

Opinia Komitetu Regionów – Nierówności zdrowotne w Unii Europejskiej

(2014/C 126/07)

I. ZALECENIA POLITYCZNE

KOMITET REGIONÓW

Wprowadzenie

1. Z zadowoleniem przyjmuje sprawozdanie⁽¹⁾ zawierające aktualne informacje o postępach z zakresu wdrażania komunikatu z 2009 r.⁽²⁾ W komunikacie tym przedstawiono program działań na rzecz zmniejszenia nierówności zdrowotnych. Uznaje kompleksowy i okresowy charakter sprawozdania, uważa jednak, że warto byłoby podkreślić stopień powodzenia poszczególnych działań i nadać priorytet tym działaniom, które należy kontynuować i ukończyć.
2. Uważa, że zdrowie i dobrostan jednostek i społeczeństwa są ich najważniejszym zasobem. Jest zdania, że niezależnie od art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej zakres nierówności zdrowotnych między państwami członkowskimi oraz w obrębie tych państw jest przeszkodą dla realizacji zobowiązań UE w zakresie solidarności, spójności społecznej, gospodarczej i terytorialnej, praw człowieka oraz równości szans.
3. Zauważa, że wyznaczniki statusu zdrowotnego obejmują bardzo szeroki zakres czynników osobistych, społecznych, gospodarczych i środowiskowych, natomiast wzajemne powiązania między tymi czynnikami wyznaczają poziom zdrowia jednostek i społeczeństwa. Nierówności zdrowotne w dużej mierze wynikają z niekorzystnej sytuacji społeczno-gospodarczej, natomiast na zdrowie i dobrostan dodatkowo wpływają bezpośrednio decyzje polityczne podejmowane przez władze na wszystkich szczeblach, osobiste wybory poszczególnych osób dotyczące sposobu życia i uczestnictwa w społeczności, a także czynniki biologiczne i geograficzne.
4. Podkreśla, że z uwagi na różnorodność tych czynników nie ma możliwości zmniejszenia nierówności zdrowotnych wyłącznie poprzez działania w sektorze opieki zdrowotnej. Potrzebne jest zaangażowanie wszystkich stron, których działania obejmują promowanie zdrowia i dobrostanu poprzez zintegrowane i skoordynowane plany obejmujące wszystkie szczeble sprawowania rządów, podejście obejmujące uwzględnianie kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki oraz większe zaangażowanie społeczeństwa. Podkreśla, że warunkiem koniecznym stymulowania i wdrażania tych działań jest przywództwo polityczne i organizacyjne zaangażowane w strategiczne inicjatywy na rzecz zmniejszenia nierówności zdrowotnych.
5. Uznając różnorodność systemów opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej, podkreśla, że w świadczeniu publicznej opieki zdrowotnej, promowaniu zdrowia i zapobieganiu chorobom kluczową rolę odgrywają władze lokalne i regionalne. Podobnie prowadzenie polityki w takich obszarach jak zatrudnienie, mieszkalnictwo, transport, planowanie, środowisko i bezpieczeństwo publiczne to kolejna funkcja władz lokalnych i regionalnych, zapewniająca im pozycję najważniejszych podmiotów w zakresie promowania zdrowia publicznego i zmniejszania nierówności zdrowotnych. Uważa, że właśnie na szczeblu lokalnym i regionalnym często można tworzyć i wdrażać w bardziej ukierunkowany i skuteczny sposób międzysektorowe sposoby podejścia, które są kluczowe dla zmniejszenia nierówności zdrowotnych, oraz prezentować ich wyniki.
6. Jest zaniepokojony, że z uwagi na cięcia budżetowe w dziedzinie opieki zdrowotnej, które nakładają się na dobrze udokumentowane wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa, obecna sytuacja gospodarcza stwarza poważne ryzyko powstania jeszcze większych trudności w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Zmniejszenie nierówności zdrowotnych należy postrzegać jako konieczny krok w chwili, gdy wiele organów władz w państwach członkowskich podejmuje reformę systemów opieki zdrowotnej w celu poprawy skuteczności i zrównoważoności tych systemów.
7. Zauważa, że w sprawozdaniu stwierdzono po prostu, iż „pewne nierówności zdrowotne wynikają z istniejących różnic w jakości i skuteczności opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej”⁽³⁾. Uważa, że jednoczesna publikacja sprawozdania Michaela Marmota dotyczącego nierówności zdrowotnych w UE⁽⁴⁾ mogła nadać większą moc temu stwierdzeniu i prawdopodobnie pomogła ukierunkować wnioski zawarte w sprawozdaniu Komisji.

⁽¹⁾ Sprawozdanie w sprawie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej, SWD(2013) 328.

⁽²⁾ Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE, COM(2009) 567.

⁽³⁾ SWD(2013) 328, s. 20.

⁽⁴⁾ „Report on Health Inequalities in the EU” [Sprawozdanie w sprawie nierówności zdrowotnych w UE], M. Marmot i in. – Komisja Europejska (w druku).

Nierówności zdrowotne: fakty i dane liczbowe

8. Ubolewa, że w sprawozdaniu potwierdzono utrzymywanie się i niedopuszczalnie wysoki poziom nierówności zdrowotnych między państwami członkowskimi i w obrębie tych państw. W ostatnich latach zaobserwowano poprawę poziomu nierówności w odniesieniu do niewielkiej ilości wskaźników; w przypadku innych nie odnotowano żadnych zmian, a w odniesieniu do kilku wskaźników poziom nierówności uległ nawet pogorszeniu. Zwraca uwagę przede wszystkim na bardzo duże zróżnicowanie między państwami członkowskimi, jeśli chodzi o lata zdrowego życia (niemal 19 lat). Zatem, chociaż średnie dalsze trwanie życia wzrasta, ludzie będą żyli dłużej, zmagając się z przewlekłymi chorobami.

9. Z zadowoleniem przyjmuje fakt, że współczynniki umieralności zmalały, a średnie dalsze trwanie życia wydłużyło się. Niemniej jednak niekorzystne tendencje związane z otyłością, cukrzycą i brakiem aktywności fizycznej zagrażają utrzymaniu się takiego stanu rzeczy. O ile nie zostaną podjęte działania z myślą o rozwiązaniu problemu prognozowanego wzrostu zachorowalności na choroby przewlekłe, czeka nas pozbawiona zdrowia i kosztowna przyszłość.

10. W niektórych państwach członkowskich przeszkody utrudniające dostęp do świadczeń zdrowotnych (w tym koszt, odległość i czas oczekiwania) są bardzo duże, ponadto rodzaj i jakość otrzymanego leczenia często zależą od usług dostępnych w miejscu zamieszkania danej osoby. Zwraca uwagę na korzyści społeczne, jakie wynikają z zachęcania lekarzy i podmiotów oferujących świadczenia zdrowotne do podejmowania działalności w rejonach o mniej korzystnej sytuacji i na obszarach odizolowanych.

11. Biorąc pod uwagę występujący w dziedzinie statusu zdrowotnego gradient społeczny, sądzi, że rozwiązując problem nierówności zdrowotnych, należy przede wszystkim przyjąć koncepcję wyrównywania w górę, nie zaś statystycznego zrównywania, tak aby poprawiać zdrowie wszystkich grup ludności aż do osiągnięcia poziomu odczuwanego przez zdrowszą część społeczeństwa.

Postęp we wdrażaniu komunikatu „Solidarność w zdrowiu”

12. Z zadowoleniem przyjmuje wspólne działanie w zakresie nierówności zdrowotnych zaplanowane na lata 2011–2014, w które zaangażowanych jest 15 państw członkowskich. Popiera poszerzenie tej inicjatywy, przy jednoczesnym zwiększeniu zaangażowania oraz silniejszym ukierunkowaniem działań, zważywszy na potrzebę dalszego priorytetowego traktowania tej kwestii i korzystania z dotychczasowych sukcesów. Zachęca również do wzięcia pod uwagę bardziej elastycznych mechanizmów współfinansowania zaangażowania we wspólne działanie.

13. Zachęca, aby na odpowiednich szczeblach sprawowania rządów wprowadzano i wdrażano nadrzędne strategie międzysektorowe oraz przeznaczano na nie odpowiednie zasoby, ponieważ zmniejszanie nierówności zdrowotnych będzie z konieczności wymagało zobowiązań ze strony wielu ministerstw i szczebli sprawowania rządów, które często rywalizują o zasoby, przy czym ich punkt widzenia często bywa rozbieżny. Krajowe strategie mogą służyć za podstawę opracowywania strategii na szczeblu lokalnym i regionalnym, i vice versa.

Pogłębianie wiedzy oraz ulepszanie danych

14. Popiera bieżące programy w zakresie rozpowszechniania wiedzy zdobytej w ramach udanych projektów z myślą o likwidowaniu przepaści między badaniami, polityką i praktyką oraz zachęcaniu do inicjowania podobnych projektów. Biorąc jednak pod uwagę nadmiar informacji, z jakim borykają się decydenci polityczni i lekarze, opowiada się za tym, by zwrócono szczególną uwagę na prezentowanie danych w przystępny i zwięzły sposób. Apeluje w szczególności o bardziej treściwy przekaz poparty przykładami skutecznych przedsięwzięć. Ponadto zaleca stworzenie i promowanie nadrzędnego portalu dostępu do informacji.

15. Z zadowoleniem przyjmuje ważne inicjatywy współpracy między Komisją Europejską a agencjami międzynarodowymi i zainteresowanymi stronami z sektora publicznego i zaleca możliwie intensywne partnerstwo z europejskim oddziałem WHO w zakresie koordynowania strategii politycznych, dzielenia się zasobami i promowania inicjatyw, takich jak Zdrowe miasta (Healthy Cities), Sieć Regionów dla Zdrowia (Regions for Health Network) Światowej Organizacji Zdrowia i globalna sieć miast i społeczności przyjaznych osobom starszym (Age-Friendly Cities and Communities). Popiera również pogłębienie współpracy poprzez programy prac właściwych agencji UE.

16. Ponieważ bez niezbędnych danych niezwykle trudno jest ocenić postęp, wzywa wszystkie władze do dalszego działania na rzecz opracowania podstawowych europejskich wskaźników zdrowotnych (ECHI) w ścisłym porozumieniu z przedstawicielami szczebla lokalnego i regionalnego. Na tyle, na ile jest to możliwe, powinno to ułatwić podejmowanie na szczeblu niższym niż krajowy starań na rzecz rozwiązania problemu nierówności zdrowotnych. Podkreśla, że z uwagi na różne wymagania dotyczące sprawozdawczości krajowej i międzynarodowej istnieje potrzeba unikania podwajania obciążeń administracyjnych w zakresie gromadzenia danych.

17. Z zadowoleniem przyjmuje program badań UE w zakresie nierówności zdrowotnych i proponuje, by wśród stosownych zagadnień badawczych w przyszłości znalazły się: skuteczność działań na rzecz zmniejszenia nierówności zdrowotnych; czynniki determinujące różnice w liczbie lat zdrowego życia; dogłębniejsza analiza badań podłużnych z myślą o lepszym zrozumieniu czynników wpływających na nierówności zdrowotne; wskaźniki zdrowia psychicznego oraz przyczyny zjawiska polegającego na tym, że niektóre regiony o względnie niskim PKB mają wysokie wskaźniki zdrowotne i na odwrót.

Budowanie zaangażowania społecznego

18. Przypomina, że osiągnięcie celów strategii „Europa 2020” ma zasadnicze znaczenie dla walki z nierównościami zdrowotnymi, i zwraca szczególną uwagę na zależność między zdrowymi społeczeństwami a produktywnymi, zrównoważonymi gospodarkami. Podobnie podkreśla, że cele wyznaczane na wysokim szczeblu należy przełożyć na namacalne, mierzalne osiągnięcia na szczeblu lokalnym i regionalnym.

19. Podkreśla, że ponowne integrowanie ludzi na rynku pracy i zapewnienie zdrowych miejsc pracy jest kluczowe dla zagwarantowania zdrowia populacji. Podkreśla, że zmniejszenie długoterminowego bezrobocia oraz bezrobocia osób młodych stanowi nadrzędny priorytet, będąc warunkiem koniecznym zwalczania nierówności zdrowotnych. Wyraża zaniepokojenie zarówno bieżącym, jak i długofalowym wpływem bezrobocia na zdrowie i zdrowie psychiczne osób, które mają poczucie wyłączenia z udziału w społeczeństwie.

20. Podkreśla potrzebę budowania silnych sieci wsparcia społecznego, gdyż wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i społeczności lokalnych wiąże się z lepszym zdrowiem, w tym zdrowiem psychicznym, w szczególności w odniesieniu do osób starszych, które odczuwają problemy związane z izolacją, mobilnością i komunikacją.

21. Z uwagi na to, że budżety przeznaczone na reklamy towarów i usług konsumenckich spychają na margines informacje na temat zdrowia i ponieważ poprawa zdrowia wymaga wkładu ogółu społeczeństwa, uważa za niezbędne zaangażowanie sektora prywatnego zarówno poprzez inicjatywy społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw, jak i środki ustawodawcze lub środki polityki fiskalnej, z myślą o pobudzaniu wyników społecznych bardziej sprzyjających zdrowiu, np. takich jak ograniczanie marnotrawstwa świeżej żywności, większa przejrzystość etykietowania i cen energii itd.

22. Popiera przedstawioną analizę sposobu, w jaki można wykorzystać środki polityki fiskalnej w celu zniechęcania do używania tytoniu i nadużywania alkoholu oraz do stosowania nadmiernej ilości tłuszczów nasyconych, cukru i soli w niektórych przetworzonych produktach spożywczych, tak aby lepiej odzwierciedlić ich koszty z punktu widzenia zdrowia publicznego i innych służb publicznych. Popiera też odpowiednie środki mające zachęcać do konsumpcji zdrowszej żywności oraz do prowadzenia zdrowszego trybu życia, aby sprzyjać zmianie zachowań.

23. Sądzi, że należy dążyć do tego, aby za pomocą ocen wpływu na zdrowie analizowane były skutki odpowiednich strategii władz publicznych dla zdrowia, tak by zagwarantować, że polityka publiczna będzie w ostatecznym rozrachunku prowadziła do poprawy zdrowia i dobrostanu ludności, a zarazem redukowała nierówności zdrowotne.

Zaspokajanie potrzeb grup szczególnie wrażliwych

24. Uważa, że najważniejsze jest zapewnienie dzieciom jak najlepszego startu, gdyż czas najbardziej skutecznych interwencji umożliwiających zmniejszenie nierówności i poprawę wyników zdrowotnych następuje jeszcze przed narodzinami oraz we wczesnym dzieciństwie. Zaleca, aby w programach na rzecz zmniejszenia nierówności szczególną uwagę poświęcać zdrowiu dzieci, i podkreśla znaczenie dostępności wysokiej jakości opieki nad dziećmi. Takie środki okazują się bardziej skuteczne niż interwencje podejmowane w późniejszym okresie życia.

25. Zwraca uwagę na dobre wyniki opartych na dowodach i racjonalnych pod względem kosztów programów pozytywnego rodzicielstwa⁽⁵⁾ służących uzbrojeniu rodziców w praktyczne strategie ułatwiające im kierowanie własnym zachowaniem oraz zachowaniem swoich dzieci. Zachęca do rozpropagowania takich programów, zwłaszcza wśród dzieci i rodziców znajdujących się w grupie ryzyka.

26. Uważa, że otyłość wśród dzieci stanowi obecnie jedno z największych wyzwań. Podział społeczno-ekonomiczny wyraźny jest już we wczesnym wieku, natomiast waga osiągnięta w dzieciństwie silnie oddziałuje na stan zdrowia w dorosłym życiu, napędza rozwój i pogarsza skutki chorób przewlekłych, co jest równie szkodliwe dla ekonomiki zdrowia, jak i dla zdrowia osobistego. Z niecierpliwością oczekuje proponowanego planu działania Komisji Europejskiej, w którym ma zostać poruszona ta kwestia.

27. Jako że Światowa Organizacja Zdrowia powiązała niemal 60 % obciążenia chorobami w Europie z siedmioma wiodącymi czynnikami ryzyka⁽⁶⁾, uważa, że zwalczanie tych czynników i podnoszenie oczekiwań w odniesieniu do zdrowia, zwłaszcza poprzez edukację, jest kluczowe dla zmniejszenia nierówności zdrowotnych. Opowiada się za wzmocnionym ukierunkowaniem działań na określone grupy poprzez wykorzystywanie technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) i mediów społecznościowych oraz odwoływanie się do autorytetów, tak aby informacje na temat zdrowia i zdrowego stylu życia prezentowane były w sposób przystępny i wiarygodny, gdyż długofalowe konsekwencje dla zdrowia nie zawsze są w społeczeństwie traktowane od razu priorytetowo.

⁽⁵⁾ Na przykład <http://www.triplep.net/glo-en/home>.

⁽⁶⁾ Nadcisnienie, używanie tytoniu, nadużywanie alkoholu, wysoki poziom cholesterolu, nadwaga, niewielka ilość spożywanych owoców i warzyw oraz niski stopień aktywności fizycznej, „Mortality and burden of disease attributable to selected major health risks – WHO Global Health Risks” [raport WHO „Umieralność i obciążenie chorobami przypisywane wybranym głównym zagrożeniom dla zdrowia” – Globalne zagrożenia dla zdrowia] (2009).

28. Wzywa Komisję do pobudzania wymiany doświadczeń w odniesieniu do edukacji zdrowotnej oraz promowania zdrowego stylu życia, a także do zapobiegania, wczesnego diagnozowania i leczenia w kontekście nadużywania alkoholu, palenia tytoniu, diety, otyłości i narkotyków. Ponadto wzywa władze w obrębie państw członkowskich, by promowały aktywność fizyczną, zdrowy styl życia i programy wspierające zdobywanie umiejętności niezbędnych w życiu (kompetencje zdrowotne, podstawowa wiedza z zakresu nauk ścisłych, umiejętność oceny informacji, umiejętność zarządzania budżetem), koncentrując się zwłaszcza na potrzebach młodzieży i grup szczególnie wrażliwych.

29. Ponieważ na osoby starsze może mieć wpływ współwystępowanie czynników, takich jak na przykład niższe dochody, przewlekłe stany chorobowe, problemy związane z izolacją i mobilnością, oraz z uwagi na fakt, że ludzie żyją dłużej, podkreśla znaczenie zrealizowania celów w ramach Europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu oraz popiera szeroko zakrojone wdrażanie planów działania tego partnerstwa. Ponadto pragnie promować Deklarację dublińską miast i regionów europejskich przyjaznych osobom starszym z 2013 r. ⁽⁷⁾

30. Podkreśla, że programy zdrowia publicznego zmniejszające nierówności zdrowotne mogą być racjonalne pod względem kosztów – jak na przykład badanie przesiewowe, wykrywanie i leczenie w przypadku grup objętych ryzykiem, w których dziedziczne stany chorobowe zwiększają prawdopodobieństwo rozwinięcia się pewnych chorób. Ze względów efektywności takim programom można nadać priorytet (np. poprawiając dostęp do badań przesiewowych pod kątem raka szyjki macicy dla kobiet, które wykazują niskie dochody).

31. Podkreśla potrzebę zajęcia się nierównościami zdrowotnymi za pośrednictwem organów i służb na szczeblu lokalnym oraz aktywnie działających organizacji rozwoju społeczności, które najlepiej są w stanie zrozumieć potrzeby grup szczególnie wrażliwych na szczeblu lokalnym oraz stymulować uczestnictwo w programach, które przyniesie możliwie największe korzyści.

Zwiększenie wkładu wnoszonego przez politykę UE

32. Chociaż za organizację i świadczenie opieki zdrowotnej odpowiadają władze w obrębie państw członkowskich, sprawozdanie i działania Komisji na rzecz wspierania i koordynacji wysiłków tych państw uznać można za zgodne z zasadami pomocniczości i proporcjonalności. Zdaje sobie sprawę, że różne unijne strategie polityczne i programy finansowania, w tym dotyczące spraw społecznych, badań i innowacji, edukacji, energii, rozwoju obszarów wiejskich i polityki regionalnej, mogą potencjalnie wpływać na zdrowie i jego wyznaczniki oraz przyczyniać się do zmniejszania nierówności zdrowotnych.

33. Z zadowoleniem przyjmuje zestaw celów tematycznych opracowanych przez Komisję jako środek służący ukierunkowaniu wydatków i pozytywnie ocenia fakt, że zmniejszanie nierówności zdrowotnych zostało uwzględnione w priorytetach inwestycyjnych Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Uważa, że objęcie kwestii związanych ze zdrowiem różnymi unijnymi programami i źródłami finansowania jest kolejnym bodźcem do tworzenia międzysektorowych strategii wysokiego szczebla. Pozytywnie ocenia związane z tym uwarunkowania ex ante w ramach rozporządzenia w sprawie wspólnych przepisów i uważa, że aby można było osiągnąć oczekiwane skutki, wszelkie strategiczne ramy polityki muszą być stosowane na odpowiednim poziomie operacyjnym.

34. Wyraża zaniepokojenie stwierdzonym brakiem zdolności systemów opieki zdrowotnej do przyspieszenia inwestycji z myślą o rozwiązaniu problemu nierówności zdrowotnych ⁽⁸⁾. Podkreśla potrzebę priorytetowego traktowania budowania zdolności w celu pozyskiwania funduszy unijnych i ich inwestowania. W ramach pomocnych środków popiera rozleglejsze promowanie zasobów, takich jak działania dotyczące równości w dostępie do europejskich funduszy strukturalnych, i ponownie podkreśla potrzebę istnienia dobrze nagłośnionych punktów kontaktowych w państwach członkowskich.

35. Podkreśla, że umożliwianie zaangażowania lokalnych i regionalnych systemów opieki zdrowotnej i władz na wszystkich etapach cyklu programowania europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych jest niezwykle istotne dla zapewnienia odpowiedniej priorytetowości poprawie zdrowia, zwłaszcza w zakresie stosowania uznaniowych elementów programów operacyjnych, gdyż we wszystkich regionach często występują lokalne obszary ubóstwa.

36. Wyraża rozczarowanie, że zmniejszenie nierówności zdrowotnych nie stanowi szczegółowego celu w ramach programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”. Ogólnie zachęca do zachowania równowagi między inwestycjami w infrastrukturę a inwestycjami w działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej. Zachęca, by w ramach inwestycji w infrastrukturę zachowano równowagę między rozwojem wielkich szpitali (w kwalifikujących się przypadkach) a bardziej dostępną, zintegrowaną opieką w ramach społeczności lokalnych. Podkreśla także potrzebę dokonania oceny wydatków UE ze zwróceniem szczególnej uwagi na wyniki, zrównoważoność i zwrot z inwestycji.

37. Zachęca władze i organy, by wykorzystywały instrument europejskiego ugrupowania współpracy terytorialnej (EUWT) do rozwijania współpracy w celu wspierania przedsięwzięć transgranicznych zmierzających do złagodzenia nierówności zdrowotnych, np. w przypadku projektów dotyczących infrastruktury i dostępu do nowoczesnego sprzętu medycznego.

⁽⁷⁾ http://www.ahaconference2013.ie/dublin_declaration/dublin_declaration_text.

⁽⁸⁾ SWD(2013), s. 16.

Wnioski

38. W obliczu nasilającej się presji demograficznej i budżetowej z zadowoleniem przyjmuje rozleglejsze inicjatywy unijne na rzecz wspierania władz w obrębie państw członkowskich w zakresie rozwijania zrównoważonych i skutecznych systemów opieki zdrowotnej, zwłaszcza przez inwestycje w profilaktykę zdrowotną, z myślą o ograniczeniu przyszłych długoterminowych kosztów i przekształceniu systemów opieki zdrowotnej, tak aby zapewniały równy dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

39. Z zadowoleniem przyjmuje postęp w działaniach Komisji na rzecz zmniejszenia nierówności zdrowotnych i podkreśla, że należy poczynić dalsze kroki na wszystkich szczeblach sprawowania rządów. Za pośrednictwem procesu europejskiego semestru możliwe jest na przykład położenie większego nacisku na kwestie związane z nierównościami zdrowotnymi w państwach członkowskich. Podobnie władze lokalne i regionalne mają możliwość wprowadzenia i wdrożenia strategii z myślą o zmniejszeniu nierówności na szczeblu niższym niż krajowy poprzez oparte na dowodach, racjonalne pod względem kosztów działania, koncentrujące zasoby na grupach najbardziej wrażliwych.

40. Biorąc pod uwagę obowiązki władz lokalnych i regionalnych, Komitet Regionów pragnie uczestniczyć w ważnych inicjatywach Komisji Europejskiej oraz udostępnić na ten cel swoje zasoby. Z zadowoleniem przyjąłby przedłożenie przez Komisję Europejską w ciągu najbliższych trzech sprawozdania z dalszych postępów zawierającego aktualne informacje o podjętych działaniach.

Bruksela, 31 stycznia 2014 r.

*Przewodniczący
Komitetu Regionów*

Ramón Luis VALCÁRCEL SISO
