

IV

(Informacje)

INFORMACJE INSTYTUCJI, ORGANÓW I JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH
UNII EUROPEJSKIEJ

RADA

Konkluzje Rady w sprawie zmniejszania różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia

(2011/C 359/05)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

PRZYPOMINA, że zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii należy zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, ukierunkowane jest na poprawę zdrowia publicznego, jak również na zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i umysłowego. Unia i państwa członkowskie sprzyjają współpracy z państwami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi właściwymi w dziedzinie zdrowia publicznego,

PRZYWOŁUJE:

- deklarację polityczną z Rio w sprawie społecznych uwarunkowań zdrowia przyjętą w dniu 21 października 2011 r. podczas Światowej Konferencji poświęconej społecznym uwarunkowaniom zdrowia, która odbyła się w Rio de Janeiro,
- deklarację polityczną posiedzenia plenarnego ONZ na wysokim szczeblu w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i zwalczania tych chorób, przyjętą przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych w dniu 19 września 2011 r. ⁽¹⁾,
- Ramową konwencję Światowej Organizacji Zdrowia o ograniczeniu użycia tytoniu i wskazówki dotyczące jej wdrażania,
- sprawozdanie roczne za rok 2011 platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia ⁽²⁾,

— konkluzje Rady z dnia 8 czerwca 2010 r. na temat równości i zdrowia we wszystkich obszarach polityki: solidarność w zdrowiu ⁽³⁾,

— konkluzje Rady z dnia 7 grudnia 2010 r. na temat innowacyjnych podejść do chorób przewlekłych w systemach zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej ⁽⁴⁾,

— komunikat Komisji zatytułowany „Europa 2020: strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu” ⁽⁵⁾,

— konkluzje Rady z dnia 1 grudnia 2009 r. w sprawie alkoholu i zdrowia ⁽⁶⁾,

— zalecenie Rady z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego ⁽⁷⁾,

— komunikat Komisji z dnia 20 października 2009 r. zatytułowany „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE” ⁽⁸⁾,

— sprawozdanie końcowe Komisji ds. Społecznych Uwarunkowań Zdrowia zatytułowane „Zmniejszanie nierówności w jednym pokoleniu: równość w dziedzinie zdrowia dzięki działaniom w zakresie społecznych uwarunkowań zdrowia”, CSDH (2008),

⁽³⁾ 9947/10.

⁽⁴⁾ Dz.U. C 74 z 8.3.2011, s. 4.

⁽⁵⁾ 7110/10 (COM(2010) 2020).

⁽⁶⁾ Dz.U. C 302 z 12.12.2009, s. 15.

⁽⁷⁾ Dz.U. C 296 z 5.12.2009, s. 4.

⁽⁸⁾ 14848/09 (COM(2009) 567 wersja ostateczna).

⁽¹⁾ ONZ A/RES/66/2 (A/66/L.1).

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

- rezolucję zgromadzenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHA62.14) w sprawie zmniejszenia nierówności w dziedzinie zdrowia poprzez działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia oraz rezolucję (WHA62.18) w sprawie monitorowania realizacji milenijnych celów rozwoju (MCR) związanych ze zdrowiem; obydwie te rezolucje zostały przyjęte między innymi przez państwa członkowskie UE,
- rezolucję EUR/RC61/R1 zatytułowaną „Nowa europejska polityka zdrowotna – Zdrowie 2020: wizja, wartości, główne kierunki i podejścia” przyjętą na posiedzeniu Biura regionalnego WHO dla Europy w dniu 14 września 2011 r.,
- białą księgę Komisji na temat sportu ⁽¹⁾,
- konkluzje Rady z dnia 6 grudnia 2007 r. dotyczące realizacji strategii UE w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością ⁽²⁾,
- białą księgę Komisji zatytułowaną „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013” ⁽³⁾,
- zieloną księgę Komisji zatytułowaną „Ku Europie wolnej od dymu tytoniowego: alternatywne opcje polityki na szczeblu UE” ⁽⁴⁾,
- konkluzje Rady z dnia 30 listopada 2006 r. dotyczące kwestii zdrowotnych we wszystkich dziedzinach polityki ⁽⁵⁾,

UZNAJE, ŻE:

1. Rozmiar różnic zdrowotnych w UE jest niezgodny z jej podstawowymi wartościami, takimi jak solidarność, sprawiedliwość i uniwersalność.
2. Przez różnice zdrowotne rozumie się różnice we współczynnikach przedwczesnej umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności w obrębie poszczególnych państw członkowskich i między nimi oraz między poszczególnymi regionami UE. Przyczyną tych różnic są po części rozpowszechnione zachowania i styl życia niesprzyjające zdrowiu (np. używanie tytoniu, szkodliwe skutki spożywania alkoholu, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej), które często łączą się z uwarunkowaniami społecznymi ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.
3. Różnice zdrowotne w UE istnieją nadal mimo zakończenia pierwszej dekady nowego tysiąclecia, a niektóre z nich mogą się zwiększać ze względu na negatywne warunki gospodarcze oraz wyzwania demograficzne stojące przed starzejącą się coraz bardziej populacją UE.

⁽¹⁾ 11811/07 (COM(2007) 391 wersja ostateczna).

⁽²⁾ 15612/07.

⁽³⁾ 14689/07 (COM(2007) 630 wersja ostateczna).

⁽⁴⁾ 5899/07 (COM(2007) 27 wersja ostateczna).

⁽⁵⁾ 15487/06 (Presse 330).

⁽⁶⁾ CSDH (2008). Zmniejszanie nierówności w jednym pokoleniu: równość w dziedzinie zdrowia dzięki działaniom w zakresie społecznych uwarunkowań zdrowia. Sprawozdanie końcowe Komisji ds. Społecznych Uwarunkowań Zdrowia, Genewa, Światowa Organizacja Zdrowia.

⁽⁷⁾ „Uwarunkowania zdrowia” zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zawartą w deklaracji z konferencji w Rio de Janeiro z dnia 21 października 2011 r.

4. Problemy zdrowotne niosą ze sobą konsekwencje dla samej ludności, a także generują koszty socjalne i finansowe oraz obciążenia dla gospodarki.
5. Wzmocnienie polityk w zakresie zdrowia publicznego, a w szczególności promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, powinno sprzyjać podnoszeniu świadomości w zakresie zdrowia i rozwój zdrowych nawyków wśród ludności (by zmniejszyć tzw. „analfabetyzm zdrowotny” i umożliwić obywatelom dokonywanie zdrowych wyborów).
6. Należy stosować podejście „zdrowie we wszystkich dziedzinach polityki”, z uwzględnieniem problemu sprawiedliwości, w konkretnych dziedzinach polityki i skoordynowanych działaniach mających największy wpływ na zdrowie i przyczyniających się do redukcji utrzymujących się różnic zdrowotnych. Dziedziny te mogą obejmować zdrowie, edukację, badania naukowe, środowisko, rolnictwo, gospodarkę, zatrudnienie i polityki społeczne.
7. Lepsza ocena może pomóc w określeniu skuteczności strategii i polityk w odniesieniu do nierówności zdrowotnych oraz zdrowotnych potrzeb populacji. Może więc stanowić dla państw członkowskich wsparcie w opracowywaniu i realizacji strategii dotyczących zdrowia publicznego oraz rozwoju i wdrażaniu właściwej infrastruktury,

POTWIERDZA SWOJE ZAANGAŻOWANIE W:

8. Promowanie strategii dotyczących uwarunkowań zdrowia mających wpływ na całą ludność, uzupełnianych działaniami skupionymi na słabszych grupach społecznych, w celu zmniejszenia różnic zdrowotnych, szczególnie wynikających z niezdrowego stylu życia, któremu można zapobiec.
9. Przyspieszenie postępów w zwalczaniu szkodliwych dla zdrowia zachowań, takich jak używanie tytoniu, szkodliwe skutki spożywania alkoholu, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej, prowadzących do większej zapadalności na przewlekłe choroby niezakaźne, takie jak nowotwory, choroby układu oddechowego, choroby układu krążenia, cukrzyca i choroby psychiczne, które uznaje się za istotne przyczyny przedwczesnej umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności w Unii Europejskiej,

Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJE:

10. Podejmowane na szczeblu UE inicjatywy przyczyniające się do zmniejszania różnic zdrowotnych przez zmianę zachowań, unijny program Zdrowie, wspólne działania dotyczące nierówności w zakresie zdrowia ⁽⁸⁾ oraz prace grupy ekspertów UE ds. uwarunkowań społecznych i nierówności w zakresie zdrowia.

⁽⁸⁾ Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013 (Dz.U. L 301 z 20.11.2007, s. 3).

11. Unijną strategię wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkód wynikających ze spożywania alkoholu jako ważny krok w kierunku wszechstronnego podejścia do ograniczenia tych szkód na szczeblu unijnym i krajowym, podkreślając, że nierówności w zakresie zdrowia między różnymi populacjami w państwach członkowskich oraz różnice zdrowotne między tymi państwami są często związane, między innymi, ze szkodliwym spożyciem alkoholu ⁽¹⁾.
12. Nieustające podejmowane na szczeblu krajowym i unijnym wysiłki na rzecz zmniejszenia konsumpcji tytoniu poprzez przepisy dotyczące wyrobów tytoniowych ⁽²⁾ i ich reklamy ⁽³⁾, koordynację działań z państwami członkowskimi, kampanie podnoszące świadomość oraz współpracę międzynarodową, służące ograniczaniu jednego z najważniejszych czynników ryzyka przyczyniającego się do przedwczesnej umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności.
13. Postępy w realizacji Strategii dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością, w szczególności szczególne skupienie się na słabszych grupach społecznych w priorytetach członków platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia oraz w pracach Grupy Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej, obejmującymi m.in. zmiany składu produktów.
14. Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu ⁽⁴⁾, służące przedłużeniu lat życia obywateli UE spędzanych w dobrym zdrowiu.
15. Rezultaty następujących wydarzeń:
 - konferencji ekspertów w sprawie działań państw członkowskich w dziedzinie żywienia, aktywności fizycznej i problemów zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu, która odbyła się w Budapeszcie (Węgry) w dniach 30–31 maja 2011 r.,
 - spotkania ekspertów pt. „Polityka alkoholowa w Polsce i w Europie: Medyczne i ekonomiczne aspekty używania alkoholu”, która odbyła się w Poznaniu (Polska) w dniach 11–12 października 2011 r.,
 - konferencji ministerialnej pt. „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie różnic w zdrowiu pomiędzy krajami Unii Europejskiej”, która odbyła się w Poznaniu (Polska) w dniach 7–8 listopada 2011 r.,

⁽¹⁾ Np. komunikat Komisji z dnia 24 października 2006 r. zatytułowany „Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu” (COM(2006) 625 wersja ostateczna).

⁽²⁾ Dyrektywa 2001/37/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych (Dz.U. L 194 z 18.7.2001, s. 26).

⁽³⁾ Dyrektywa 2003/33/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 maja 2003 r. w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich, odnoszących się do reklamy i sponsorowania wyrobów tytoniowych (Dz.U. L 152 z 20.6.2003, s. 16).

⁽⁴⁾ Dokument roboczy Komisji: Wskazówki dla grupy zarządzającej pilotażowym europejskim partnerstwem na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu, 13.5.2011; SEC(2011) 589 wersja ostateczna.

WZYWA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE DO:

16. Kontynuacji, intensyfikacji lub opracowania polityk i działań promujących zdrowy styl życia oraz zwrócenie uwagi uwarunkowaniami społecznymi, by przyczynić się do zmniejszenia różnic zdrowotnych.
17. Optymalnego rozdziału dostępnych środków, szczególnie w odniesieniu do promocji zdrowia i działań profilaktycznych.
18. Wspierania wzorców postępowania dotyczących polityk i działań dotyczących zmniejszania różnic zdrowotnych w UE i dzielenia się tymi wzorcami.
19. Stosowania się do zalecenia Rady w sprawie środowisk wolnych od dymu tytoniowego,

WZYWA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE I KOMISJĘ EUROPEJSKĄ, BY:

20. Nadal wspierały wspólne działanie ⁽⁵⁾, aby lepiej rozwiązywać problemy związane ze zdrowiem i równością w dziedzinie zdrowia w ramach polityk i strategii.
21. Podtrzymywały i umacniały, w stosownych przypadkach, te działania i polityki, które okazały się skuteczne w zmniejszaniu różnic zdrowotnych, oraz opracowały nowe, obejmujące – w miarę potrzeb – ocenę wskaźników zdrowotnych i behawioralnych służących monitorowaniu postępów wynikających z działań dotyczących wyżej wspomnianego stylu życia i uwarunkowań zdrowia; profilaktykę chorób i środki służące promocji zdrowia; promowanie podejmowania zdrowych wyborów.
22. Promowały skuteczną realizację podejścia „zdrowie we wszystkich dziedzinach polityki” z naciskiem na kwestie równości, by zachęcić do działań na rzecz zmniejszania różnic zdrowotnych w UE wszystkie stosowne sektory i koordynować ich działania.
23. Wzmocniły współpracę i lepiej wykorzystywały dostępne sieci oraz istniejące instytucje zdrowia publicznego i inne im podobne, które badają i monitorują wpływ uwarunkowań zdrowia, w ten sposób wspierając wyżej wspomniane środki.
24. Opracowały metody kontroli nierówności zdrowotnych prowadzące do lepszego rozwiązywania problemów związanych ze zdrowiem i równością w dziedzinie zdrowia w ramach polityk i strategii.

⁽⁵⁾ Wspólne działanie w dziedzinie równości: Umowa o udzielenie dotacji na działanie; numer umowy 2010 22 03. Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Konsumentów 2010.

25. Umacniały i kontynuowały działania wspierające zdrowy styl życia, w tym:

- promocję skutecznego ograniczenia użycia tytoniu na szczeblu krajowym, unijnym i międzynarodowym zgodnie ze stosownymi przepisami UE oraz z ramową konwencją WHO o ograniczeniu użycia tytoniu i związanymi z nią wytycznymi, a także rozwały jej intensyfikację,
- wspieranie jakościowej i ilościowej zmiany składu żywności, tak by zmniejszyć całkowitą zawartość tłuszczu, tłuszczów nasyconych, tłuszczów trans, soli, cukrów lub wartość energetyczną,
- promocję wdrażania zaleceń WHO dotyczących skierowanego do dzieci i dorosłych marketingu produktów żywnościowych i napojów bezalkoholowych w odniesieniu do żywności o dużej zawartości tłuszczów nasyconych, kwasów tłuszczowych „trans”, cukrów prostych lub soli. W tej dziedzinie również zachęcanie do dalszego zawierania dobrowolnych i skutecznych porozumień z przemysłem żywnościowym w ramach wyżej wspomnianej platformy UE ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia,
- wdrażanie skutecznych polityk alkoholowych i programów mających na celu ograniczenie szkód wynikających ze spożycia alkoholu, w tym ekspozycję na reklamę alkoholu, informowanie, wczesną edukację i interwencje służące zniechęceniu do szkodliwego spożycia alkoholu,
- zachęcanie do opracowywania miejskiej i społecznej polityki środowiskowej sprzyjającej podejmowaniu przez wszystkich aktywności fizycznej, po ocenie i uwzględnieniu potrzeb różnych grup populacji.

26. Badały sposoby optymalnego wykorzystania unijnych programów finansowania z położeniem nacisku na sprawiedliwość, w tym m.in. Funduszu Spójności i Funduszy Strukturalnych, które mogą przyczynić się do zmniejszenia

różnic zdrowotnych i nierówności wewnątrz UE na wszystkich stosownych poziomach, bez uszczerbku dla przyszłych ram finansowych,

APELUJE DO KOMISJI EUROPEJSKIEJ, BY:

27. Wzmocniła działania na rzecz promocji zdrowia i zmniejszenia różnic zdrowotnych oraz skupiła swą uwagę na różnicach zdrowotnych pomiędzy państwami członkowskimi i w ich obrębie, a także między różnymi regionami i grupami społecznymi w UE, i włączyła ten aspekt do sprawozdania, które ma zastać opublikowane w roku 2012, zgodnie z komunikatem Komisji zatytułowanym „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”.
28. Rozpatrzyła potrzebę lepszego wykorzystania dostępnych danych i dodatkowych danych porównawczych oraz informacji o niezdrowym stylu życia, społecznych uwarunkowaniach zdrowia i niezakaźnych chorobach przewlekłych. Informacje te powinny być uzyskiwane z już działających trwałych systemów monitorowania zdrowia lub systemów, które mogłyby zostać wprowadzone na poziomie UE.
29. Ustanowiła jednym z priorytetów wsparcie dla oceny opłacalności działań i polityk na rzecz promocji zdrowia i zapobiegania chorobom oraz upowszechniania ich wyników w celu zapewniania rzetelniejszej informacji i stworzenia bazy wiedzy służących realizacji polityk i działań państwa członkowskich na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych.
30. Nadal wspierała istniejące mechanizmy koordynacji polityki i wymiany dobrych praktyk w zakresie nierówności w dziedzinie zdrowia między państwami członkowskimi, takie jak grupa robocza na wysokim szczeblu ds. zdrowia publicznego (w ramach Rady), grupa ekspertów UE ds. społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w dziedzinie zdrowia i Komitet Ochrony Socjalnej, jak określono w komunikacie Komisji zatytułowanym „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”, tak by zapewnić optymalne wykorzystanie środków i synergii.