IV

(Информация)

ИНФОРМАЦИЯ ОТ ИНСТИТУЦИИТЕ, ОРГАНИТЕ, СЛУЖБИТЕ И АГЕНЦИИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

СЪВЕТ

Заключения на Съвета относно преодоляването на несъответствията в здравето в ЕС чрез съгласувани действия за насърчаване на модели на здравословен начин на живот

(2011/C 359/05)

СЪВЕТЪТ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ,

ПРИПОМНЯ, че съгласно член 168 от Договора за функционирането на Европейския съюз при разработването и изпълнението на всички политики и дейности на Съюза се осигурява високо равнище на закрила на човешкото здраве. Действията на Съюза, които допълват националните политики, са насочени към подобряването на общественото здраве, предотвратяването на болестите и заболеваемостта при хората и на източниците на опасност за физическото и психично здраве. Съюзът и държавите-членки подкрепят сътрудничеството с трети страни и с компетентни международни организации в сферата на общественото здраве.

ПРИПОМНЯ:

— политическата декларация от Рио относно социалните фактори за здравето, приета на 21 октомври 2011 г. на проведената в Рио де Жанейро световна конференция относно социалните фактори за здравето,

— политическата декларация от срещата на високо равнище на Общото събрание относно превенция и контрол на незаразните болести, приета от Общото събрание на ООН на 19 септември 2011 г. ([1]),

— рамковата конвенция на СЗО за контрол на тютюна и насоките за изпълнението ѝ,

— годишния доклад за 2011 г. на Платформата на ЕС за действие относно хранителния режим, физическата активност и здравето ([2]),

— заключенията на Съвета от 8 юни 2010 г. „Справедливост и здраве във всички политики: солидарност в здравеопазването“ ([3]),

— заключенията на Съвета от 7 декември 2010 г. „Новаторски подходи към хроничните заболявания в системите на общественото здраве и здравеопазването“ ([4]),

— съобщението от Комисията „Европа 2020 — Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж“ ([5]),

— заключенията на Съвета от 1 декември 2009 г. относно алкохола и здравето ([6]),

— препоръката на Съвета от 30 ноември 2009 г. за среда без тютюнев дим ([7]),

— съобщението от Комисията от 20 октомври 2009 г. „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС“ ([8]),

— окончателния доклад на Комисията по социалните фактори за здравето „Преодоляване на разликите за едно поколение: постигане на равенство в здравеопазването посредством въздействие върху социалните фактори за здравето“, CSDH (2008),

([1]) ООН A/RES/66/2 (A/66/L.1).
([2]) 28 юли 2011 г.. http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/eu_platform_2011frep_en.pdf
([3]) 9947/10.
([4]) ОВ C 74, 8.3.2011 г., стр. 4.
([5]) 7110/10 (COM(2010) 2020).
([6]) ОВ C 302, 12.12.2009 г., стр. 15.
([7]) ОВ C 296, 5.12.2009 г., стр. 4.
([8]) 14848/09 (COM(2009) 567 окончателен).

— Резолюцията на Световната здравна асамблея (WHA62.14) относно намаляването на неравенството в здравеопазването чрез действия, насочени към социалните фактори за здравето, и Резолюцията (WHA61.18) относно наблюдението върху изпълнението на свързаните със здравето Цели на хилядолетието за развитие (ЦХР), като и двете резолюции са приети наред с други документи от държавите-членки на ЕС,

— Резолюция EUR/RC61/R1 „Новата европейска политика за здравеопазване — Здравеопазване 2020: визия, ценности, основни направления и подходи“, приета на заседанието на Регионалния комитет на СЗО за Европа от 14 септември 2011 г.,

— Бялата книга на Комисията относно спорта ([1]),

— заключенията на Съвета от 6 декември 2007 г. относно прилагането стратегията на ЕС по отношение на здравословните проблеми, свързани с храненето, наднорменото тегло и затлъстяването ([2]),

— Бялата книга на Комисията „Заедно за здраве: стратегически подход за ЕС 2008—2013 г.“ ([3]),

— Зелената книга „Към Европа без тютюнев дим: политически опции на ниво ЕС“ ([4]),

— заключенията на Съвета от 30 ноември 2006 г. относно „Здравето във всички политики“ ([5]).

ОТЧИТА, ЧЕ:

1. Размерът на несъответствията в здравето в ЕС е в разрив с основните ценности на ЕС, напр. солидарност, равенство и общодостъпност.

2. Под несъответствия в здравето се разбират разликите в преждевременната смъртност, заболеваемостта и увреждания сред населението между и в рамките на държавите-членки, както и между регионите на ЕС; Тези несъответствия са отчасти резултат от основните модели на нездравословен начин на живот (напр. тютюнопушене, вреди от употребата на алкохол, нездравословен хранителен режим и липса на физическа активност), които често са свързани със социални фактори ([6]) ([7]).

3. Несъответствията в здравето в ЕС продължават след първото десетилетие от новото хилядолетие и някои от тях могат да бъдат увеличени от неблагоприятни икономически условия, както и от демографското предизвикателство на все по-застаряващото население на ЕС.

4. Лошото здраве е свързано и с въздействие върху хората, както и със социални, икономически и финансови разходи.

5. Укрепването на политиките в областта на общественото здраве, и по-специално стимулирането на здравеопазването и превенцията на заболяванията, следва да допринесе за повишаване на осведомеността по здравните въпроси и за развитие на нагласи сред населението в полза на грижите за здравето (с цел намаляване на „здравната неграмотност“ и предоставяне на по-големи правомощия на гражданите да правят здравословен избор).

6. Подходът „Здравето във всички политики“ с акцент върху равенството в здравеопазването следва да се използва в конкретни области на политиката и координирани дейности с най-силно здравно въздействие, допринасящо за намаляване на продължаващите несъответствия в здравето. Тук могат да се включат политики в областта на здравеопазването, образованието, научните изследвания, околната среда, селското стопанство, икономиката, заетостта и социални политики.

7. По-добрите определяне и оценка могат да спомогнат за установяване на това дали стратегиите и политиките са ефективни за преодоляване на неравенството в здравеопазването и за посрещане на здравните нужди на населението. Така те могат да окажат подкрепа на държавите-членки при разработването и прилагането на ефективни стратегии в областта на общественото здраве и на подходяща инфраструктура.

ИЗРАЗЯВА СВОЯ АНГАЖИМЕНТ:

8. Да насърчава стратегии за работа с определящите здравето фактори чрез използване на интервенции във всички групи от населението, допълнени от действия с акцент върху групите в уязвимо положение, за да се намалят несъответствията в здравето, особено тези, които произтичат от подлежащи на превенция модели на нездравословен начин на живот.

9. Да ускори напредъка в борбата с моделите на нездравословен начин на живот като тютюнопушене, вреди от употребата на алкохол, нездравословен хранителен режим и липса на физическа активност, които водят до увеличаване на честотата на незаразните хронични заболявания като рак, респираторни заболявания, сърдечносъдови заболявания, диабет и психически заболявания, които се отчитат като съществени причини за преждевременната смъртност, заболеваемостта и увреждания в Европейския съюз.

ПРИВЕТСТВА:

10. Предприетите на равнище ЕС инициативи с принос за преодоляване на несъответствията в здравето чрез действия, насочени към моделите на начин на живот, Здравната програма на ЕС, Съвместното действие (Действие за равенство) за борба с неравнопоставеността в здравеопазването ([8]) и работата на експертната група на ЕС по социалните фактори и неравнопоставеността в здравеопазването.

([1]) 11811/07 (COM(2007) 391 окончателен).
([2]) 15612/07.
([3]) 14689/07 (COM(2007) 630 окончателен).
([4]) 5899/07 (COM(2007) 27 окончателен).
([5]) 15487/06 (Presse 330).
([6]) CSDH (2008). „Преодоляване на разликите за едно поколение: постигане на равенство в здравеопазването посредством въздействие върху социалните фактори за здравето“. Окончателен доклад на Комисията по социалните фактори за здравето. Женева, Световна здравна организация.
([7]) „Социални фактори“ съгласно определението на СЗО, декларация от конференцията в Рио де Жанейро от 21 октомври 2011 г.
([8]) Решение № 1350/2007/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 23 октомври 2007 г. за създаване на втора програма за действие на Общността в областта на здравето (2008—2013 г.) (ОВ L 301, 20.11.2007 г., стр. 3).

11. Стратегията на ЕС за подкрепа на държавите-членки при намаляването на вредите от употребата на алкохол като важна стъпка към всеобхватен подход за справяне с тези вреди на равнище ЕС и на национално равнище, като изтъква, че неравенството в здравеопазването между различните групи от населението в държавите-членки и несъответствията в здравето между държавите-членки често са свързани, наред с други неща, с вредната консумация на алкохол ([1]).

12. Продължаващите усилия на национално равнище и на равнище ЕС за борба с тютюнопушенето чрез законодателство за тютюневите изделия ([2]) и рекламирането им ([3]), чрез сътрудничество с държавите-членки, кампании за повишаване на осведомеността и международно сътрудничество, като по този начин се преодолее един от основните рискови фактори за преждевременната смъртност, заболеваемостта и увреждания.

13. Напредъка в изпълнението на стратегията на ЕС по отношение на здравословните проблеми, свързани с храненето, наднорменото тегло и затлъстяването, и по-специално повишеното внимание към уязвимите групи в приоритетите на членовете на Платформата на ЕС за действие относно хранителния режим, физическата активност и здравето и дейността на групата на високо равнище по въпросите на храненето и физическата активност, която наред с други въпроси работи и върху промяната на състава на продуктите.

14. Пилотното европейско партньорство за иновации в областта на активния живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве ([4]), чиято цел е да бъде увеличен броят години живот в добро здраве на гражданите на ЕС.

15. Резултатите от следните събития:

— конференцията на експертно равнище относно дейностите, организирани от държавите-членки в областта на храненето, физическата активност и свързаните с тютюнопушенето здравословни проблеми, организирана в Будапеща, Унгария, на 30 и 31 май 2011 г.,

— експертната среща относно свързаните с алкохола проблеми „Политика спрямо алкохола в Полша и в цяла Европа: отрицателни медицински и икономически последици от употребата на алкохол“, проведена в Познан, Полша, на 11 и 12 октомври 2011 г.,

— министерската конференция „Солидарност в здравеопазването: преодоляване на несъответствията в здравето в ЕС“, проведена в Познан, Полша, на 7 и 8 ноември 2011 г.

ПРИЗОВАВА ДЪРЖАВИТЕ-ЧЛЕНКИ:

16. Да продължат, ускорят и/или разработят политики и действия за насърчаване на модели на здравословен начин на живот и за преодоляване на социалните фактори за здравето, така че да се осигури принос към преодоляването на несъответствията в здравето.

17. Да разпределят по оптимален начин наличните ресурси, по-специално във връзка с дейности за насърчаване и превенция в здравната област.

18. Да окажат подкрепа за и да обменят съществуващи добри практики относно политиките и действията, предназначени за намаляване на несъответствията в здравето в ЕС.

19. Да изпълнят препоръката на Съвета за среда без тютюнев дим.

ПРИКАНВА ДЪРЖАВИТЕ-ЧЛЕНКИ И ЕВРОПЕЙСКАТА КОМИСИЯ:

20. Да продължат да подкрепят Съвместното действие ([5]), така че да се справят по-добре с отразените в политиките и стратегиите проблеми във връзка със здравето и равенството в здравеопазването.

21. По целесъобразност да поддържат и укрепят действията и политиките, показали ефективността си за намаляване на несъответствията в здравето, както и да създават нови, както и когато е необходимо, включително: оценка на здравните и поведенческите показатели за наблюдение на напредъка в резултат от интервенциите с акцент върху посочените по-горе модели на начин на живот и определящи здравето фактори; превенция на заболяванията и мерки за насърчаване в здравната област; насърчаване на здравословния избор.

22. Да стимулират ефективното прилагане на подхода „Здравето във всички политики“ с акцент върху равенството в здравеопазването, да насърчават и координират дейностите на всички съответни сектори, участващи в намаляването на несъответствията в здравето в ЕС.

23. Да укрепят сътрудничеството и да използват по-пълноценно съществуващите мрежи и институции за обществено здраве и свързани с тях институции, които проучват, наблюдават и изследват въздействието на определящите здравето фактори и по този начин осигуряват подкрепа за посочените по-горе мерки.

24. Да разработят подходи за одит на неравенството в здравеопазването, така че да се справят по-добре с отразените в политиките и стратегиите проблеми във връзка със здравето и равенството в здравеопазването.

([1]) Напр. съобщението от Комисията от 24 октомври 2006 г. „Стратегия на ЕС за подкрепа на държавите-членки при намаляване на вредите, свързани с употребата на алкохол“ (COM(2006) 625 окончателен).

([2]) Директива 2001/37/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 5 юни 2001 г. за сближаване на законовите, подзаконовите и административните разпоредби на държавите-членки относно производството, представянето и продажбата на тютюневи изделия (ОВ L 194, 18.7.2001 г., стр. 26).

([3]) Директива 2003/33/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 26 май 2003 г. за сближаване на законовите, подзаконовите и административните разпоредби на държавите-членки, свързани с рекламирането и спонсорството на тютюневи изделия (ОВ L 152, 20.6.2003 г., стр. 16).

([4]) Работен документ на службите на Комисията: Насоки за ръководната група на пилотното европейско партньорство за иновации в областта на активния живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве, 13.5.2011 г., SEC(2011) 589 окончателен.

([5]) Съвместно действие (Действие за равенство): споразумение за отпускане на безвъзмездни средства за действие; Споразумение № 2010 22 03. Изпълнителна агенция за здравеопазване и въпроси, свързани с потребителите 2010 г.

25. Да подсилят и продължат действията в подкрепа на моделите на здравословен начин на живот, включително:

— стимулиране на ефективния контрол на тютюнопушенето на национално равнище, равнище ЕС и международно равнище съгласно съответното законодателство на ЕС и Рамковата конвенция за контрол на тютюна на Световната здравна организация и насоките към нея и разглеждане на въпроса за засилване на този контрол,

— подкрепа за количествената и/или качествената промяна на състава на храните, за да се намалят общото съдържание на мазнини, наситените мазнини, „транс"-мастни киселини, сол, захари и/или енергийната стойност,

— стимулиране на прилагането на набора от препоръки на СЗО относно продажбата на храни и безалкохолни напитки на деца и възрастни във връзка с храните с високо съдържание на наситени мазнини, „транс"-мастни киселини, свободни захари или сол; в този контекст — насърчаване на по-нататъшните ефективни споразумения на доброволна основа с хранителната промишленост в рамките на посочената по-горе Платформа на ЕС за действие относно хранителния режим, физическата активност и здравето,

— прилагане на ефективни политики за борба с употребата на алкохол и на програми за премахване на вредите от тази употреба, включително излагането на реклами за алкохолни напитки, информиране, обучение и интервенции на ранен етап с цел да се попречи на вредната консумация на алкохол,

— насърчаване на разработването на политика във връзка с градската и социалната среда, която да създава условия за физическа активност за всички, като се извършва оценка и се отчитат потребностите на различните групи от населението.

26. Да проучат начини за оптимизиране на използването на финансовите програми на ЕС с акцент върху равенството в здравеопазването, включително, наред с другото, Кохезионния фонд и структурните фондове, които могат да допринесат за намаляване на несъответствията и неравенството в здравето в ЕС на всички подходящи равнища, без да се засяга бъдещата финансова рамка.

ПРИЗОВАВА ЕВРОПЕЙСКАТА КОМИСИЯ:

27. Да подсили действията за насърчаване на здравето и за намаляване на несъответствията в здравето и да съсредоточи вниманието си върху тези несъответствия между и в държавите-членки, както и между различните региони и социални групи в ЕС, и да включи този аспект в доклада, който предстои да се публикува през 2012 г., съгласно посоченото в съобщението на Комисията „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС".

28. Да разгледа необходимостта от по-добро оползотворяване на съществуващите данни и на допълнителни сравнителни данни и информация за моделите на нездравословен начин на живот, определящите здравето социални фактори и незаразните хронични заболявания. Тези данни следва да се получат от вече съществуващи устойчиви системи за наблюдение на здравето или системи, които биха могли да се установят на равнище ЕС.

29. Да превърне в приоритет подкрепата за оценяване на икономическата ефективност от дейностите и политиките за насърчаване на здравето и за превенция на заболяванията, както и подкрепата за разпространяване на резултатите, да предоставя по-добра информация и доказателствена база за осъществяването на политиките и дейностите на държавите-членки с цел премахване на неравенството в здравеопазването.

30. Да продължи да оказва подкрепа за съществуващите механизми за координация на политиките и обмен на добри практики между държавите-членки относно неравенството в здравеопазването, като напр. работната група на Съвета на равнище висши служители „Обществено здравеопазване", експертната група на ЕС по социалните фактори и неравнопоставеността в здравеопазването и Комитета за социална закрила, както е посочено в съобщението на Комисията „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС", за да се гарантират оптимални резултати и полезно взаимодействие.