



COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, xxx  
SEC(2009) yyy final

**DOCUMENTO DE TRABALHO DOS SERVIÇOS DA COMISSÃO**

**RESUMO DA AVALIAÇÃO DE IMPACTO**

**que acompanha a**

**COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO  
CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ  
DAS REGIÕES**

**Solidariedade na Saúde: Reduzir as Desigualdades no domínio da Saúde na UE**

## 1. INTRODUÇÃO

O presente documento resume a avaliação de impacto sobre as opções políticas relativas à iniciativa da UE «Solidariedade na Saúde: Reduzir as Desigualdades no domínio da Saúde na UE». A Comissão identificou a necessidade de agir na estratégia definida pela UE para a saúde<sup>1</sup> e anunciou o lançamento de uma iniciativa comunitária sobre as desigualdades na saúde no âmbito da Agenda Social Renovada de 2008<sup>2</sup>. O presente documento integra as observações do Comité de Avaliações de Impacto sobre os objectivos prosseguidos, a utilização dos termos «desigualdades» e «iniquidades», a proporcionalidade, a subsidiariedade e os custos. O relatório vincula apenas os serviços da Comissão que participaram na sua elaboração e não prejudica a decisão final da Comissão.

Embora a principal responsabilidade pela redução das desigualdades na saúde pertença aos Estados-Membros, as políticas da UE podem ter um impacto indirecto na saúde e ajudar a eliminar os obstáculos que impedem a adopção de iniciativas nesta matéria. O relatório avalia a acção desenvolvida pela UE, no pleno respeito pelo princípio da subsidiariedade, tanto no sentido de apoiar e complementar os esforços dos Estados-Membros e das partes interessadas, como de integrar a questão das desigualdades na saúde nas diferentes políticas comunitárias.

A acção da UE deve apoiar a melhoria da saúde de toda a população, mas atribuir uma atenção especial à redução das desigualdades evitáveis e injustas na saúde entre grupos sociais e regiões da UE, ou seja, adoptar uma abordagem que permita «nivelar por cima» essas diferenças (*levelling-up' approach*).

Nesse sentido, foram já tomadas diversas medidas importantes a nível da UE e a nível nacional. No entanto, o impacto das iniciativas actuais tem sido limitado devido ao fraco nível de sensibilização e prioridade atribuído a esta questão, à falta de envolvimento das partes interessadas, às lacunas existentes em matéria de informação e conhecimento, a um intercâmbio insuficiente de boas práticas e à dificuldade de definir uma abordagem política intersectorial. O presente documento considera, por conseguinte, algumas medidas que visam superar essas dificuldades.

## 2. DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Actualmente, a esperança de vida à nascença pode variar até 8 anos entre os diferentes Estados-Membros no caso das mulheres, e 14 anos, no caso dos homens. Existem igualmente fortes disparidades nos níveis de mortalidade, incapacidade e doença entre Estados-Membros e regiões da UE. Em alguns países, as diferenças na saúde, em relação à média da UE e aos países com melhores resultados, agravaram-se nas últimas duas décadas.

Em todos os Estados-Membros existem também grandes diferenças em matéria de saúde entre grupos sociais, em função do seu rendimento, da actividade profissional e nível de

---

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

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

habilitações ou do grupo étnico<sup>3</sup>. As pessoas com menos habilitações, menor rendimento e uma actividade menos qualificada têm vidas mais curtas e vivem mais tempo em situação de saúde precária. As diferenças na esperança de vida à nascença entre grupos socioeconómicos variam entre 4-10 anos, para os homens, e 2-6 anos, para as mulheres. Este fenómeno confirma-se pelas numerosas medidas de saúde física e mental. Em alguns países este fosso acentuou-se nas últimas décadas.

As desigualdades na saúde estão relacionadas com desigualdades existentes a nível de certos factores sociais como as condições de vida (habitação, ambiente), os comportamentos de saúde (regime alimentar, tabagismo, exercício físico), tipo de emprego e condições de trabalho, educação e acesso à protecção social (incluindo a cuidados de saúde de qualidade). Uma parte significativa das desigualdades na saúde pode ser evitada e depende de políticas que podem ser influenciadas pelas políticas comunitárias.

É difícil realizar uma acção eficaz para combater essas desigualdades devido a deficiências identificadas em três áreas. Trata-se de áreas em que a UE pode apoiar e complementar as acções dos Estados-Membros, a saber:

- fraco nível de sensibilização, prioridade e empenhamento político por parte dos Estados-Membros e das outras partes interessadas;
- ausência de dados comparáveis e sistemáticos, de mecanismos de controlo e notificação, e de conhecimentos sobre os factores que afectam a saúde e políticas eficazes a aplicar; e
- falta de concertação na UE sobre a estratégia a adoptar no domínio das desigualdades na saúde (falta da integração desta questão nas políticas comunitárias).

Os Estados-Membros já iniciaram a implementação de algumas medidas, mas não existem estratégias globais. Mais de metade dos Estados-Membros não atribui prioridade política à redução das desigualdades no domínio da saúde. Além disso, as políticas aplicadas carecem de uma avaliação e divulgação adequadas.

Embora existam dados comprovados sobre esta questão, é necessária mais informação sobre o efeito (causalidade) e a importância de alguns factores da saúde, para que os Estados-Membros possam exercer uma acção eficaz junto de grupos de população específicos e relativamente a determinados factores. São também necessários dados comparáveis e regulares a nível da UE, e repartidos por grupos socioeconómicos, sobre os resultados alcançados no domínio da saúde e seus factores.

A ausência de dados e de conhecimentos científicos sobre a UE representa um obstáculo para o desenvolvimento das políticas. A existência e partilha de dados mais adequados e uma informação que justifique uma tomada de acção neste domínio podem significar o empenhamento, hoje inexistente, de muitas partes interessadas.

A nível da UE, a questão das desigualdades no domínio da saúde recebeu máxima prioridade e algumas das medidas adoptadas estão a ter um impacto positivo. Todavia, é difícil

---

<sup>3</sup> *Health Status & Living Conditions*. Relatório de Controlo do Observatório Europeu da Situação Social, Comissão Europeia, 2008.

quantificar esse impacto e não se verificou uma integração significativa desta questão em todas as políticas comunitárias pertinentes.

### **3. OBJECTIVOS**

A acção da UE no domínio das desigualdades na saúde visa, por um lado, apoiar e complementar as acções dos Estados-Membros e das outras partes interessadas e, por outro, garantir que as políticas e actividades da UE contribuem para um elevado nível de protecção sanitária, como previsto no Tratado. As políticas da UE devem, tanto quanto possível, assegurar a protecção da saúde de todos os cidadãos, independentemente do local onde vivem ou da sua origem social. Através da concretização destes objectivos, a acção da UE pode ajudar a reduzir as desigualdades que existem no domínio da saúde na União.

#### **3.1. Objectivos gerais**

O objectivo geral desta iniciativa é apoiar e complementar os esforços dos Estados-Membros e das partes interessadas e orientar as políticas da UE para a redução das desigualdades no domínio da saúde.

#### **3.2. Objectivos específicos**

Esta iniciativa tem como objectivos específicos:

- promover uma maior sensibilização, informação, troca de boas práticas e coordenação das políticas, bem como a integração da questão da redução das desigualdades na saúde, enquanto prioridade política, tanto a nível da Comunidade, como dos Estados-Membros e outras partes interessadas;
- garantir uma maior disponibilidade de dados e a adequação dos mecanismos de aferição, controlo e notificação sobre as desigualdades no domínio da saúde na UE, aprofundar o conhecimento acerca das causas dessas desigualdades e consolidar a base de informação necessária para uma tomada de acção;
- reforçar o contributo dado pelas políticas nacionais relevantes para a redução das desigualdades na saúde, nomeadamente apoiando os esforços dos Estados-Membros e das partes interessadas nesta matéria e concedendo uma atenção especial aos grupos mais vulneráveis e aos países terceiros.

### **4. ANÁLISE DA SUBSIDIARIEDADE: JUSTIFICAÇÃO DA ACÇÃO DA UE**

Embora a responsabilidade principal pela redução das desigualdades na saúde pertença aos Estados-Membros, esta questão assume um interesse político para a UE por diversas razões.

Em primeiro lugar, a extensão e a persistência das desigualdades no domínio da saúde sugerem uma discrepância entre a situação existente e alguns dos objectivos fundamentais da UE, como a coesão económica e social, a igualdade de oportunidades, a promoção da redução das desigualdades, a igualdade entre homens e mulheres e a solidariedade entre os Estados-Membros (artigo 2.º do Tratado da UE e artigo 2.º do Tratado CE).

Em segundo lugar, os elevados níveis de saúde precária, em certos segmentos da população da UE, implicam custos de oportunidade elevados para a União e justificam do ponto de vista económico uma intervenção para melhorar a saúde. É essencial manter níveis elevados de saúde da população no actual contexto de envelhecimento da população, para permitir uma maior duração dos períodos de vida activa, uma maior produtividade e competitividade, e melhores níveis de emprego. Além disso, os problemas de saúde evitáveis representam elevados custos para os sistemas de saúde e uma pressão desnecessária sobre os orçamentos públicos. A redução de perdas desnecessárias geradas pelas situações de doença e de morte prematura pode contribuir para a realização dos objectivos de Lisboa e ajudar a Europa a explorar plenamente o seu potencial de prosperidade.

A base jurídica desta acção inclui diversos artigos do Tratado CE: 12.º e 13.º (luta contra a discriminação), 125.º (promoção do emprego e de uma mão-de-obra qualificada, treinada e adaptável), 136.º e 137.º (melhoria das condições de vida e de trabalho, protecção social e luta contra a exclusão), 152.º (assegurar um elevado nível de protecção social em todas as políticas comunitárias), 158.º e 159.º (reforçar a coesão económica e social). Estes artigos constituem a base que permite à Comunidade apoiar e complementar as acções dos Estados-Membros.

A necessidade de uma acção da UE encontra-se fundamentada: i) pela necessidade de garantir uma recolha de dados e mecanismos de controlo a nível da UE, uma vez que a UE pode mais facilmente do que os Estados-Membros assegurar a recolha de dados fiáveis e comparáveis; ii) pela política de coesão, que permite a concessão de apoio financeiro da UE aos Estados-Membros, nomeadamente às regiões menos ricas, o qual pode ser investido em factores-chave das desigualdades na saúde, como as condições de vida, a formação e os serviços de emprego, e os cuidados de saúde (promoção, prevenção e tratamento). Além disso, a UE pode produzir um valor acrescentado, ao permitir uma maior sensibilização e reconhecimento da importância das desigualdades na saúde, ao melhorar os mecanismos de controlo, a investigação e a partilha de conhecimentos, e uma maior visibilidade das acções relevantes (melhorando o intercâmbio de experiências e boas práticas e reforçando as capacidades), e ao reforçar a coordenação das políticas da UE. Estes aspectos foram referidos nas respostas ao processo de consulta e noutros estudos.

## **5. OPÇÕES ESTRATÉGICAS**

Foram consideradas três opções para a realização dos objectivos prosseguidos. De acordo com a opção 1, seria dada continuidade às actividades actuais (manutenção do *status quo*). A opção 2 (*status quo* melhorado) consistiria no desenvolvimento do trabalho actual que fosse susceptível de ser melhorado num curto período de tempo, sem introduzir alterações aprofundadas ou fundamentais nos instrumentos comunitários existentes, e teria como base uma comunicação. A opção 3 (medidas radicais) exigiria a adopção de um quadro a mais longo prazo e implicaria a modificação dos instrumentos comunitários actuais e a adopção de uma recomendação do Conselho. Estas opções são cumulativas (a opção 3 baseia-se na opção 2 que, por sua vez, se baseia na opção 1 – ver quadro).

### **5.1. Opção 1: Manutenção do *status quo***

Na opção 1, as iniciativas adoptadas no sentido de reduzir as desigualdades na saúde continuariam a ser desenvolvidas no âmbito do MAC Social e da Estratégia da UE para a

Saúde. Se a equidade na saúde constitui um princípio orientador da estratégia definida no domínio da saúde, a redução das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde e nos resultados da saúde representa um objectivo comum no quadro do MAC social. Através do intercâmbio de experiências, a UE pode ajudar os Estados-Membros a converter esse objectivo em estratégias nacionais. Os mecanismos e instrumentos previstos incluem a apresentação de relatórios sobre as estratégias nacionais e de um relatório conjunto sobre a protecção social e inclusão social, a avaliação pelos pares e reuniões do Comité da Protecção Social, do Grupo de Peritos da UE sobre Determinantes Sociais e Desigualdades em matéria de Saúde e do Grupo de Alto Nível do Conselho para a Saúde Pública. O apoio financeiro seria assegurado através da iniciativa PROGRESS e do Programa da UE para a Saúde (2008-2013). A política de coesão, a Política Agrícola Comum e o Fundo Europeu Agrícola para o Desenvolvimento Rural continuariam a apoiar certas actividades relacionadas com factores-chave da saúde. Dar-se-ia continuidade a outras acções da UE, embora sem incidência directa na questão das desigualdades na saúde.

### **5.2. Opção 2: *Status quo* melhorado**

De acordo com a opção 2, a Comissão adoptaria uma comunicação, com vista a promover uma maior sensibilização para as desigualdades no domínio da saúde e a realçar a sua importância económica, política e ética. Esta opção confirmaria o reconhecimento da questão da redução das desigualdades na saúde enquanto prioridade política, reforçaria o diálogo com as partes interessadas e asseguraria uma utilização mais adequada tanto dos mecanismos de informação e de intercâmbio, como dos apoios financeiros existentes. Daria apoio a iniciativas susceptíveis de promover o conhecimento necessário a uma acção eficaz e procuraria melhorar o sistema de aferição das desigualdades na saúde entre Estados-Membros, regiões da UE e grupos sociais. Propõe uma primeira reflexão, a nível de cada domínio político relevante, sobre as possíveis tomadas de acção nesta matéria (como proposto por algumas autoridades nacionais no âmbito da consulta). Anuncia ainda um conjunto de acções específicas para reforçar as actividades realizadas, sem exigir alterações significativas nas políticas actuais. A responsabilidade pelo desenvolvimento das políticas concretas continua a pertencer aos Estados-Membros.

### **5.3. Opção 3: Medidas radicais**

Na opção 3, a Comissão propõe, além das medidas anteriores: a adopção de uma recomendação do Conselho sobre as desigualdades na saúde; a definição de metas para reduzir essas desigualdades no conjunto da UE; a criação de um comité consultivo interinstitucional de alto nível; a revisão de um certo número de políticas tendo em vista a integração da questão da redução das desigualdades na saúde enquanto prioridade explícita e uma reafectação ou um aumento em conformidade dos recursos previstos para o período posterior a 2013; a revisão das medidas comunitárias que contribuem para a satisfação das necessidades básicas de saúde (cuidados de saúde, habitação, alimentação, água e educação); e uma acção mais abrangente a nível internacional que permita combater as desigualdades existentes no domínio da saúde em todo o mundo.

## **6. ANÁLISE DE IMPACTO**

Esta é uma iniciativa não legislativa, que tem como objectivo reforçar as acções desenvolvidas pelos Estados-Membros e outras partes interessadas no sentido de reduzir as

desigualdades na saúde, bem como apoiar e complementar esses esforços. As acções propostas nas opções 1, 2 e 3 implicam: i) redobrar esforços para garantir uma maior coordenação e uma abordagem mais fácil desta questão a nível da UE e ii) promover uma maior sensibilização dos Estados-Membros e das outras partes interessadas para a importância de considerarem a questão da saúde e as questões sociais, sobretudo no actual contexto de crise económica. Para determinar o impacto das propostas foi considerado, como elemento principal, o nível do contributo efectivamente dado por cada medida à acção desenvolvida pelos Estados-Membros e outras partes interessadas para reduzir as desigualdades na saúde.

### **6.1. Impacto social**

Em princípio, as acções previstas no âmbito das três opções teriam efeitos sociais positivos e nenhuma teria um impacto social negativo. Em comparação com a opção 1, é provável que as opções 2 e 3 tenham maiores efeitos sociais positivos.

Uma questão importante é o facto de a actual crise económica poder agravar as desigualdades na saúde, através da deterioração de algumas determinantes da saúde. Ao promoverem uma maior sensibilização, as opções 2 e 3 poderão contribuir para que, no momento de estabelecer as suas prioridades, os Estados-Membros não negligenciem esta área de intervenção e dessa forma evitem possíveis repercussões sociais e económicas negativas no futuro.

### **6.2. Impacto económico**

Os custos económicos indirectos da existência de grandes disparidades na saúde podem atingir níveis significativos. Não é possível estimar esses custos com precisão. No entanto, segundo um estudo, a aproximação do nível de saúde de toda a população do nível de saúde das pessoas com habilitações superiores poderia trazer um benefício económico potencial de 1,2%-9% do PIB.

É difícil determinar os custos das acções para melhorar a disponibilidade e a comparabilidade dos dados, em particular quando repartidos por estatuto socioeconómico.

De um modo geral, os progressos alcançados em matéria de determinantes da saúde e desigualdades na saúde deverão ter um impacto económico positivo. A longo prazo, a melhoria dos níveis de saúde e uma menor perda de anos de vida saudável poderão compensar os custos registados ou gerar mesmo um benefício económico global.

## **7. AVALIAÇÃO DAS OPÇÕES**

Embora as três opções pudessem contribuir para a realização dos objectivos gerais prosseguidos, a opção 3 teria provavelmente maior impacto. Todavia, a opção 3 envolveria custos adicionais e deparar-se-ia com alguns obstáculos a nível da sua implementação. Em termos da sua viabilidade (nomeadamente a capacidade para agir face à crise actual) e dos custos, a opção 2 é a opção considerada mais adequada. Esta opção pode ser considerada uma base para o trabalho posterior da UE no domínio das desigualdades na saúde e respeita plenamente o princípio da subsidiariedade.

## **8. CONTROLO E AVALIAÇÃO**

As acções avaliadas incluem propostas para melhorar os mecanismos de informação, de controlo e de notificação sobre os progressos alcançados em matéria de redução das desigualdades na saúde e seus factores, que podem ser utilizados para efeitos de controlo e avaliação. A Comissão basear-se-á, igualmente, no trabalho dos peritos do Observatório Europeu da Situação Social e do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, para analisar regularmente a evolução das políticas da UE. Está previsto um mecanismo adicional de controlo: em 2012, a Comissão publicará um relatório sobre a aplicação desta iniciativa e os progressos que tenha permitido alcançar em matéria de redução das desigualdades na saúde, sendo provável a apresentação posterior de outros relatórios.

<b>Opção 1:</b> –Manutenção do <i>status quo</i>	<b>Opção 2:</b> – <i>Status quo</i> melhorado	<b>Opção 3:</b> – Medidas radicais
---	--	---------------------------------------

--	--	--

**PT**

**PT**