



КОМИСИЯ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ОБЩНОСТИ

Брюксел, xxx  
SEC(2009) ууу окончателен

**РАБОТЕН ДОКУМЕНТ НА СЛУЖБИТЕ НА КОМИСИЯТА**

**ОБОБЩЕНИЕ НА ОЦЕНКАТА НА ВЪЗДЕЙСТВИЕТО**

документ, придружаващ

**СЪОБЩЕНИЕ ОТ КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ, СЪВЕТА,  
ЕВРОПЕЙСКИЯ ИКОНОМИЧЕСКИ И СОЦИАЛЕН КОМИТЕТ И КОМИТЕТА  
НА РЕГИОНИТЕ**

**Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в  
здравеопазването в ЕС**

## 1. ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящият документ обобщава оценката на въздействието, която разглежда варианти на политики за инициативата на ЕС „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС“. Комисията посочи необходимостта от действия в здравната стратегия на ЕС<sup>1</sup>, а в своята „Обновена социална програма“<sup>2</sup> от 2008 г. обяви инициатива на ЕС, насочена към неравнопоставеността в здравеопазването. Настоящият документ включва коментар на комитета за оценка на въздействието по отношение на целите, използването на термините „неравенство“ и „неравнопоставеност“, „пропорционалност“, „субсидиарност“ и „разходи“. Докладът обвързва само службите на Комисията, участвали в неговото изготвяне, и не предопределя окончателното решение на Комисията.

Основната отговорност за отстраняването на неравнопоставеността в здравеопазването принадлежи на държавите-членки, но политиките на ЕС могат да повлияят непряко върху здравето и могат да спомогнат за преодоляването на съществуващите пречки пред предприемането на действия. Докладът прави оценка на действията на ЕС, които подкрепят и допълват усилията на държавите-членки и заинтересованите страни, и които имат за цел да насочат политиките на ЕС към намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването при пълно зачитане на принципа на субсидиарността.

Действията на ЕС следва да подкрепят подобряването на здравето на цялото население, като обаче се обръща специално внимание на намаляването на ненужното и несправедливо разграничаване между различни социални групи и региони на ЕС по отношение на здравословното състояние — става въпрос за прилагането на изравнителен в посока нагоре подход.

Както на равнище ЕС, така и на национално ниво вече са предприети редица действия във връзка с това. Осъществяваните действия обаче имат ограничен ефект поради нивото на осведоменост и придаваната на проблема недостатъчна важност, липсата на участие на заинтересованите страни, непълна информация и познаване на проблематиката, недостатъчен обмен на добри практики и затруднения при създаването на междусекторен подход при политиките. Ето защо настоящият документ предвижда мерки за справянето с тези проблеми.

## 2. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ПРОБЛЕМА

Понастоящем разликите между държавите-членки на ЕС в очакваната продължителност на живота при раждане са 8 години при жените и 14 години при мъжете. Между държавите-членки и регионите на ЕС съществуват и сериозни разлики по отношение на смъртността, уврежданията и заболяванията. В някои страни разликите в здравен аспект спрямо средните стойности за ЕС и спрямо страните с най-добри резултати са се увеличили през последните две десетилетия.

---

<sup>1</sup> COM(2007) 630

<sup>2</sup> COM(2008) 412

Във всички държави-членки съществуват значителни разлики в здравен аспект между социалните групи, определени на базата на доход, професионалната заетост, ниво на образование или етническа група<sup>3</sup>. Хората с по-ниско ниво на образование, доходи или професионална заетост живеят по-кратко и прекарват повече време в недобро здравословно състояние. Разликите в продължителността на живота при раждане между социално-икономическите групи варират между 4 и 10 години при мъжете и между 2 и 6 години при жените. Тази особеност е взета предвид при много мерки в областта на физическото и психичното здраве. В някои страни тези разлики са се увеличили през последните десетилетия.

Неравнопоставеността в здравеопазването е свързана с неравнопоставеност по отношение на социално обусловени детерминанти на здравето като условията на живот (жилища, околна среда), поведения, оказващи влияние върху здравето (хранителен режим, тютюнопушене, упражнения), заетост и условия на труд, образование, достъп до социална закрила, включително достъп до висококачествено здравеопазване. Значителна част от неравнопоставеността в здравеопазването може да бъде избегната и моделирана чрез политики, които могат да бъдат повлияни от политиката на ЕС.

Бяха набелязани три области, в които се забелязват слабости, възпрепятстващи предприемането на ефективни действия за отстраняване на неравнопоставеността в здравеопазването. Това са области, в които ЕС може да окаже подкрепа и да допълва действията на държавите-членки:

Липса на осведоменост, недостатъчна степен на приоритет на този въпрос в политиките, както и недостатъчна ангажираност от страна на държавите-членки и другите заинтересовани страни

Отсъствие на сравними и редовни данни, мониторинг и докладване по проблематиката. Липса на познаване на детерминантите и ефективните политики, които следва да бъдат прилагани

Недостатъчно съгласуван подход на ЕС към неравнопоставеността в здравеопазването (липсващо интегриране на проблематиката на равнище ЕС)

Държавите-членки прилагат някои политики, но цялостни стратегии липсват. В политиките на повече от половината от държавите-членки на ЕС не се отдава приоритетно значение на намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването. Освен това по отношение на прилаганите политики не се извършва оценка и популяризиране.

Независимо от факта, че в редица области съществуват солидни данни, за да се предприемат ефективни действия по отношение на конкретни групи от населението и детерминанти, е необходима повече информация за въздействието (причинно-следствената връзка) и степента на значимост на някои здравни детерминанти. Необходими са също така сравними, редовно предоставяни данни за целия ЕС относно здравните резултати и детерминантите на здравната неравнопоставеност по социално-икономически групи.

---

<sup>3</sup> Health Status & Living Conditions („Здравен статус и условия на живот“), мониторингов доклад, изготвен от Европейска обсерватория за социалното положение, Европейска комисия 2008 г.

Липсата на данни на равнище ЕС, както и на изследователски знания е пречка за разработването на политики. Наличието на по-пълни и оповестявани данни, както и на основание за действие могат да осигурят липсващата понастоящем ангажираност от редица заинтересовани страни.

На неравнопоставеността в здравеопазването беше отделено по-сериозно внимание и място в политиката на равнище ЕС, като същевременно редица политики на ЕС оказват положително въздействие. Трудно е обаче това да бъде измерено в количествено отношение, а и няма сериозно интегриране на проблематиката за неравнопоставеността в здравеопазването във всички подходящи политики на ЕС.

### **3. Цели**

Действията на ЕС относно неравнопоставеността в здравеопазването целят да подкрепят и допълват действията на държавите-членки и другите заинтересовани страни и да следят за това политиките и дейностите на ЕС да предоставят високо равнище на закрила на здравето, както е определено в Договора. Доколкото това е възможно, предоставяната от политиките на ЕС закрила на здравето следва да обхване всички граждани, независимо къде живеят и независимо от социалния им произход. При постигането на тези цели действията на ЕС могат да допринесат за намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС.

#### **3.1. Общи цели**

Общата цел на тази инициатива е да подкрепя и допълва усилията на държавите-членки и заинтересованите страни, и да използва потенциала на политиките на ЕС за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването.

#### **3.2. Специфични цели**

Специфичните цели са следните:

Повишаване на осведомеността, насърчаване на предоставянето на информация, обмена на най-добри практики и координирането на политики, както и настойчиви усилия за разглеждане на неравнопоставеността в здравеопазването като приоритет в политиките, както на равнище Общност, така и на равнище държави-членки, а и от страна на други заинтересовани страни.

Подобряване на процеса на предоставяне на данни и на механизмите за измерване, мониторинг и докладване по въпросите на неравнопоставеността в здравеопазването из целия ЕС и подобряване на резерва от познания относно причините за неравнопоставеността в здравеопазването и на базата данни, позволяващи предприемането на действия.

Засилване на приноса на съответните политики на ЕС за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването, включително оказване на повече подкрепа за усилията на държавите-членки и заинтересованите страни, насочени към отстраняване на неравнопоставеността в здравеопазването, и отделяне на специално внимание на уязвимите групи и на трети страни.

#### 4. АНАЛИЗ НА СУБСИДИАРНОСТТА: ОПРАВДАНО ЛИ Е ДЕЙСТВИЕ НА РАВНИЩЕ ЕС?

Макар и основната отговорност за отстраняването на неравнопоставеността в здравеопазването да принадлежи на държавите-членки, проблемът е важен за политиките на ЕС поради редица причини.

На първо място, разпространението и устойчивото присъствие на неравнопоставеността в здравеопазването сочат разминаване между сегашната ситуация и някои от основополагащите цели на ЕС като засилването на икономическото и социалното сближаване, осигуряването на равни възможности, способстване за намаляване на неравенството и насърчаването на равенството между жените и мъжете и на солидарността между държавите-членки (член 2 от Договора за ЕС и член 2 от Договора за ЕО).

Второ, високи нива на недобро здравословно състояние в сегменти от населението на ЕС предполагат съществени потенциални разходи за Съюза и представляват икономическо основание за насърчаването на действия по тази проблематика. В контекста на застаряването на населението е важно хората да са в добро здравословно състояние, за да се позволи удължаване на времетраенето на професионалната активност и да се стимулира производителността, конкурентоспособността и равнищата на трудова заетост. Предотвратимите здравни проблеми водят също и до големи разходи за системите на здравеопазване и оказват ненужен натиск върху публичния бюджет. Намаляването на ненужните загуби, които се дължат на здравни проблеми и преждевременна смърт, може да допринесе за постигането на целите от Лисабон и за разгръщането на пълния потенциал за просперитет на Европа.

Правно основание за предприемането на действия съществува по силата на няколко члена от Договора за ЕО, включително: членове 12 и 13 (за антидискриминацията), член 125 (насърчаване на трудовата заетост и развитието на квалифицирана, обучена и адаптивна работна сила), членове 136 и 137 (подобряване на условията на живот и труд, осигуряване на социална закрила и борба срещу социалната изолация), член 152 (осигуряване на високо равнище на закрила на човешкото здраве чрез всички политики на Общността), членове 158 и 159 (засилване на икономическото и социалното сближаване). Тези членове представляват основанието Общността да подкрепя и допълва действията на държавите-членки.

Необходимостта от действия на ЕС може да се обоснове със: 1) нуждата от събирането на данни и от мониторинг, които обхващат целия ЕС, тъй като ЕС е в състояние, в по-голяма степен от отделните държави-членки, да осигури надеждни и сравними данни, и 2) политиката на сближаване, чрез която ЕС предоставя финансова подкрепа на държавите-членки, особено на по-бедните региони, която може бъде инвестирана в такива основни детерминанти за неравнопоставеност в здравеопазването като условията на живот, услугите в сферата на обучението и заетостта, и здравеопазването (просвета, превенция и лечение). ЕС може да привнесе добавена стойност чрез повишаването на осведомеността и обръщането на сериозно внимание на неравнопоставеността в здравеопазването, подобряването на механизмите за мониторинг, засиленото натрупване на изследователски данни и знания, осигуряването на видимост за действията в тази област, като подобрява обмена на опит, добри

практики и изграждането на капацитет, и подобрява свързаността между политиките на ЕС. Тези действия бяха посочени в отговорите по време на консултацията и в други проучвания.

## **5. ВАРИАНТИ НА ПОЛИТИКИ**

За постигането на целите са анализирани три варианта. Вариант I се отнася до продължаването на сегашните дейности („запазване на статуквото“). Вариант II „подобряване на статуквото“ почива на досегашната работа, която в краткосрочен план може да продължи без допълнителни или значителни изменения в съществуващите инструменти на Общността и да бъде формулирана под формата на съобщение. Вариант III „дълбока промяна“ изисква по-дълъг период от време, включва промяна в съществуващите инструменти на ЕС и препоръка на Съвета. Вариантите са кумулативни (вариант III почива на вариант II, който пък почива на вариант I, вж. таблицата).

### **5.1. Вариант I: запазване на статуквото**

При вариант I работата в посока на намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването продължава в обхвата на ОМК и здравната стратегия. Равенството в здравеопазването е водещ принцип в здравната стратегия, а намаляването на неравенството в достъпа до здравеопазване и в здравните резултати са обща цел в обхвата на социалния ОМК. Чрез обмен на опит ЕС подпомага държавите-членки да заложат тази цел в националните стратегии. Механизмите включват доклади относно националните стратегии и Съвместен доклад относно социалната закрила и социалното приобщаване, партньорски проверки и заседания на комитета за социална закрила, както и на експертната група на ЕС за социалните детерминанти на здравето и неравнопоставеността в здравеопазването и на работната група на Съвета „Обществено здравеопазване“ на равнище високопоставени служители. Финансовите средства са осигурени от програмата „Прогрес“ и Програмата за обществено здравеопазване (2008—2013 г.). Също така и Кохезионният фонд, Общата селскостопанска политика и фондовете за развитие на земеделието и селските райони подкрепят някои дейности, насочени към основните детерминанти на здравето. Ще продължат и други действия на ЕС, макар и без да наблягат на неравнопоставеността в здравеопазването.

### **5.2. Вариант II: Подобряване на статуквото**

При вариант II Комисията приема съобщение, с което се повишава осведомеността относно неравнопоставеността в здравеопазването и се набляга на размаха ѝ в икономически, политически и етичен аспект. Вариант II затвърждава намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването като приоритет на политиките, активизира диалога със заинтересованите страни и се стреми към по-доброто използване на наличната информация, механизмите за обмен и наличното финансиране. Вариант II подкрепя действия за натрупването на знания, позволяващи ефективни действия, и се стреми към подобряване на системата за измерване на неравнопоставеността в здравеопазването между държавите-членки, регионите и социалните групи в ЕС. С него се насърчава предприемане на първоначално обмисляне на възможностите за действие на различните политики в това отношение (както бе предложено от някои национални власти при консултацията). Предвиждат се редица конкретни действия, имащи за цел

да активизират дейностите, без да се изисква значително разработване на нови политики. Отговорността за разработването на конкретни политики продължава да принадлежи на държавите-членки.

### **5.3. Вариант III: дълбока промяна**

При вариант III Комисията предлага следните допълнителни действия: препоръка на Съвета относно неравнопоставеността в здравеопазването; конкретни цели за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването на територията на целия ЕС; междуинституционален консултативен комитет на високо равнище; преразглеждане на редица политики с цел намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването да бъде включено като изричен приоритет, като за периода след 2013 г. бъдат съответно пренасочени или допълнително предоставени финансови ресурси; преразглеждане на общностните мерки, които способстват за осигуряването на достъп до основни здравни нужди (здравеопазване, подслон, храна, вода, образование); а също така по-мощна международна инициатива, насочена към отстраняване на неравнопоставеността в здравеопазването.

## **6. АНАЛИЗ НА ВЪЗДЕЙСТВИЕТО**

Това е незаконодателна инициатива, която се стреми да даде тласък на действията по подкрепа и допълване на усилията за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването от страна на държавите-членки и на другите заинтересовани страни. Действията, предложени при варианти I, II и III, предполагат: 1) увеличаване на усилията за подобряване на координацията и дискусиите по тези въпроси на равнище ЕС и 2) увеличаване на усилията за повишаване на осведомеността сред държавите-членки и другите заинтересовани страни относно значението да се отдели внимание на здравната и социалната проблематика в условията на сегашната икономическа криза. Основният показател за въздействието на предложенията е степента, в която дейностите оказват съдействие на държавите-членки и другите заинтересовани страни при намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването.

### **6.1. Социално въздействие**

Очаква се действията и при трите варианта да имат положително социално въздействие и никое да няма отрицателно социално въздействие. Вероятно положителното социално въздействие на варианти II и III ще бъде по-голямо в сравнение с вариант I.

Важен е фактът, че сегашната икономическа криза може да увеличи неравнопоставеността в здравеопазването чрез влошаване на някои детерминанти на здравето. Чрез дейностите за повишаване на осведомеността, застъпени в по-голяма степен при варианти II и III, тези варианти могат да спомогнат за това държавите-членки да не пренебрегват тази област на политиката, когато определят своите приоритети, като така се избегнат бъдещи негативни икономически и социални последици.

### **6.2. Икономическо въздействие**

Възможно е косвената цена в икономическо измерение на сериозната

неравнопоставеност в здравеопазването да бъде значителна. Размерът ѝ не може да бъде точно изчислен. Според едно изследване потенциалната икономическа печалба от подобряването на здравословното състояние на цялото население до достигане на нивото на хората с висше образование е между 1,2% и 9% от БВП.

Трудно е да бъдат определени разходите за действия, насочени към подобряване на предоставянето и сравнимостта на данните, по-специално по социално-икономически статус.

Като цяло напредъкът по отношение на здравните детерминанти и на неравнопоставеността в здравеопазването ще има вероятно положително икономическо въздействие. В дългосрочен план спечеленото по отношение на здравето и намаляването на загубата на години от живот в добро здраве може да доведе до неутрален ефект или до печалба в икономическо отношение като цяло.

## **7. ОЦЕНКА НА ВАРИАНТИТЕ**

И трите варианта биха спомогнали за постигането на общите цели, като вероятно вариант III ще окаже най-голямо въздействие. Вариант III обаче предполага допълнителни разходи, а за неговото изпълнение съществуват и някои пречки. Предвид осъществимостта (по-специално способността за действие във връзка със сегашната криза) и съответните разходи, предпочитаният вариант е вариант II. Вариант II може да се разглежда като трамплин за по-нататъшна работа в областта на неравнопоставеността в здравеопазването на равнище ЕС и спазва изцяло принципа на субсидиарност.

## **8. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА**

Оценените действия включват предложенията за подобряването на информацията, мониторинга и докладването за напредъка в областта на неравнопоставеността в здравеопазването и нейните детерминанти, които могат да бъдат използвани за извършване на мониторинг и оценка. Комисията ще използва и експертно мнение за редовни анализи на промените в политиката на ЕС от страна на Европейската обсерватория за социалното положение и Европейската обсерватория по въпросите на системите и политиките на здравеопазване. Допълнителен механизъм за мониторинг е докладът на Комисията през 2012 г., посветен на изпълнението на тази инициатива и предизвикания от нея напредък в борбата с неравнопоставеността в здравеопазването, както и предвидените други доклади.



<b>Вариант I:</b> — запазване на статуквото	<b>Вариант II:</b> — подобряване на статуквото	<b>Вариант III:</b> — дълбока промяна
--	---	--

--	--	--