



Meddelande om ojämlikhet i hälsa

Socialdepartementet

2009-12-03

Dokumentbeteckning

KOM (2009) 567

Meddelande från kommissionen till Europaparlamentet, rådet, Europeiska ekonomiska och sociala kommittén samt Regionkommittén Solidaritet i hälsa: Att minska ojämlikhet i hälsa i EU

Kommissionen har till meddelandet bifogat en konsekvensbedömning som återfinns i dokument SEC (2009) 1396.

Sammanfattning

Kommissionen har lagt fram ett meddelande om ojämlikhet i hälsa för att tydligare sätta ljuset på en fråga som i olika EU-sammanhang har ansetts som angelägen. Huvudbudskapet i kommissionens meddelande är att medvetenheten och kunskapen om ojämlikheterna i hälsa inom unionen måste öka, samt att uppgiften att minska dessa skillnader är en fråga för samtliga berörda politikområden. Meddelandet uppmuntrar medlemsstaterna att ta initiativ på området. Inga av de föreslagna åtgärderna är tvingande för medlemsstaterna. Meddelandet innehåller inga förslag till mål, men kommissionen menar att det är angeläget att initiera en diskussion om målutveckling i kommittén för social trygghet. En lägesrapport om kommissionens arbete kommer att sammanställas 2012.

Regeringen välkomnar kommissionens initiativ att genom meddelandet flytta fram positionerna inom områden där det finns ett mervärde med ett samarbete inom EU. Regeringen delar i huvudsak kommissionens bedömningar av vilka dessa områden är. Angående målutveckling menar regeringen att det är viktigt att enas om en gemensam definition av vad ojämlikhet i hälsa innebär innan en diskussion tas upp om eventuella EU-mål inom området. Regeringen menar vidare att EU inte bör utveckla mål för medlemsstaternas eget arbete för minskad ojämlikhet i hälsa. De nationella förutsättningarna är så olika att det är lämpligast att sådana mål utvecklas på nationell nivå.

1 Förslaget

1.1 Ärendets bakgrund

I juni 2006 antog rådet slutsatser om gemensamma principer för hälsosystem, där det slås fast att de ska bidra till att minska skillnaderna i hälsa och att det är en angelägenhet för medlemsstaterna.¹ I november 2006 antog rådet slutsatser om hälsa i alla politikområden, där vikten av ett tvärsektoriellt angreppssätt för att påverka hälsans bestämningsfaktorer underströks.² I EU:s hälsostrategi (2008-2013) från 2007 fastställs kommissionens avsikt att intensifiera arbetet med att minska ojämlikhet i hälsa.³ Detta upprepades 2008 i kommissionens meddelande ”En förnyad social agenda” där man bekräftade EU:s grundläggande sociala mål och meddelade att kommissionen kommer att lägga fram ett meddelande om ojämlikhet i hälsa.⁴ Vid Europeiska rådets möte i juni 2008 betonades vikten av att utjämna skillnaderna i hälsa och förväntad livslängd mellan och inom medlemsstaterna.⁵

1.2 Förslagets innehåll

Huvudbudskapet i kommissionens meddelande är att medvetenheten och kunskapen om ojämlikheterna i hälsa inom unionen måste öka, samt att uppgiften att minska dessa skillnader är en fråga för samtliga berörda politikområden. EU kan bland annat bidra genom utvecklingen av indikatorer, spridandet av goda exempel mellan medlemsstaterna, samt genom att i ökad utsträckning orientera sådan forskning som EU finansierar mot detta område. Kommissionen anser också att det är angeläget att befintliga mekanismer för samordning av politiken bör utvecklas och att möjligheterna för medlemsstaterna att utnyttja EU:s sammanhållningspolitik och strukturfonder för detta ändamål ses över. En lägesrapport om kommissionens arbete kommer att sammanställas 2012.

Meddelandet uppmuntrar medlemsstaterna att ta initiativ på området. Inga av de föreslagna åtgärderna är tvingande för medlemsstaterna. Meddelandet

¹ EUT C 146, 22.6.2006, s. 1.

² http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lssa/91975.pdf

³ KOM (2007) 630 slutlig

⁴ KOM (2008) 412 slutlig

⁵ http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/101346.pdf

innehåller inga förslag till mål, men kommissionen menar att det är angeläget att initiera en diskussion om målutveckling i kommittén för socialt skydd.

I meddelandet tar kommissionen upp ett antal centrala frågeställningar med tillhörande förslag till åtgärder. De centrala frågeställningarna är (i) en jämn fördelning av hälsa som en del av den allmänna sociala och ekonomiska utvecklingen, (ii) bättre data, kunskapsbas och mekanismer för mätning, övervakning, utvärdering och rapportering, (iii) hela samhällets åtagande, (iv) tillgodose utsatta grupperns behov, samt (v) utveckla bidrag från andra EU-politikområden.

(i) En jämn fördelning av hälsa som en del av den allmänna sociala och ekonomiska utvecklingen

Kommissionen anför att hälsonivå och välfärd går hand i hand. Det anses därför vara viktigt att skapa en ekonomisk och social utveckling som leder till starkare ekonomisk tillväxt och större solidaritet, sammanhållning och hälsa. I det avseendet är EU:s strukturfonder av avgörande betydelse. Enligt Kommissionen kan man överväga om en indikator för ojämlikhet i hälsa, tillsammans med den redan befintliga indikatorn för hälsosamma levnadsår, skulle vara ett användbart verktyg för övervakning av den sociala dimensionen i Lissabon strategin.

(ii) Bättre data, kunskapsbas och mekanismer för mätning, övervakning, utvärdering och rapportering

Kommissionen menar att mätning av ojämlikhet i hälsa är ett grundläggande första steg mot effektiva åtgärder. Bristen på rutinmässigt tillgängliga och jämförbara data på EU-nivå utgör ett hinder för att kunna bedöma nuläget, göra en omorientering när det gäller politiska prioriteringar, göra jämförelser, lyfta fram god praxis och omfördela resurserna dit behovet är som störst. Kommissionen tar inte upp den nyligen beslutade ramlagstiftningen om gemenskapsstatistik om folkhälsa och hälsa och säkerhet i arbetet.⁶ Det är rimligt att tro att denna lagstiftning förbättrar situationen generellt när det gäller tillgången på jämförbara data på EU-nivå. Följande åtgärder föreslås på EU-nivå: a) stödja fortsatt utveckling och insamling av data och indikatorer för att belysa ojämlikhet i hälsa, b) utveckla granskningsförfaranden för ojämlikhet i hälsa via hälsoprogrammet i samarbete med de medlemsstater som vill delta, c) i ökad utsträckning orientera sådan forskning som EU finansierar mot ojämlikhet i hälsa, d) lyfta fram relevant forskning och goda exempel som tagits fram av EU-organ.

(iii) Hela samhällets åtagande

För att minska ojämlikhet i hälsa menar kommissionen att hälsosituationen i människors hela vardagsliv måste påverkas – på arbetet, i skolan och under fritiden. Genom att förbättra informations- och kunskapsutbytet och samordningen av politik mellan olika sektorer kan man skapa effektivare

⁶ EUT L 354, 31.12.2008, s. 70.

insatser och få ett mer omfattande och enhetligt genomslag. Följande åtgärder föreslås på EU-nivå: a) utveckla sätt att få relevanta berörda parter på EU-nivå att främja införande och spridning av god praxis, (b) inbegripa ojämlikhet i hälsa som ett prioriterat område i befintliga samarbetsförfaranden mellan regionerna i Europa och kommissionen, (c) utveckla insatser och verktyg för utbildning om ojämlikhet i hälsa genom hälsoprogram, Europeiska socialfonden och andra mekanismer, (d) få till stånd en diskussion om målutveckling i kommittén för socialt skydd.

(iv) Tillgodose utsatta gruppers behov

För att minska ojämlikhet i hälsa menar kommissionen att det behövs en politik som omfattar både åtgärder som tar hänsyn till skillnaderna i hälsa i hela samhället och åtgärder som särskilt riktas till utsatta grupper. Särskilt bör man uppmärksamma människor som lever i fattigdom, invandrargrupper och etniska minoriteter, personer med funktionsnedsättning, äldre människor eller barn som lever i fattigdom. Följande åtgärder föreslås på EU-nivå: (a) öka medvetenheten och främja åtgärder för bättre tillgång till anpassade hälsovårdstjänster, hälsofrämjande och förebyggande insatser för invandrare och etniska minoriteter och andra utsatta grupper, (b) se till att hänsyn tas till att minska ojämlikhet i hälsa i framtida initiativ om hälsosamt åldrande, (c) inför toppmötet om romer 2010 sammanställa en rapport om användningen av gemensamhetspolitik för integreringen av romer, i vilken ett avsnitt bör behandla ojämlikhet i hälsa, (d) undersöka om Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter inom ramen för sitt mandat kan samla in information om i vilken utsträckning utsatta grupper drabbas av ojämlikhet i hälsa, (e) genomföra verksamhet som rör ojämlikhet i hälsa som en del av Europaåret för bekämpning av fattigdom och social utestängning 2010.

(v) Utveckla bidrag från andra EU-politikområden

Enligt kommissionen kan en rad politikområden direkt eller indirekt bidra till att motverka ojämlikhet i hälsa. Enligt kommissionen är det EU:s uppgift att förbättra samordningen av politik och främja spridningen av god praxis. Inom detta område föreslås bland annat följande åtgärder på EU-nivå: (a) ge ökat stöd till befintliga mekanismer för samordning av politiken och utbyte av god praxis, exempelvis EU:s expertgrupp för sociala bestämningsfaktorer och ojämlikhet i hälsa, (b) se över möjligheterna för medlemsstaterna att kunna utnyttja EU:s sammanhållningspolitik och strukturfonder för att stödja verksamhet som bidrar till minskad ojämlikhet i hälsa, (c) föra en politisk dialog med medlemsstaterna och berörda parter om ojämlikhet i hälsa och andra värderingar som fastställs i EU:s hälsostrategi, (d) ge finansiering från Progress för att bistå medlemsstaterna med granskning av politiken på området och utveckling av förslag till strategier, (e) kommissionsinitiativ om EU:s roll för global hälsa.

1.3 Gällande svenska regler och förslagets effekt på dessa

Meddelandet bedöms inte ha några effekter på svenska regler.

Eftersom initiativet inte innebär några bindande åtgärder för medlemsstaterna så bedöms meddelandet inte ha några direkta budgetära konsekvenser för svensk del.

I sin konsekvensbedömning menar kommissionens att det är svårt att bedöma kostnaderna för en utökad datainsamling när det gäller ojämlikhet i hälsa. Ett eventuellt kommande förslag om en sådan datainsamling i EUROSTAT:s regi kommer i så fall att vara föremål för egen konsekvensbedömning.

Mot bakgrund av Sveriges budgetrestriktiva hållning ska Sverige dels agera för att förslaget ekonomiska konsekvenser begränsas både på statsbudgeten och EU-budgeten, dels agera för att uppgifter i största möjliga mån ska finansieras över nationell budget framför EU-budgeten. Finansiering ska ske i linje med de principer om neutralitet för statsbudgeten som slås fast i proposition (1994/95:40) om budgeteffekter av Sveriges medlemskap i Europeiska unionen m.m. Ökade kostnader ska finansieras från berörda utgiftsområden.

Den kan nämnas att kommissionen argumenterar för att rådande ojämlikheter i hälsa kostar EU avsevärda belopp. Enligt en studie som kommissionen hänvisar till skulle den Europeiska unionens samlade BNP kunna öka med mellan 1 och 9 % om hälsan hos alla unionens invånare kunde höjas till samma nivå som de högtbildade har.

2 Ståndpunkter

2.1 Preliminär svensk ståndpunkt

I april 2009 svarade regeringen på det öppna samråd som kommissionen utlyste inför publiceringen av meddelandet. Regeringens ståndpunkter kvarstår i allt väsentligt. Regeringen välkomnar kommissionens initiativ att genom meddelandet flytta fram positionerna inom områden där det finns ett mervärde med ett samarbete inom EU för att minska ojämlikheter i hälsa. Inom andra områden sker arbete lämpligen på nationell, regional eller lokal nivå inom medlemsstaterna.

Regeringen instämmer med kommissionen om att ett område där samarbete inom EU kan skapa mervärde är genom att använda och vid behov vidareutveckla befintliga indikatorer och system för övervakning av hur ojämlikheterna i hälsa utvecklas inom och mellan medlemsstaterna. Indikatorerna bör mäta hälsodeterminanterna, det vill säga de strukturella faktorer, såsom livsvillkor och levnadsvanor, som bidrar till hälsa eller ohälsa. De bör vara strategiska och inte för många.

För att en ansats baserad på hälsodeterminanter ska få genomslag krävs ett sektorsövergripande perspektiv vid utformningen av politiken för att minska ojämlikhet i hälsa. Regeringen instämmer i att det är angeläget att alla

relevanta politikområden involveras och koordineras så att hälsa ges en plats i alla politikområden. Det ligger i linje med den svenska folkhälsopolitiken. Regeringen är också överens med kommissionen om att det är angeläget att befintlig kunskap sprids mellan medlemsstaterna och att EU här kan spela en viktig roll. Kommissionens expertgrupp för sociala bestämningsfaktorer och ojämlikhet i hälsa är ett konkret exempel på strukturerat erfarenhetsutbyte.

Regeringen menar att det är viktigt att enas om en gemensam och praktisk tillämpbar definition av vad ojämlikhet i hälsa egentligen innebär innan en diskussion tas upp om eventuella EU-mål inom området. I dag går uppfattningarna isär om vad en sådan definition bör innehålla. Regeringen menar vidare att EU inte bör utveckla mål för medlemsstaternas eget arbete för minskad ojämlikhet i hälsa. Även om gemensamma målsättningar har fördelen att driva fram ett mer ambitiöst arbete på området så är de nationella förutsättningarna så olika att det är lämpligast att målen utvecklas på nationell nivå. Omfattningen och strukturen på problemen skiljer sig åt mellan medlemsstaterna och därmed är olika former av insatser nödvändiga för att åstadkomma förbättring. EU kan bidra med metoder och tekniker för att formulera användbara nationella mål.

EU:s arbete för en ökad jämlikhet i hälsa bör ske med ett hälsofrämjande perspektiv. Det bör utformas med människors behov av integritet och valfrihet som grund. Att främja hälsa handlar om den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. Den enskilda människans intresse, ansvar och möjligheter att ta hand om den egna hälsan bör främjas.

I detta sammanhang kan nämnas att Sverige inom ramen för arbetet i Världshälsoorganisationen har varit aktiva i behandlingen av slutrapporten från Kommissionen för bestämningsfaktorer för hälsa, den s.k. Marmotkommissionen. Det ledde fram till en resolution som antogs av Världshälsoförsamlingen i maj 2009. Regeringen har också givit i uppdrag till Statens folkhälsoinstitut att analysera vilka lärdomar som kan dras för svensk del av Marmotkommissionens arbete.

Kommissionen menar att man inför kommande programperiod bör se över möjligheterna för medlemsstaterna att utnyttja EU:s sammanhållningspolitik och strukturfonder för att stödja verksamhet som bidrar till minskad ojämlikhet i hälsa. Sverige kan inte stödja uttalanden som skulle föregripa förhandlingarna om nästa finansiella ramverk efter år 2013 inom exempelvis sammanhållningspolitikens område.

2.2 Medlemsstaternas ståndpunkter

Inga uttalade ståndpunkter är kända.

Kommissionen har i olika sammanhang lyft frågan om ojämlikhet i hälsa, se avsnitt 1.1 ovan. Regionkommittén genomförde i februari och mars 2009 en konsultation bland medlemmarna av nätverket för övervakning av subsidiaritetsprincipen. De önskemål om åtgärder på gemenskapsnivå som framfördes var bland annat att hälsa bör beaktas i alla EU:s politikområden, att hälsokonsekvensbedömningar med jämlikhetsperspektiv bör genomföras, ökad övervakning av hur ojämlikheterna utvecklas, forskning på området samt utbyte av information och goda exempel mellan medlemsstaterna.

2.4 Remissinstansernas ståndpunkter

Meddelandet har inte remitterats. I samband med det öppna samråd som regeringen svarade på i april 2009 gavs berörda myndigheter möjlighet att ge synpunkter på kommissionens inriktning på det kommande meddelandet.

3 Förslagets förutsättningar

3.1 Rättslig grund och beslutsförfarande

Enligt kommissionen är rättslig grund för meddelandet EG-fördragets artiklar 12 och 13 (om diskriminering), 125 och relaterade artiklar (om arbetsmarknad), 136 och 137 och relaterade artiklar (om sociala bestämmelser), 152 (om folkhälsa) samt 158 och 159 (om ekonomisk och social sammanhållning).

3.2 Subsidiaritets- och proportionalitetsprincipen

Kommissionen bedömer att de föreslagna åtgärderna respekterar subsidiaritetsprincipen eftersom de endast berör sådana områden där det föreligger ett tydligt europeiskt mervärde av EU-insatser. Kommissionen bedömer att proportionalitetsprincipen respekteras eftersom inga av de föreslagna åtgärderna är tvingande för medlemsstaterna.

4 Övrigt

4.1 Fortsatt behandling av ärendet

Spanien har ojämlikhet i hälsa som en prioriterad fråga under sitt ordförandeskap våren 2010 och kommer att ansvara för rådsbehandlingen av meddelandet. Diskussionen vid deras informella ministermöte kommer tillägnas temat och man står också i kontakt med Marmotkommissionen.

Kommissionen har valt att i den engelska originaltexten till meddelandet genomgående använda termen "health inequality" i stället för "health inequity" för att beskriva ojämlikhet i hälsa. Kommissionen för ett resonemang om innebörden av de två termerna i inledningen till den konsekvensbedömning som bifogas meddelandet. Man menar att "health inequity" refererar till sådana skillnader i hälsa som är orättfärdiga därför att de går att undvika genom politiska insatser. Därav följer att alla "health inequalities" – ojämlikheter i hälsa – inte är uttryck för "health inequities" – orättfärdiga skillnader i hälsa. Det kan noteras att de två begreppen används omväxlande i olika sammanhang vilket kan leda till viss förvirring. Marmotkommissionen använde genomgående termen "inequity", vilket också är det begrepp som används i den påföljande resolution som antogs av Världshälsoförsamlingen.