



AZ EURÓPAI UNIÓ
TANÁCSA

Brüsszel, 2010. május 20. (25.05)
(OR. en)

9947/10

SAN 120

SOC 355

FELJEGYZÉS

Küldi: az Állandó Képviselők Bizottsága (I. rész)

Címzett: a Tanács

Előző dok. sz.: 9663/1/10 REV 1 SAN 108 SOC 333

Tárgy: A FOGLALKOZTATÁSI, SZOCIÁLPOLITIKAI, EGÉSZSÉGÜGYI ÉS
FOGYASZTÁSÜGYI (EPSCO) TANÁCS 2010. JÚNIUS 7–8-I ÜLÉSE

**A méltányosság és az egészség szerepe a politikák mindegyikében:
szolidaritás az egészségügyben**

(Nem jogalkotási tevékenységek)

– A tanácsi következtetések elfogadása

[Nyilvános vita a Tanács eljárási szabályzata 8. cikkének (2) bekezdése
értelmében]

1. Az Állandó Képviselők Bizottsága 2010. május 19-i ülésén megvizsgálta az elnökség által javasolt, fent említett szöveget, továbbá megállapodott arról, hogy elfogadás céljából továbbítja a Tanács számára a mellékletben található következtetéstervezetet.
2. A Tanács felkérést kap, hogy 2010. június 7–8-i (EPSCO) ülésén fogadja el a következtetéstervezetet.

Tervezet – A Tanács következtetései a méltányosság és az egészség szerepéről a politikák mindegyikében: szolidaritás az egészségügyben

AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA,

EMLÉKEZTETVE ARRA, HOGY

1. az Unió céljai közé tartozik lakosai jólétének az előmozdítása, valamint arra, hogy az Unió alapját az olyan értékek tiszteletben tartása képezi mint az emberi méltóság, a szabadság, a demokrácia, az egyenlőség, a jogállamiság és az emberi jogok – köztük a kisebbségekhez tartozó személyek jogai;
2. az Európai Unió működéséről szóló szerződés 168. cikke kimondja, hogy az Unió fellépése kiegészíti a nemzeti politikákat és a népegészségügyi helyzet javítására irányul; az Unió bátorítja a tagállamok közötti együttműködést a népegészségügy területén, és szükség esetén támogatást nyújt a tagállamok fellépéséhez, és teljes mértékben tiszteletben kell tartania a tagállamoknak az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás megszervezésére és biztosítására vonatkozó hatáskörét;
3. a Szerződés 9. cikke kimondja, hogy politikái és tevékenységei meghatározása és végrehajtása során az Unió figyelembe veszi a foglalkoztatás magas szintjének előmozdítására, a megfelelő szociális biztonság biztosítására, a társadalmi kirekesztés elleni küzdelemre, valamint az oktatás, a képzés és az emberi egészség védelmének magas szintjére vonatkozó követelményeket;
4. az Európai Unió Alapjogi Chartája, és különösen annak az „Egészségvédelem” című 35. cikke kimondja, hogy a nemzeti jogszabályokban és gyakorlatban megállapított feltételek mellett mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét;

EMLÉKEZTETVE KÜLÖNÖSEN

5. az alábbiakról szóló tanácsi következtetésekre:

- az egészségnek a politikák mindegyikében betöltött szerepe¹, 2006. november 30.,
- közös értékek és elvek az uniós egészségügyi rendszerekben², 2006. június 2. (9504/06), amely megerősíti, hogy a méltányosság az uniós egészségügyi rendszerek legfőbb elveinek egyike,
- az egészségügy és a migráció kapcsolata az Európai Unióban³, 2007. december 6.,
- a romák társadalmi befogadása⁴, 2009. június 8.;

valamint emlékeztetve:

- a Tanács 2000. június 29-i állásfoglalására az egészséget befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos fellépésről⁵, melyben úgy vélte, hogy a lakosság egészségi állapota és az egészségügyi ellátás hatékonysága tekintetében a tagállamok között és a tagállamokon belül egyre növekvő különbségek miatt megújult és összehangolt erőfeszítésekre van szükség nemzeti és közösségi szinten;
- az Európai Tanács 2008. június 19–20-i ülésére, amelynek során hangsúlyozta annak fontosságát, hogy meg kell szüntetni a tagállamokon belül és azok között az egészségügy és a várható élettartam terén tapasztalható egyenlőtlenségeket⁶;

6. az Egészségügyi Világszervezetnek az egészségügyi egyenlőtlenségeknek az egészséget meghatározó társadalmi tényezőkkel kapcsolatos intézkedések révén történő csökkentéséről (WHA62.14), valamint az egészségügyi vonatkozású millenniumi fejlesztési célok megvalósításának nyomon követéséről szóló (WHA61.18) határozatára; e két határozatot többek között az EU tagállamai is elfogadták;

¹ 16167/06.

² 10173/06.

³ 15609/07.

⁴ 10394/09.

⁵ HL C 218., 2000.7.31., 8. o.

⁶ 11018/1/08 REV 1.

7. az alábbi konferenciákon elfogadott következtetésekre:

- „Az egészségügyi egyenlőtlenségek megszüntetése: kormányzás az egészségért” elnevezésű európai „csúcstalálkozó”, London (Egyesült Királyság), 2005. október 17–18.,
- az egészségnek a politikák mindegyikében betöltött szerepéről a finnországi Kuopio-ban 2006. szeptember 20–21-én tartott konferencia, amely hangsúlyozta, hogy a döntéshozatal során az egyes politikai ágazatokban és a különböző szinteken a népesség egészségi állapotának védelme, fenntartása és javítása érdekében nagyobb figyelmet kell fordítani az egészségügyi hatásokra;
- „Az egészségügy szerepe a politikák mindegyikében: eredmények és kihívások” című uniós miniszteri konferencia, Róma (Olaszország), 2007. december 18.;

NAGYRA ÉRTÉKELI

8. az Európai Bizottság „Együtt az egészségért: stratégiai megközelítés az EU számára 2008–2013” című fehér könyvét⁷, amely a méltányosságot az uniós egészségügyi stratégiák egyik alapvető értékeként azonosítja;
9. a „Megújított szociális menetrend: Lehetőségek, hozzáférés és szolidaritás a XXI. századi Európában” című bizottsági közleményt⁸, mely újra meghatározta az alapvető európai szociális célokat – esélyegyenlőség, hozzáférés és szolidaritás –, valamint bejelentette, hogy bizottsági közlemény jelenik meg az egészségügyi egyenlőtlenségekről;
10. a „Szolidaritás az egészségügyben: az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban” című európai bizottsági közleményt⁹, amely felvázolja a Bizottság tartós – a tagállamokkal és az érdekelt felekkel partnerségben megvalósított – fellépésének kereteit;

⁷ 14689/07.

⁸ 11517/08.

⁹ 14848/09.

TUDOMÁSUL VESZI

11. „A méltányosság javítása az egészségügyben: az egészséget meghatározó társadalmi tényezők megfigyelése és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése” című – az EU 2010. évi spanyol elnökségének megbízásából nemzeti és nemzetközi szakértők együttműködésével készült – háttéranyag következtetéseit;

AGGODALMÁNAK AD HANGOT

12. az EU tagállamai között az egészségi állapot tekintetében a szociális gradiens minden pontján fennálló széles körű és állandósult különbségek miatt;
13. amiatt, hogy a kiszolgáltatott és a társadalomból kirekesztett csoportok – így a munkanélküliek, az alacsony jövedelemmel rendelkezők, a hajléktalanok, a mentális egészségi problémákkal küzdők, a fogyatékosokkal élők, valamint egyes migráns vagy etnikai kisebbségi csoportok, például a roma népesség – átlagos egészségi állapota különösen rossz. Ezen csoportok rossz egészségi állapotának oka lehet a strukturális feltételek (a társadalmi-gazdasági és a politikai környezet, a kormányzat, a makrogazdaság, a szociál- és egészségügyi politika, valamint a kulturális és társadalmi normák és értékek) mellett a népességben belül az átlagosnál kedvezőtlenebb jövedelmi és oktatási szint, lakhatási és gazdasági helyzet, továbbá a szociális alapú megkülönböztetés, az ahhoz kapcsolódó stigmatizálás és az egészségügyi és egyéb szolgáltatásokhoz való egyenlőtlen hozzáférés¹⁰;
14. mivel a gyermekek és a fiatalok fejlődését befolyásolja szüleik és a közösség szociális és gazdasági helyzete, és az erőteljes hatást gyakorol a felnőttkori egészségi állapot szociális gradiensére. Ez leginkább a társadalomból kirekesztett csoportok esetében nyilvánul meg, de a társadalom szociális gradiensének egészén megfigyelhető;
15. az összehasonlítható és validált adatok nem csupán a szakpolitikák által az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkre gyakorolt hatások elemzésének és az e hatásokkal kapcsolatos ismereteknek az alapjai, hanem hasznosak az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentését célzó szakpolitikák szempontjából is;

¹⁰ Breaking the barriers: Romani women and access to public health care (A határok áttörése: a roma nők és a közegészségügyi ellátáshoz való hozzáférés), A Rasszizmus és Idegengyűlölet Európai Megfigyelőközpontja, 2003.

TUDOMÁSUL VESZI, HOGY

16. a társadalmi feltételek az EU minden országában az egészségügyben fennálló, elkerülhető társadalmi egyenlőtlenségek meglétéhez kapcsolódnak. Az egészségi állapotban megfigyelhető a szociális gradiens, vagyis az alacsonyabb iskolai végzettségű, alacsonyabb foglalkozási kategóriába tartozó vagy alacsonyabb jövedelmű emberek általában fiatalabb életkorban halnak meg, és az egészségi problémák többsége is gyakrabban fordul elő esetükben. A születéskor várható élettartam tekintetében a legalacsonyabb és a legmagasabb társadalmi-gazdasági csoportok közötti különbség a férfiak esetében eléri a 10 évet, a nők esetében pedig a 6 évet¹¹;
17. egészségügyi egyenlőtlenségek még olyan országokban is fennállnak, ahol az egészségügyi ellátás évtizedek óta egyetemes, nyitott és ingyenes, ami azt bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátás önmagában – magas színvonala és hatékonysága ellenére – soha nem lesz elég az európai polgárok lehető legjobb egészségi állapotának a biztosítására, továbbá bizonyítja, hogy – noha az egészségügyi ellátás bizonyos mértékig képes hozzájárulni az egészségügy terén a méltányosság javításához – mindig szükséges lesz más ágazatok által hozott kiegészítő intézkedésekre az egészségügyi méltányosság biztosítása érdekében;
18. azok a körülmények, amelyek között az első életévek telnek – a születés előtti szakasztól a kamaszkorig – meghatározóak a felnőttkori jó egészségi állapot szempontjából. az egészségügyi szociális gradiens enyhítésére és a társadalom hátrányosabb helyzetben lévő tagjai egészségi állapotának javítására irányuló, gyermekkori beavatkozások révén emelkedni fognak az EU-ban az iskolázottsági szintek és a gazdasági termelékenység;
19. a közegészségügy általános kerete az elmúlt évtizedekben megváltozott, továbbá ma jobban megértjük azokat a mechanizmusokat, amelyek a népesség körében befolyásolják az egészségi állapotbeli és a morbiditási különbségek megoszlását, valamint az egészségügyi méltányosság előmozdításával kapcsolatos potenciált, figyelembe véve az egészséget meghatározó társadalmi tényezőket a fogalom legtágabb értelmében, ami azt jelenti, hogy az intézkedéseknek a szakpolitikai területeknek a környezetvédelmet, az oktatást és a munkakörülményeket is magában foglaló, széles körére ki kell terjedniük. A közegészségügy ezen újabb kerete mind Európa, mind más országok tekintetében releváns, a fejlődő országokat is ideértve;

¹¹ 14848/09.

20. mivel az Unió célja a gazdasági fejlődés előmozdítása a társadalmi kohézió fenntartása mellett, az egészségügyben érvényesülő méltányosságon alapuló megközelítés fokozhatja a különböző szakpolitikák hatékonyságát és hozzájárulhat ezen uniós célhoz. Bár a gazdasági növekedés hozzájárul a fejlődéshez, és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából kulcsfontosságú a teljes foglalkoztatottságra való törekvés, amennyiben a méltányosság kérdését nem kezelik megfelelően, a különböző társadalmi-gazdasági csoportok egészségi állapota közötti egyenlőtlenségek tovább növekedhetnek;
21. az egészségügyi egyenlőtlenségeknek egy fontos nemi dimenziója is van: a nők általában tovább élnek, mint a férfiak, de életük nagyobb részét tölthetik rossz egészségi állapotban;
22. további információkra van szükség az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkre vonatkozóan annak érdekében, hogy a szakpolitikákat a méltányosság egészségügyi érvényesítése szolgálatába állítsák; ezen információkra szükség van a szociális gradiens egésze és különösen a kiszolgáltatott társadalmi csoportok (például egyes migráns csoportok, roma vagy más etnikai kisebbségek) esetében;
23. léteznek olyan környezetvédelmi politikák, amelyeket a méltányosság egészségügyi érvényesítésével kapcsolatos szempontok vezérelnek, és amelyek javíthatják a gazdasági fenntarthatóságot.

ÚGY ÍTÉLI MEG, HOGY

24. az egészségügyi egyenlőtlenségek kezelhetők olyan különböző kormányzati szakpolitikák révén, amelyek egyaránt célozzák a kiszolgáltatott csoportokat, valamint a szociális gradiens csökkentését a népesség egészében. A két megközelítés megfelelő kombinációjára van szükség. Az egyénnek a saját és a családja egészsége iránti felelősségét is figyelembe kell venni;
25. az egyes európai kormányzati területeken kezdeményezett ágazatközi intézkedések hatékony¹² és fenntartható fellépést eredményeztek. Az ágazatközi fellépés megközelítése szinergiák kialakulását, valamint kölcsönös ágazatközi előnyöket tesz lehetővé, amelyek fokozhatják a méltányosság érvényesülését az egészségügyben, és növelhetik az európai polgárok jólétét;
26. az egészséget befolyásoló társadalmi tényezők közé tartozik a minőségi egészségügyi szolgáltatások biztosítása, valamint úgy ítéli meg, hogy tényleges méltányosság valósítható meg a szolgáltatásokhoz történő mindenki – így a kiszolgáltatott csoportok – általi tényleges hozzáférést megkönnyítő intézkedések révén, szem előtt tartva, hogy sok országban komoly hiányosságok tapasztalhatók a hozzáférés és az ellátás méltányossága, valamint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása terén érvényesülő szolidaritás tekintetében;
27. helyénvaló valamennyi vonatkozó uniós politikába fokozatosan beépíteni az egészségügyben érvényülő méltányosság megközelítését, figyelembe véve az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőket, továbbá fokozatosan előbbre lépni az információcsere új módszereinek és eszközeinek kifejlesztésében ennek lehetővé tétele érdekében;
28. nagy jelentőséggel bírnak a munkakörülmények, valamint az egészség és a termelékenység közötti pozitív kapcsolat, mivel hozzájárulnak a rendszer gazdasági hatékonyságának biztosításához;
29. az Unió azzal, hogy külső és együttműködési politikáiban hangsúlyozza a méltányosság egészségügyi érvényesítésének megközelítését, hozzájárulhat a globális egészségügyi törekvésekhez;

¹² Környezetvédelmi politika.

FELKÉRI AZ EURÓPAI BIZOTTSÁGOT, HOGY

30. a tagállamokkal együttműködésben dolgozzon ki javaslatot – a gyermekek és a fiatalok egészségét érintő elsődleges tényezők (oktatás, egészségügyi és szociális szolgáltatások) alapján – azon főbb elemekre vonatkozóan, amelyeket a nemzeti ágazatközi stratégiák kialakításakor figyelembe kell venni; e javaslatnak ötletforrásként kell szolgálnia a településeken, régiókon és országokon belül, illetve ezek között mutatkozó egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséhez;
31. támogassa és fejlessze a politikai koordinációra és a tagállamok között az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek terén a bevált gyakorlatok cseréjére irányuló, meglévő mechanizmusokat, mint amilyen az egészséget és az egészségügyi egyenlőtlenségeket befolyásoló társadalmi tényezőkkel foglalkozó uniós szakértői csoport¹³, mely kapcsolatban áll a szociális védelmi bizottsággal és a magas szintű közegészségügyi munkacsoporttal;
32. tekintse át, hogy hogyan segítheti a tagállamokat abban, hogy hatékonyabban használják fel az EU kohéziós politikáját és a strukturális alapokat az egészséget befolyásoló társadalmi tényezők kezelését, valamint a méltányosságnak az egészségügyben való érvényesülését elősegítő tevékenységek támogatása érdekében;
33. a millenniumi fejlesztési célok megvalósítása egyik eszközeként működjön közre az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkön, valamint a méltányosságot és az egészség kérdését valamennyi szakpolitikában érvényesítő elven alapuló megközelítésnek a fejlesztési támogatásba történő beillesztésében;
34. kezdeményezze az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében tett lépések eredményességének, valamint az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkhez kapcsolódó szakpolitikákból eredő, az egészségügy terén mutatkozó javulás értékelését;
35. folytasson párbeszédet más nemzetközi szervezetek és egyéb érdekelt felek tisztviselőivel és szakértőivel egy olyan közös és összehangolt program kialakítása érdekében, amelynek célja, hogy további eredményeket érjen el a méltányosság egészségügyi érvényesítése terén;

¹³ HL L 291., 2006.10.21., 11. o.

36. vegye fontolóra az Európai Közösség hetedik kutatási, technológiafejlesztési és demonstrációs tevékenységekre vonatkozó keretprogramjának (2007–2013) felhasználását az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkkel kapcsolatos kutatásokra, különös figyelmet szentelve az uniós szintű politikáknak a méltányosság egészségügyi érvényesítésével összefüggő következményei elemzésének, valamint javaslatokat téve a politikáknak a méltányosság egészségügyi érvényesítése tekintetében történő fejlesztésére;

FELKÉRI A TAGÁLLAMOKAT, HOGY

37. fejlesszék tovább az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló szakpolitikáikat és fellépéseiket, továbbá tevékenyen vegyenek részt a bevált gyakorlatok megosztásában, figyelembe véve, hogy valamennyi releváns szakpolitikára kiterjedő, horizontális fellépésre van szükség;
38. a magánélet védelme és a biztonság kellő figyelembevételével tegyék meg a meglévő nemzeti adatforrások optimalizálásához szükséges megfelelő intézkedéseket annak érdekében, hogy rendszeresen áttekintést kapjanak főbb szakpolitikáik egészségügyi hatásáról, és különösen az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkről;
39. tegyenek lépéseket az egészségügyi hatással bíró szakpolitikák megfelelő értékeléséhez és nyomon követéséhez szükséges adatok minőségének javítása érdekében; ezen adatokat a megfelelő földrajzi, demográfiai és társadalmi csoportok körében kell generálni és gyűjteni annak érdekében, hogy szükség esetén e szakpolitikákba beépítsék a méltányosság egészségügyi érvényesítésének kérdését;

FELKÉRI AZ EURÓPAI BIZOTTSÁGOT ÉS A TAGÁLLAMOKAT, HOGY

40. hajtsák végre a „Szolidaritás az egészségügyben” című közleményben meghatározott, e következtések tartalma szempontjából releváns intézkedéseket;
41. a különböző kormányzati területeken mozdítsák elő az információcserét és olyan új módszerek kidolgozását, amelyekkel mérhető a méltányosság kérdését egyértelműen magában foglaló különböző szakpolitikák egészségügyi hatása;

42. az adatgyűjtés és -elemzés területén elvégzett munkát vizsgálják felül a méltányosság egészségügyi érvényesítésének szemszögéből, és adott esetben a fellépés támogatása céljából dolgozzanak ki korlátozott számú, objektív, összehasonlítható, politikailag releváns és alkalmazható, kulcsfontosságú mutatót az egészséget és az egészségügyi egyenlőtlenségeket befolyásoló társadalmi tényezőkre vonatkozóan;
43. növeljék a közegészségügyi kapacitásokat, és a különböző szakpolitikai ágazatokban mozdítsák elő a méltányosság egészségügyi érvényesítésének megközelítésével kapcsolatos képzést;
44. mozdítsák elő egyrészt azon eljárások megerősítését, amelyek a szakpolitikák által a különböző társadalmi csoportra kifejtett egészségügyi hatások értékelését szolgálják, másrészt ezen eljárások fokozatos végrehajtását. Ennek során vizsgálják felül a jelenleg alkalmazott integrált hatásvizsgálatot, hogy egészségügyi szempontból és a méltányosság egészségügyi érvényesítésének megközelítésében növekedjen annak hasznossága;
45. vegyenek fontolóra további, együttműködésben végzett kutatásokat annak értékelése céljából, hogy a méltányosság egészségügyi érvényesítését célzó szakpolitikák miként járulhatnak hozzá a fenntartható gazdasági fejlődéshez;

SÜRGETI A TAGÁLLAMOKAT, HOGY:

46. ismerjék el, hogy az egészséget befolyásoló társadalmi tényezők hatással vannak az egészségi állapot alakulására, továbbá hogy e hatás következményekkel jár az egészségügyi és a szociális rendszerekre nézve;
47. hajtsanak végre olyan szakpolitikákat, amelyek célja, hogy valamennyi gyermek jó eséllyel induljon az életben, ideértve a várandós nőket és a szülőket támogató fellépéseket is;
48. vegyenek fontolóra olyan szakpolitikákat, amelyek célja, hogy a polgárok, különösen a gyermekek, a fiatalok és a várandós nők teljes körűen gyakorolhassák az egészségügyi ellátáshoz való egyetemes hozzáféréshez való jogukat, beleértve az egészségfejlesztési és betegségmegelőzési szolgáltatásokat is.