

## I

(Rezolucje, zalecenia i opinie)

## OPINIE

## KOMITET REGIONÓW

## 84. SESJA PLENARNA, 14–15 LUTEGO 2010 R.

**Opinia Komitetu Regionów „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”**

(2010/C 232/01)

## KOMITET REGIONÓW ZALECA

- Zwrócenie większej uwagi na kwestie zdrowia i dobrego samopoczucia w ramach strategii UE 2020, jako głównego aspektu walki z wykluczeniem.
- Umożliwienie wykorzystywania funduszy strukturalnych jako instrumentu wspomagającego niwelowanie nierówności zdrowotnych.
- Uwzględnienie w monitorowaniu agendy lizbońskiej, obok wskaźnika lat zdrowego życia, także innych wskaźników, w szczególności odzwierciedlających różnice w wynikach zdrowotnych poszczególnych grup.
- Uznanie, że obecny kryzys finansowy jeszcze bardziej powiększy nierówności zdrowotne w przypadku tych obywateli UE, którzy są bezrobotni, bezdomni lub żyją w ubóstwie. Większe inwestycje w ramach takich programów finansowych, jak 7PR lub Progress, mające na celu pomoc władzom lokalnym i regionalnym w zmniejszaniu nierówności zdrowotnych zarówno w krótkim okresie – do zakończenia obecnych programów, jak i w długim okresie, z myślą o zmniejszeniu rozpiętości w systemach opieki zdrowotnej.
- Uznanie przez UE zaleceń Komisji do spraw Społecznych Uwarunkowań Stanu Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia oraz upowszechnianie ich, a także informowanie o działaniach rządów krajowych w odpowiedzi na te zalecenia.
- Stosowanie otwartej metody koordynacji jako instrumentu umożliwiającego wspólne wykorzystywanie najlepszych praktyk i punktów odniesienia przez państwa członkowskie, który jednocześnie nie podważa wysiłków już podjętych na szczeblu lokalnym i regionalnym.

<b>Sprawozdawca:</b>	Dave WILCOX (UK/PSE), członek Rady Hrabstwa Derbyshire
<b>Dokument źródłowy:</b>	Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady: „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”  COM(2009) 567 wersja ostateczna

## I. ZALECENIA POLITYCZNE

### KOMITET REGIONÓW

#### Wprowadzenie

1. Przyjmuje z zadowoleniem determinację Komisji, by wspierać i uzupełniać wysiłki państw członkowskich oraz władz lokalnych i regionalnych w zakresie niwelowania nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej. Duże znaczenie ma rozpoznanie skali wyzwań związanych z nierównościami zdrowotnymi, które występują zarówno pomiędzy państwami członkowskimi, jak i w obrębie tych państw. Komisja jasno stwierdziła, że nierówności zdrowotne są przeszkodą w realizacji zobowiązań UE w zakresie solidarności, spójności społecznej i gospodarczej, praw człowieka oraz równości szans i opinia ta jest powszechnie podzielana. Komisja mogła jednak położyć większy nacisk na wprowadzony niedawno na mocy traktatu lizbońskiego cel „spójności terytorialnej”.

2. W pełni zgadza się z zaproponowaną przez WHO definicją zdrowia, zgodnie z którą „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”.

3. Przypomina Komisji, że traktat lizboński zobowiązuje instytucje wymienione w art. 3 do wspierania dobrobytu obywateli europejskich.

4. Zwraca uwagę Komisji na opracowanie sporządzone pod kierunkiem Sir Michaela Marmota na zamówienie WHO pt. „*Closing the Gap in a Generation – Health Equity through action on the social determinants of Health*” (Zniwelowanie różnic na przestrzeni jednego pokolenia – promowanie równego dostępu do opieki zdrowotnej poprzez oddziaływanie na społeczne wyznaczniki zdrowia). KR jest zdania, że UE powinna uznać ten dokument za podstawową wskazówkę przy zmniejszaniu nierówności zdrowotnych.

5. Zgadza się z oceną Komisji, że problematyka nierówności zdrowotnych jest bardzo złożona, zaś jej rozwój zależy od wielorakich czynników, a zwłaszcza ze stwierdzeniem, że nierówności występują na wszystkich szczeblach – od europejskiego po lokalny, z podkreśleniem roli gradientu społecznego, ścisłego związku pomiędzy zdrowiem a dobrobytem, wpływu nierówności na stan zdrowia grup znajdujących się w trudnej sytuacji społecznej i narażonych na wykluczenie społeczne oraz różnicowanego wpływu decyzji podejmowanych w zakresie polityki społecznej na świadczenie usług opieki zdrowotnej i społecznej.

6. Z zadowoleniem przyjmuje fakt, że w dokumencie udało się w znacznej mierze zachować równowagę pomiędzy współpracą na szczeblu europejskim a pomocniczością, zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Wskazuje jednak w tym kontekście, że zmniejszenie nierówności w dziedzinie ochrony zdrowia w obrębie państw członkowskich jest zadaniem krajowej polityki zdrowotnej, także według traktatu lizbońskiego.

#### Wkład polityki UE w zmniejszanie nierówności zdrowotnych

7. Docenia wkład, jaki mogą wnieść prowadzone przez UE działania towarzyszące, które są zasadniczo zgodne z celem wyznaczonym w art. 168 TFUE i w art. 35 Karty praw podstawowych UE, który stanowi, że „Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”.

8. Przypomina, że „prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych” jest zapisane w art. 35 Karty praw podstawowych UE.

9. Przyjmuje z zadowoleniem nadrzędne cele strategii UE w zakresie zdrowia, w tym poprawę dostępu do systemów opieki i profilaktyki zdrowotnej oraz promocję zdrowego stylu życia.

10. Wzywa Komisję, aby przedstawiła Komitetowi zapewnienie, że wniosek dotyczący dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej w pełni uwzględni wpływ, jaki wdrożenie tejże dyrektywy będzie miało na nierówności w zakresie opieki zdrowotnej.

11. Biorąc pod uwagę wagę, jaką art. 168 TFUE przywiązuje do poprawy świadczenia usług zdrowotnych w regionach przygranicznych, Komitet Regionów wzywa do wspierania sąsiadujących regionów różnych państw członkowskich w zakresie zawierania dobrowolnych porozumień na rzecz zmniejszania nierówności zdrowotnych w wymiarze transgranicznym. Komitet Regionów podkreśla w tym kontekście możliwości, jakie stwarza Europejskie Ugrupowanie Współpracy Terytorialnej (EUWT), instrument, który jest już wykorzystywany przez różne grupy. Komitet Regionów pragnie jednak wyraźnie zaznaczyć, że ewentualne porozumienia w dziedzinie szerszej pojętej transgranicznej opieki

zdrowotnej wymagają starannej oceny, aby zapewnić, że transgraniczny ruch pacjentów nie faworyzuje grup, które już korzystają z opieki zdrowotnej kosztem pozostałych grup, zwiększając w ten sposób nierówności w zakresie zdrowia. Wszystkie regiony powinny otrzymać wyraźne zapewnienie, że w ramach porozumień transgranicznych grupy najsłabsze i osiągające najgorsze wyniki będą miały zagwarantowany sprawiedliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych w sytuacji, gdy grupy te muszą konkurować o prawo do korzystania z zasobów systemu opieki zdrowotnej. Dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej powinien być możliwy tylko w przypadku wcześniejszego uzyskania zezwolenia, tak aby osoby o niskich dochodach uzyskały równy dostęp do świadczeń.

12. Z zadowoleniem przyjmuje fakt uznania znaczenia wspólnej polityki rolnej w odniesieniu do kwestii zdrowotnych i dostrzega wkład programów promujących zdrowe odżywianie i zdrowy styl życia, takich jak programy „Mleko w szkole”, „Żywność dla najuboższych” i „Owoce w szkole”. Żywność dostarczana do instytucji publicznych, takich jak szkoły i szpitale, kiedy tylko jest to możliwe, powinna bazować głównie na zdrowych, lokalnych produktach o wysokich wartościach odżywczych. Komitet przyjmuje też z zadowoleniem stwierdzenie, iż WPR i inne obszary polityki mogą wywierać wpływ na zdrowie na obszarach wiejskich poprzez działania mające znaczenie dla społecznych uwarunkowań zdrowia. KR uznaje, że obszary wiejskie stoją w obliczu konkretnych wyzwań zdrowotnych. Brak odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich może prowadzić do nierówności w zakresie zdrowia w niektórych państwach członkowskich, zaś związek pomiędzy gospodarką rolną a migracją może prowadzić do wystąpienia szczególnych potrzeb zdrowotnych i nierówności zdrowotnych w pewnych społecznościach. WPR ma istotne znaczenie, ponieważ w obu tych przypadkach może przyczynić się do poprawy warunków życia.

13. Uważa, że nie wystarczy stwierdzić, że polityka UE w zakresie ochrony środowiska i polityka rynkowa w ramach WPR wspierają szereg inicjatyw, które mogą przyczynić się do poprawy zdrowia. Chociaż w obrębie WPR istnieje potencjał pozwalający wnieść pewien wkład w tym zakresie, WPR nie jest skonstruowana w sposób, który umożliwi nadanie priorytetu kwestiom zdrowia i wyrównywaniu nierówności zdrowotnych, a ponadto uprawnione jest upatrywanie negatywnego wpływu tej polityki na stan zdrowia, który może być wynikiem niezrównoważonej produkcji mleka i mięsa w porównaniu z produkcją owoców i warzyw. W ramach reformy WPR istnieje możliwość zastanowienia się nad tą kwestią braku równowagi, a na każdym etapie procesu reformowania tej polityki należy położyć nacisk na znaczenie wspierania pozytywnych i sprawiedliwych wyników zdrowotnych.

### **Nierówności w dziedzinie zdrowia a kwestie gospodarcze**

14. Wyraża ubolewanie z powodu faktu, iż Komisja nie zajęła się w pełni kwestią nadużywania alkoholu i innych środków odurzających jako przyczyn złego stanu zdrowia oraz pogłębienia nierówności zdrowotnych. Zdaniem KR-u kwestia alkoholu stwarza szczególne wyzwanie dla decydentów politycznych, którzy

muszą uwzględnić także skutki tej kwestii dla gospodarki lokalnej i regionalnej, które wiążą się z aspektami prywatnymi i publicznymi. Należy w tym kontekście stwierdzić, że regulowanie spożycia alkoholu stwarza problemy, lecz nie można z tego powodu ignorować jego wpływu na zdrowie ani mniej uwagi poświęcić kwestii nadużywania alkoholu czy jakiegokolwiek innej substancji, która wpływa na stan psychiczny.

15. Uznaje, że państwa członkowskie UE zmagają się z poważnym kryzysem finansowym i gospodarczym, co w sposób nieuchronny będzie wpływało na zdrowie i dobre samopoczucie obywateli. Jakkolwiek prawdą jest, iż sytuacja gospodarcza może doprowadzić do dalszego wzrostu zróżnicowania stanu zdrowia społeczeństwa, sytuacja ta nie powinna być usprawiedliwieniem dla braku dostosowań środków polityki w taki sposób, by lepiej służyły one niwelowaniu nierówności. Fakt, iż instytucje finansowe zawiodły na całym świecie, zobowiązuje państwa członkowskie, regiony i gminy do ponownego przemyślenia swojego podejścia do budowania społeczności zdolnych do zrównoważonego rozwoju. Polityka, która zanadto koncentruje się na dobrobycie gospodarczym może prowadzić do nierówności zdrowotnych. Trudności gospodarcze mogą wprowadzić ograniczyć dobrobyt gospodarczy, ale nie stanowią one przeszkody, aby bardziej priorytetowo traktować zmniejszanie nierówności ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych. W kontekście siódmego programu ramowego oraz planowania budżetowego Komisja ma obecnie możliwość dokonania przeglądu priorytetów i położenia większego nacisku na instrumenty służące zmniejszaniu nierówności.

16. Wyraża pogląd, że obecne trudności gospodarcze oznaczają, iż wzrasta znaczenie wymiaru gospodarczego usług opieki zdrowotnej oraz wpływu, jaki na gospodarkę wywiera stan zdrowotny społeczeństwa. Sektor usług zdrowotnych jest ważnym pracodawcą, a poprzez powiązane z nim sektory, np. sektor badań naukowych i innowacji w dziedzinie zdrowia, przyczynia się on do dobrobytu gospodarczego, przy czym szczególne możliwości mają pod tym względem gospodarki wschodzące. Jednocześnie zaś utrata części pracowników na skutek przedwczesnej śmierci lub inwalidztwa oznacza spadek wydajności i wzrost presji na systemy opieki społecznej.

17. Popiera stwierdzenie Komisji, że poprawa zdrowia wszystkich grup ludności jest istotna w kontekście starzenia się społeczeństwa. Systemy zabezpieczenia społecznego odczuwają już efekty zmian demograficznych. Należy wprowadzić przyjąć z zadowoleniem wzrost średniej długości życia, ale utrzymanie systemów zabezpieczenia społecznego na poziomie, jakiego oczekują Europejczycy, wymaga lepszego zarządzania popytem na świadczenia zdrowotne. Dlatego też priorytetem jest zwiększenie liczby lat zdrowego życia w przypadku osób, które mają przed sobą najmniej korzystne perspektywy. Biorąc pod uwagę skalę zmian społeczno-gospodarczych, które zostaną spowodowane starzeniem się społeczeństwa w UE, KR pragnie podkreślić znaczenie badań i rozwoju ukierunkowanych na ulepszenie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.

## **Wkład polityki UE w zmniejszanie nierówności zdrowotnych**

18. Popiera stwierdzenie, że polityka spójności UE odgrywa kluczową rolę w realizacji celów strategii UE 2020 w zakresie spójności społecznej i gospodarczej oraz może być potężnym środkiem niwelowania nierówności zdrowotnych. Opracowanie i uzgodnienie w 2010 r. strategii UE 2020 stwarza możliwość rozważenia przydziału środków w ramach funduszy strukturalnych poczynając od roku 2013. Komitet oczekuje, że wyraźnym priorytetem strategii UE 2020 będzie walka z wykluczeniem, co z kolei można by ściśle powiązać z problemem nierówności zdrowotnych.

19. Uważa, że fundusze strukturalne UE mogłyby być wykorzystywane, jako część regionalnej strategii na rzecz rozwoju, w celu rozbudowania lokalnych usług opieki zdrowotnej. Choć równość szans jest jednym z podstawowych celów polityki spójności UE oraz funduszy strukturalnych, to jednak nie wszyscy obywatele Unii Europejskiej mają takie same możliwości – także w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

20. Przyjmuje do wiadomości, że Komisja dokonała identyfikacji trzech obszarów wymagających poprawy. Są nimi: podnoszenie świadomości w zakresie możliwości korzystania z funduszy w tej dziedzinie, lepsza koordynacja pomiędzy działami administracji publicznej zajmującymi się kształtowaniem polityki oraz zwiększanie możliwości technicznych w zakresie rozwoju inwestycji w tym zakresie. Jednak nie są to koniecznie obszary, w których poprawa ma największy priorytet. Większe znaczenie może mieć zwłaszcza koordynacja pomiędzy instytucjami lokalnymi i regionalnymi w przypadku, gdy są one odpowiedzialne za bezpośrednie świadczenie usług. Ponadto możliwości techniczne mogą istnieć na szczeblu krajowym, ale nie w ramach placówek ochrony zdrowia na szczeblu lokalnym i regionalnym, dlatego też działania należy podejmować na odpowiednim szczeblu, aby przynosiły one pożądane efekty.

### **Gromadzenie, monitorowanie i analiza danych**

21. Popiera propozycję takiego mierzenia postępów w realizacji strategii UE 2020, aby dodatkowo pokazywało ono stopień zmniejszania nierówności zdrowotnych. Wskaźnik lat zdrowego życia jest jednym z mierników ilustrujących wyniki zdrowotne, lecz należy go uzupełnić o mierniki pokazujące, w jakim stopniu zmniejszają się różnice pomiędzy najbardziej i najmniej zdrowymi członkami społeczeństwa.

22. Zgadza się z oceną różnic, jakie występują pomiędzy państwami członkowskimi w zakresie gromadzenia i analizowania danych. Pomocne są wskaźniki związane ze zdrowiem opracowywane przez Eurostat. Ponadto Komitet uważa, że wzajemne wsparcie państw członkowskich poprzez transfer know-how w celu poprawy opieki zdrowotnej jest skutecznym środkiem na rzecz likwidacji nierówności między państwami członkowskimi.

23. Wzywa Komisję do rozpoznania szczególnych zagrożeń w monitorowaniu wyników zdrowotnych w odniesieniu do migrantów i ich społeczności. Uważa się, że migranci lub osoby przebywające czasowo na danym terytorium częściej mają gorsze wyniki zdrowotne, a jednocześnie mogą doświadczać określonych trudności w dostępie do pomocy socjalnej. Komunikat określa migrantów jako grupę znajdującą się w trudnej sytuacji. Aby przeprowadzić skuteczne monitorowanie danych, należy uwzględnić szczególne wyzwania, jakie wiążą się z monitorowaniem stanu zdrowia migrantów lub osób przebywających czasowo na danym terytorium.

24. Wzywa Komisję, by uznała związane z płcią nierówności w zakresie zdrowia oraz by wspierała gromadzenie, monitorowanie i analizę statystyk dotyczących obu płci oraz danych zdrowotnych w podziale ze względu na płeć. Na szczególną uwagę zasługują prawa kobiet i mężczyzn do dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej, tak aby można było podjąć w skuteczny sposób kwestię różnic pomiędzy państwami członkowskimi i wewnątrz poszczególnych krajów.

### **Rola władz regionalnych i lokalnych**

25. Przyjmuje z zadowoleniem uznanie roli władz lokalnych i regionalnych, zarówno jeśli chodzi o dostarczanie wyników zdrowotnych, jak i o świadczenie usług związanych ze społecznymi wyznacznikami zdrowia.

26. Proponuje położenie silniejszego akcentu na znaczenie prowadzonych lokalnie działań na rzecz promocji zdrowego stylu życia i zapobiegania warunkom wywołującym pogorszenie stanu zdrowia. Niektóre regiony opracowały już własne strategie, za pomocą których realizują cele określone w komunikacie oraz tworzą ramy dla wspólnej polityki na rzecz promocji zdrowia. Komitet podkreśla, że programy edukacyjne w szkołach są niezbędne w promowaniu zdrowego odżywiania i zdrowego stylu życia. Istnieje wiele instytucji, które są w stanie przyczynić się do zintensyfikowania działań prewencyjnych, lecz w wielu przypadkach skuteczne zapobieganie będzie wymagało działań o charakterze wybitnie lokalnym, dostosowanych do potrzeb konkretnych społeczności. Chociaż charakter problemów prowadzących do pogorszenia stanu zdrowia może być wspólny dla wszystkich państw członkowskich, informowanie o zdrowym stylu życia często wymaga działań podejmowanych w małej skali, z wykorzystaniem wiedzy lokalnej. Działania te mogą być skutecznie prowadzone na szczeblu gmin w różnych państwach członkowskich, gdyż geograficznie odrębne obszary mogą mieć do czynienia z podobnymi wyzwaniami, np. z wysokim bezrobociem będącym wynikiem likwidacji przemysłu ciężkiego. W przyszłych działaniach powinno się próbować łączyć ze sobą małe społeczności w UE, mające do czynienia z podobnymi wyzwaniami, które nie są udziałem ich sąsiadów położonych bliżej w sensie regionalnym. Współpraca na szczeblu krajowym może okazać się nieskuteczna, gdy chodzi o wyciąganie wniosków z działań, które sprawdzają się w konkretnych, małych społecznościach.

27. Zdecydowanie popiera pogląd Komisji, że usprawnianie wymiany informacji oraz koordynacji politycznej między różnymi szczeblami administracji i wieloma sektorami może przyczynić się do prowadzenia skuteczniejszych działań i wywierać wpływ w sposób konsekwentny i na większą skalę. Komitet zwraca uwagę, że można byłoby silniej zaakcentować ten pogląd: wspomniana koordynacja i wymiana nie tylko może przynieść skuteczniejsze działania i wywierać konsekwentny wpływ, lecz jest to równocześnie ważny warunek wstępny zmniejszenia nierówności zdrowotnych. Zobowiązanie się do zmniejszenia nierówności zdrowotnych stwarza państwom członkowskim dobrą okazję do zastanowienia się nad poziomem współpracy w obrębie poszczególnych krajów i wykorzystaniem doświadczeń tych krajów, które odnotowały największe sukcesy w tworzeniu partnerstw obejmujących różne szczeble władzy i różne sektory.

### Struktury współpracy na poziomie UE

28. Dodatkowo podkreśla wcześniejsze zainteresowanie Komitetu Regionów włączeniem kwestii nierówności zdrowotnych do współpracy regionalnej w zakresie zdrowia. Komitet Regionów wyznaje zasadę ustrukturyzowanej współpracy z udziałem jego członków. Komitet jest także zainteresowany wykorzystaniem takiej ustrukturyzowanej współpracy we współdziałaniu z DG SANCO w ramach prowadzonych przez nią prac w zakresie nierówności zdrowotnych.

29. Uważa, że ustrukturyzowaną współpracę w ramach Komitetu Regionów powinien uzupełniać udział jego członków w komisjach i grupach roboczych UE zajmujących się problematyką zdrowia. Jakkolwiek przyjmuje się, że powoływanie przedstawicieli takich grup roboczych leży w gestii państw członkowskich, korzystne byłoby dokonanie analizy postępu, jaki dokonał się na poziomie lokalnym i regionalnym w zakresie zwalczania nierówności zdrowotnych.

### Grupy znajdujące się w trudnej sytuacji

30. Przyjmuje z zadowoleniem uwzględnienie potrzeb grup znajdujących się w trudnej sytuacji społecznej, w tym zwłaszcza osób ubogich, migrantów i członków mniejszości etnicznych, osób niepełnosprawnych, starszych oraz dzieci żyjących w ubóstwie.

31. Opowiada się za uwzględnieniem potrzeb pozostałych grup znajdujących się w trudnej sytuacji, zwłaszcza w przypadkach, gdy nierówności zdrowotne mogą pojawić się z czasem. Zrozumienie charakteru zmian społecznych i wynikających z nich nierówności ma decydujące znaczenie dla możliwości uniknięcia tychże nierówności. Mogą się z tym wiązać potrzeby osób dorosłych, które znalazły się w izolacji w wyniku rozpadu rodziny, jak też osób pozbawionych wolności bądź znajdujących się w różnego rodzaju instytucjach, lub też potrzeby mieszkańców obszarów wiejskich przeżywających upadek gospodarczy. Należy także uwzględnić konieczność zrozumienia wpływów społecznych i kulturowych dominujących w różnych społecznościach, gdyż mogą mieć one wpływ na indywidualne zachowania.

32. Podkreśla, że w działaniach na rzecz wsparcia grup znajdujących się w trudnej sytuacji powinno się brać pod uwagę wieloznaczność pojęcia „migranci”. W kontekście nierówności zdrowotnych, wszystkie przepływy ludności, niezależnie od tego, czy chodzi o migrację wewnątrz czy z zewnątrz UE, mogą prowadzić do niekorzystnej sytuacji społecznej, utrudnionego dostępu do opieki społecznej, a przez to także do nierówności zdrowotnych. Grupy ludności przemieszczające się w ramach UE mają nierówny dostęp do usług, np. w zakresie budownictwa mieszkaniowego, przez co mogą być zagrożone bezdomnością. Wpływ bezdomności na zdrowie może być bardzo poważny. Należy podejmować konkretne działania związane z oceną wyników zdrowotnych ludności przemieszczającej się w obrębie UE.

### Rola szczebla lokalnego i regionalnego w finansowaniu i świadczeniu usług

33. Jest zdania, że w przypadkach, gdy istniejące środki finansowe wykorzystywane są w celu ochrony zdrowia, władze lokalne i regionalne powinny mieć możliwość decydowania o tym, czy przeznaczenie tych środków ma dotyczyć głównie rozwoju kompetencji, wiedzy i potencjału placówek opieki zdrowotnej, czy też rozwoju infrastruktury zdrowotnej. Inwestowanie w infrastrukturę zdrowotną może być priorytetem w niektórych państwach członkowskich i niektórych regionach i gminach, gdzie infrastruktura jest niedostatecznie rozwinięta, podczas gdy inne terytoria, odznaczające się poważnymi nierównościami zdrowotnymi, dysponują dobrze rozwiniętą infrastrukturą. W przypadku takich obszarów może zachodzić potrzeba inwestowania na szczeblu wybitnie lokalnym w rozwijanie kompetencji, wiedzy i potencjału placówek opieki zdrowotnej oraz lokalnej ludności.

34. Choć dostrzega, że wdrażanie wspólnotowego prawodawstwa w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy na szczeblu krajowym przyczynia się do niwelowania krajowych nierówności zdrowotnych poprzez ochronę zdrowia pracowników, to jednak proponuje, aby także szczeble lokalny i regionalny odgrywały pewną rolę w zakresie kształtowania najlepszych praktyk w sferze zatrudnienia. Jest to istotne dla władz lokalnych i regionalnych jako ważnych pracodawców w regionach i gminach, a także dla innych instytucji i zainteresowanych podmiotów szczebla lokalnego i regionalnego z uwagi na wpływ, jaki władze te wywierają na ich praktyki w zakresie zatrudnienia.

35. Przypomina, że opowiadał się za zwiększeniem pewności prawnej w odniesieniu do reguł konkurencji UE dla podmiotów świadczących usługi socjalne w interesie ogólnym i oczekuje, że Komisja uwzględni tę propozycję w swoim programie prac na 2010 r. Docenia w związku z tym zobowiązanie przewodniczącego Komisji Europejskiej do opracowania ram jakościowych dla usług publicznych.

### Zalecenia

Komitet Regionów zaleca

36. Zwrócenie większej uwagi na kwestie zdrowia i dobrego samopoczucia w ramach strategii UE 2020, jako głównego aspektu walki z wykluczeniem.

37. Umożliwienie wykorzystywania funduszy strukturalnych jako instrumentu wspomagającego niwelowanie nierówności zdrowotnych.

38. Uwzględnienie w monitorowaniu agendy lizbońskiej, obok wskaźnika lat zdrowego życia, także innych wskaźników, w szczególności odzwierciedlających różnice w wynikach zdrowotnych poszczególnych grup.

39. Uznanie, że obecny kryzys finansowy jeszcze bardziej powiększy nierówności zdrowotne w przypadku tych obywateli UE, którzy są bezrobotni, bezdomni lub żyją w ubóstwie. Większe inwestycje w ramach takich programów finansowych, jak 7PR lub Progress, mające na celu pomoc władzom lokalnym i regionalnym w zmniejszaniu nierówności zdrowotnych zarówno w krótkim okresie – do zakończenia obecnych programów, jak

i w długim okresie, z myślą o zmniejszeniu rozpiętości w systemach opieki zdrowotnej.

40. Uznanie przez UE zaleceń Komisji do spraw Społecznych Uwarunkowań Stanu Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia oraz upowszechnianie ich, a także informowanie o działaniach rządów krajowych w odpowiedzi na te zalecenia.

41. Stosowanie otwartej metody koordynacji jako instrumentu umożliwiającego wspólne wykorzystywanie najlepszych praktyk i punktów odniesienia przez państwa członkowskie, który jednocześnie nie podważa wysiłków już podjętych na szczeblu lokalnym i regionalnym.

Bruksela, 14 kwietnia 2010 r.

*Pierwszy Wiceprzewodniczący  
Komitetu Regionów*  
Ramón Luis VALCARCEL SISO