælp til regelmæssig analyse af udviklingen i EU's politikker gennem det europæiske observationscenter for den sociale situation og det

europæiske observatorium for sundhedssystemer og –politikker. Overvågningen vil også omfatte en rapport fra Kommissionen i 2012 om gennemførelsen af dette initiativ og initiativets bidrag til begrænsning af uligheder på sundhedsområdet. Yderligere rapporter skal udarbejdes senere.

Valgmulighed I – <i>Status quo</i>	Valgmulighed II – <i>Status quo plus</i>	Valgmulighed III – <i>Omfattende ændringer</i>
---------------------------------------	---	---

--	--	--

DA

DA