

Намаляване на
неравенствата по
отношение на здравето в
Европейския съюз

Социална Европа



Европейска комисия

Настоящата публикация се осъществява с подкрепата по линия на Програмата на Европейския съюз за трудова заетост и социална солидарност (2007—2013). Тази програма се управлява от генерална дирекция „Трудова заетост, социални въпроси и равни възможности“ на Европейската комисия. Тя бе създадена с цел предоставяне на финансова подкрепа при изпълнението на целите на Европейския съюз в областта на трудова заетост и социалните въпроси, както са определени в Социалната програма, като така допринася за постигането на целите от стратегията „Европа 2020“ в тези области.

Седемгодишната програма е предназначена за всички заинтересовани страни, които могат да помогнат за разработването на целесъобразно и ефективно законодателство в областта на трудова заетост и социалните въпроси и на политики за изпълнение в държавите-членки от ЕС-27, страните от ЕАСТ/ЕИП, страните кандидатки и страните, на които предстои кандидатстване за членство в ЕС.

Мисията на програмата е да направи по-значим принос на ЕС за подкрепа на ангажиментите на държавите-членки и техните усилия за създаване на по-добри работни места и за изграждане на по-единно общество. За тази цел програмата е от съществено значение при:

- предоставянето на насоки при анализирането и разработването на политики от сферата на програмата;
- осъществяването на надзор и отчетност при прилагането на законодателството и политиките на ЕС в областта на политиките на програмата;
- насърчаването на обмен в областта на политиките, на научаването и оказването на подкрепа сред държавите-членки по отношение на целите и приоритетите на ЕС; както и
- представяне на вижданията на заинтересованите страни и на обществото като цяло.

За повече информация:
<http://ec.europa.eu/progress>

Намаляване на неравенствата по отношение на здравето в Европейския съюз

Европейска комисия

Генерална дирекция „Трудова заетост, социални въпроси и равни възможности“

отдел Е4

Генерална дирекция „Здравеопазване и потребители“

Отдел С4

Текстът е изготвен през юни 2010 г.

Нито Европейската комисия, нито което и да е лице, действащо от нейно име, носят отговорност за начина, по който би могла да бъде използвана съдържащата се в настоящата брошура информация.

© Снимка на корицата: Европейски съюз — Michel Loriaux

За всяка употреба или възпроизвеждане на снимков материал извън авторското право на Европейския съюз трябва да бъде искано разрешение директно от притежателя(ите) на авторските права.

Europe Direct е услуга, предназначена да ви помогне да намерите отговори на въпросите, които си задавате за Европейския съюз.

Единен безплатен номер (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(* Някои мобилни оператори не разрешават достъп до номера, започващи с 00 800, или могат да таксуват тези обаждания.

Допълнителна информация за Европейския съюз можете да намерите в интернет (<http://europa.eu>). В края на изданието ще намерите библиографско каре, а също така и кратко резюме.

Люксембург: Служба за публикации на Европейския съюз, 2011 г.

ISBN 978-92-79-15030-2
doi: 10.2767/94884

© Европейски съюз, 2011 г.
Възпроизвеждането е разрешено при посочване на източника.

Printed in Germany

ОТПЕЧАТАНО ВЪРХУ ХАРТИЯ, ИЗБЕЛЕНА БЕЗ УПОТРЕБА НА ЕЛЕМЕНТАРЕН ХЛОР (ECF)

Изявления

Джон Дали — комисар по здравеопазването и защитата на потребителите

Аз вярвам в една Европа, в която всички граждани имат добро здравословно състояние и имат достъп до добри здравни услуги, независимо от това кои са те, къде живеят и колко печелят. Трябва да се стремим към създаване на такава Европа. Намалването на неравенствата по отношение на здравето е основен приоритет.

Намалването на неравенствата по отношение на здравето изисква съвместни действия във връзка с общественото здраве и редица други политики, оказващи влияние върху здравето, в това число върху социалната защита, образованието и околната среда. Начините за използване на различните политически инструменти за изграждане на ефективни коалиции за действие на правителствено и обществено равнище представляват голямо предизвикателство.

Поемам ангажимент да гарантирам, че нашето съобщение относно неравнопоставеността в здравеопазването „Солидарност в здравеопазването“ ще доведе до конкретни резултати, както и да подкрепям по всички възможни начини усилията на държавите-членки при съксяване на дистанцията в сектора на здравеопазването.

Споделянето на най-добри практики и направени изводи, както и подпомагането на канализирането на възможностите за финансиране по линия на ЕС за по-добро здравеопазване в изостаналите региони и сред тези в най-лошо положение, са някои от средствата, които ще приложим на практика. Комисията също ще осигури по-добър мониторинг на неравенствата по отношение на здравето и на тенденциите в цяла Европа и ще разшири възможностите за научноизследователска дейност в тази област. И накрая, ние ще работим заедно, за да гарантираме, че политиките



на ЕС ще допринесат за решаването на този проблем там, където това е възможно. Работата в развиващи се области като електронното здравеопазване и оценка на здравните технологии е важен фактор за устойчивостта на здравните системи и може да даде основен принос за справяне с неравенствата.

Вярвам, че във времето на икономическа криза и бюджетни ограничения трябва да обединим силите си, за да гарантираме, че неравенствата по отношение на здравето в нашите общества няма да се увеличават. Уверен съм, че в близките години с гордост ще си припомним за това, че реализирането на нашите усилия е допринесло за намалването на неравенствата по отношение на здравето в Европа.

Ласло Андор — комисар по заетостта, социалните въпроси и социалното приобщаване

Постигнат е значителен напредък в сферата на здравеопазването, но въпреки това нивото на неравенствата между различните социални групи и между гражданите в различните части на Европейския съюз остава неприемливо голямо. Неравенствата по отношение на здравето са не само несправедливи, те имат и огромна икономическа и социална цена.

Обръщането на по-голямо и по-редовно внимание на социалните детерминанти на здравето в условията на живот и труд може да ни помогне за ограничаване на факторите, които намаляват продължителността на живота и оказват негативно влияние върху живота на хората, нивата на производителност и разходите за здравеопазване.

Насърчаването на заетостта, повишаването на качеството на работата и осигуряването на здравословна и безопасна работна



среда за всички е изключително важно за подобряване на здравните резултати. Ние трябва да се справим с трайната безработица и бедността, за да сведем до минимум тяхното негативно влияние върху здравето на населението. Освен това трябва да се стремим да осигурим подходяща и достъпна социална защита с ефективни мрежи за сигурност за намаляване на влиянието на неблагоприятните икономически и социални обстоятелства върху здравето.

И накрая, най-важното: подобреният достъп до качествени здравни услуги може значително да допринесе за подобряване на здравето и увеличаване продължителността на живота в много региони на Европейския съюз, допринасяйки по този начин за икономическото, социалното и териториалното сближаване.

Съдържание

1. Неравенства по отношение на здравето в ЕС.....	7
1.1. Неравенства по отношение на здравето между отделните държави-членки и в рамките на техните територии	7
1.2. Неравенства между социалните групи	8
1.3. Особено лошо здравословно състояние сред уязвимите групи.....	8
2. Причини за неравенствата по отношение на здравето	9
2.1. Общи детерминанти на здравето.....	9
2.2. Въпроси от областта на трудовата заетост	12
2.3. Благосъстояние и здраве: сложна взаимовръзка.....	12
2.4. Социална защита и плащания: принос за здравословното състояние?.....	13
2.5. Акцент: разходи и бюджети за здравеопазване	13
2.6. Настоящата икономическа и финансова криза: какво е нейното влияние?.....	14
3. Действия за неравенствата по отношение на здравето в държавите-членки на ЕС.....	15
КАЗУС 1, Обединеното кралство — местни програми „Sure Start“*: Прилагане на „пропорционалния универсализъм“ на практика	16
КАЗУС 2, Унгария — „Опре рома“: Повишаване информираността за планиране на здравословни и устойчиви жилища сред ромската общност в Дебрецен.	17
КАЗУС 3, Германия — „Job Fit Regional“: Свързване на насърчаването на здравословния начин на живот и заетостта.....	18
4. Действия на равнище ЕС	19
4.1. Съобщение на Комисията относно неравнопоставеността в здравеопазването	19
4.2. Европейска стратегия за заетост	20
4.3. Сътрудничество с държавите-членки	21
4.4. Стратегия на ЕС в сферата на здравеопазването	21
4.5. Средства по линия на ЕС	21
4.6. Законодателство	22
4.7. Вътрешен пазар	23
4.8. Образованието и младежта	23
Приложения	
Полезни връзки и препратки.....	25
Кратка библиография	25



© Европейски съюз

1. Неравенства по отношение на здравето в ЕС

Гражданите на Европейския съюз (ЕС) живеят средно по-дълго и имат по-добро здравословно състояние от предходните поколения, а здравословното състояние на гражданите от ЕС през последните десетилетия непрекъснато се подобрява. Същевременно съществуват големи и вероятно увеличаващи се неравенства по отношение на здравето между отделните държави-членки на ЕС и в рамките на техните територии.

Европейската комисия разглежда тези неравенства като предизвикателство за ангажимента на ЕС към солидарността, социалното и икономическото сближаване, човешките права и равните възможности. Затова Комисията е взела решение да подпомага държавите-членки и заинтересованите лица на различни нива в обществото в усилията им за преодоляване на тези неравенства.

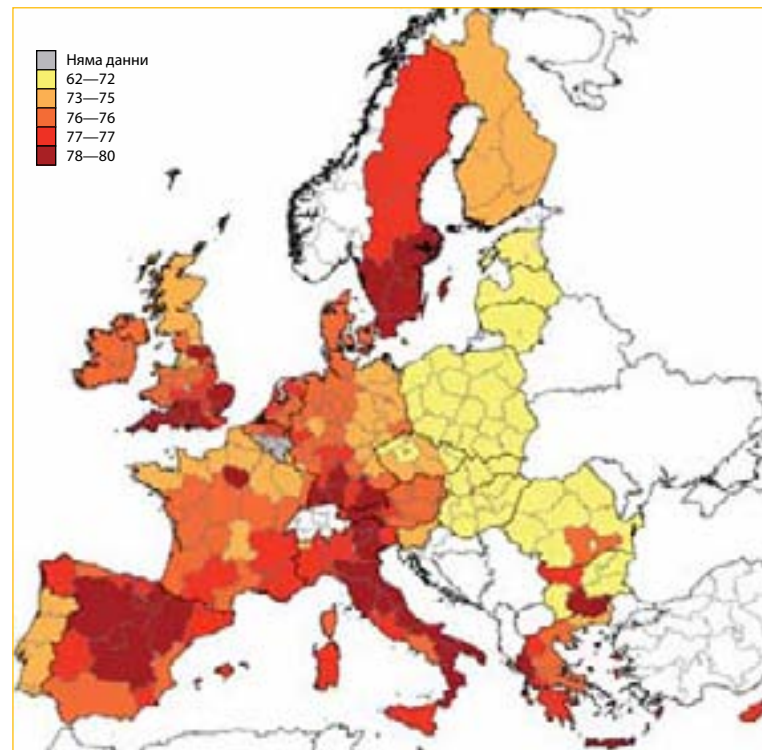
1.1. Неравенства по отношение на здравето между отделните държави-членки и в рамките на техните територии

Очакваната продължителност на живота при раждане може да даде известна представа за здравословното състояние на населението като цяло и по този показател между различните региони на ЕС съществуват значителни разлики. През 2006 г. разликата между държавите-членки с най-висока и най-ниска продължителност на живота е била осем години при жените и 14 години при мъжете. През последните две десетилетия разликата между продължителността на живота на национално равнище и средната продължителност за ЕС в редица държави се е увеличила.

Съществуват и разлики, достигащи до 20 години, по отношение на броя на годините живот в добро здравословно състояние (продължителност

на здравословния начин на живот), като гражданите от централната и източната част на ЕС, особено мъжете, живеят средно по-малко години в добро здравословно състояние.

Очаквана продължителност на живота при раждане, мъже, 2002—2004 г., ниво 2 по NUTS



Източник: Евростат.



Значителни разлики между държавите-членки се забелязват и при смъртността при новородените, преждевременната смъртност, смъртността, която може да се избегне, както и други субективни здравни мерки като общо здравословно състояние по собствена преценка и продължително заболяване или ограничена дееспособност през последните шест месеца.

Високата смъртност, сърдечносъдовите и онкологичните заболявания, както и такива, причинени от прекомерна употреба на алкохол, допринасят за разликите при продължителността на живота. Основните рискови фактори за тези заболявания, като по-лоши условия на живот и труд, тютюнопушене, начин на хранене и употреба на алкохол, са по-забележими в страни с по-ниска продължителност на живота.

1.2. Неравенства между социалните групи

Освен разликите между държавите-членки е определен и социален градиент на здравословното състояние. При по-ниско образование хора, хората с по-нисък професионален статус или по-ниски доходи, както и

при някои етнически малцинства, в много държави-членки съществува тенденция към по-ранна смъртност, както и към по-голямо разпространение на повечето здравословни проблеми.

Влиянието на тези променливи върху здравето започва в ранна възраст и продължава през целия живот. Разликите в очакваната продължителност на живота при раждане между социално-икономическите групи в най-горната и в най-долната част на социалната стълбца (например между служители, занимаващи се с физически и умствен труд, хора с начално образование и такива с по-високо от средно образование, както и между хора с най-ниски и най-високи доходи) варират между 4 и 10 години при мъжете и между 2 и 7 години при жените. В някои държави-членки разликите през последните няколко десетилетия дори се увеличиха. Освен това смъртността при новородените е по-висока при най-ниските социално-икономически групи, а неравенствата, свързани с този фактор, също са се увеличили в редица страни.

1.3. Особено лошо здравословно състояние сред уязвимите групи

При групи като жители на райони с неблагоприятни условия, бедни, безработни и неформално заети лица, бездомни, хора с увреждания, лица с психични или хронични заболявания, възрастни хора с ниски пенсии и самотни родители съществува тенденция на по-висока заболяемост и преждевременна смърт.

Неравенствата между граждани и някои групи мигранти продължават да съществуват както по отношение на здравословното състояние, така и при достъпа до здравни услуги. Мигрантите могат да бъдат значително по-податливи на инфекциозни заболявания, като туберкулоза, ХИВ/СПИН или хепатит, като това оказва влияние върху общото здравословно

състояние на населението. Те може да са подложени и на по-висок риск от неинфекциозни заболявания (например сърдечносъдови заболявания) и проблеми, свързани с психичното здраве. Това може да се дължи на комбинация от социално-икономически и екологични условия в техните страни на произход, процеса на преместване в новата държава и необходимостта от приспособяване към новата среда в техните приемни държави¹.

Освен това очевидно съществува връзка между неравенствата по отношение на здравето на територията на страната и общото здравословно състояние на населението, а колкото неравенството е по-голямо, толкова по-лошо е здравословното състояние на населението като цяло. Следователно намаляването на неравенствата на териториите на държавите-членки може да спомогне за намаляването на неравенствата между отделните държави-членки.

2. Причини за неравенствата по отношение на здравето

2.1. Общи детерминанти на здравето

Няколко модела правят опит да демонстрират връзката между различните детерминанти и здравето. Моделът на Далгрен и Уайтхед, използван от Световната здравна организация, илюстрира „дъговидния“ изглед на причините за неравенства. Здравословното състояние на населението не варира случайно, а се дължи на систематичните разлики при разпределението на факторите, оказващи влияние върху него.

Модел на детерминантите на здравето, създаден от Далгрен и Уайтхед



Източник: Dahlgren/ Whitehead: СЗО Европа 2007 г.: „European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2“ (Европейски стратегии за справяне със социалните неравенства по отношение на здравето: изравняване, част 2) Справка с D&G / предишен източник 1993 г.

1 Заключение на Съвета относно здравето и миграцията в ЕС, 2007 г.

Условията на живот и труд оказват влияние върху здравето чрез преки и косвени физически и психологични механизми. Влиянието на някои фактори продължава да действа за дълги периоди от време. Например лошите условия в детството могат да окажат влияние върху здравето на по-късен етап от живота. Наличието на фактори, които оказват влияние върху здравето, се различава в зависимост от мястото, на което хората живеят, както и от тяхната професия. Що се отнася до жилищното настаняване, част от населението на ЕС няма достъп до течаща вода, подходящи хигиенни и санитарни помещения, електроенергия на приемливи цени, централно отопление и изолация и живее във влажни, пренаселени жилища. Физическият труд може да окаже негативно влияние върху здравето, като това се отнася и за слабия контрол върху работата, неравномерното разпределение на усилия и възнаграждения и излагането на физически и психологически рискове на работното място. От друга страна стабилното управление, добрите условия на труд и наличието на силни социални мрежи на работното място могат да окажат положително влияние върху здравето.





Типовете здравно поведение като начин на хранене, нива на физическа активност, тютюнопушене, употреба на алкохол и сексуално поведение са повлияни от социално-икономическите и културните фактори. Това може отчасти да обясни разликите между здравословното състояние на отделните социални групи и между отделни държави и райони. Според повечето изследвания индивидуалното поведение може да бъде

причина за 25—35 % от разликите при здравословното състояние на гражданите. Съществуват големи разлики между европейските страни и социално-икономическите групи по отношение на здравословното хранене, широкоразпространеното тютюнопушене, употребата на алкохол и физическата активност и последиците от тези фактори — затлъстяване и лошо здравословно състояние.

Психосоциални фактори, като негативни житейски събития, чувство на изолация и маргинализация, липса на контрол върху събитията от живота и трудната работа за оскъдно възнаграждение, могат да допринесат за влошаването на здравето.

Социалният статус в миналото също може да окаже влияние върху здравословното състояние на хората. Например социално-икономическият статус на семейството (в това число доходи и интерес към образованието) може да изиграе важна роля при определянето на нивото на образованието, перспективите за заетост, дохода и здравето на детето. Някои изследвания показват, че високият социално-икономически статус на родителите намалява риска от инсулт и рак на стомаха в зряла възраст. Ниският социално-икономически статус на майката е една от основните причини за ниското тегло на новороденото, което оказва влияние върху здравословното състояние на човека през целия му живот. Освен това, както вече видяхме, лошите условия на живот в детството могат да окажат влияние на по-късен етап от живота.

Разлики в начина на живот и условията на живот и труд според възрастта, пола и социално-икономическия статус
QA24 Бихте ли посочили дали следното се отнася за вас. (Можете да посочите повече от един отговор)

	Пушите	Имате саръхтегло	Никога не тренирате или тренирате, но много рядко	Храната, която консумирате, не е много здравословна	Имате навика да пиете доста алкохол	Живеете в шумна среда	Живеете или работите в среда, която е много замърсена	Подложени сте на стрес на работното място	Подложени сте на стрес в личните си взаимоотношения	Никое от изброените (Спонт.)	Не знам	
	Пол											
	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%	
	Мъж											
	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%	
	Жена											
	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%	
	Възраст											
	15—24	34%	9%	17%	22%	10%	10%	6%	11%	11%	37%	1%
	25—39	39%	15%	23%	16%	8%	9%	7%	25%	11%	26%	1%
	40—54	34%	25%	26%	14%	9%	8%	8%	26%	12%	25%	1%
	55+	17%	26%	26%	8%	4%	6%	3%	5%	7%	39%	1%
	Образование (завършено на ... години)											
	15	25%	23%	27%	10%	6%	6%	4%	8%	9%	36%	1%
	16—19	36%	22%	25%	16%	8%	8%	7%	18%	10%	28%	1%
	20+	28%	20%	23%	12%	8%	8%	6%	28%	10%	29%	1%
	Учаци	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	Тип занятие на анкетираните											
	Самонаети лица	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Управители	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Друг тип служители	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Работници, извършващи физически труд	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Домакини	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Безработни	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Пенсионери	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
	Студенти	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%

Източник: „Евробарометър“ 283



2.2. Въпроси от областта на трудовата заетост

Въпросите от областта на трудовата заетост играят роля при определянето на здравословното състояние на гражданите, а безработицата се свързва с повишен риск от лошо психично здраве, социално изключване и самоубийство. Както е спо-

менат по-горе, качеството на работата и условията на труд също оказват значително влияние върху здравето.

Добрата работна среда, при която е ограничено излагането на физически рискове или химически и биологични вещества, оказва положително влияние върху здравето. Редица изследвания показват, че качеството на работата и условията на труд до голяма степен оказват влияние върху здравето. Например слабото физическо натоварване и стрес, силният контрол върху професионалния живот, възможностите за развитие на нови умения, високата заплата и добрите перспективи за развитие допринасят за доброто здравословно състояние. От друга страна липсата на подкрепа и чувството за несигурност на работното място увеличават риска от влошаване на здравето и водят до депресия.

Професионалните рискове за здравето варират значително в различните сектори. Младите служители обикновено са по-слабо информирани за професионалните рискове и, следователно, са по-често изложени на тях. Служители на срочен или временен трудов договор са изложени на по-голям риск от трудови злополуки и професионални заболявания.

2.3. Благосъстояние и здраве: сложна взаимовръзка

Икономическите резултати, измерени въз основа на brutния вътрешен продукт (БВП) на глава от населението, и нивата на бедност варират в различните държави-членки на ЕС, докато значителното неравенство по отношение на доходите се запазва. През 2006 г. общият доход на най-богатите 20 % от населението е 4,8 пъти по-висок от общия доход на най-бедните 20 %. Според редица изследвания това неравенство по отношение на доходите е един от факторите, оказващи влияние върху разликите по отношение на здравето на гражданите от различни страни и гражданите на територията на една страна. Такова неравенство се дължи предимно на степента на социалната стратификация, породена от структурни причини като политически контекст, обществени норми и ценности, както и икономическа, социална, образователна, екологична и здравна политика.

Въпреки това цялостната взаимовръзка между икономическия растеж и здравето е сложна. Според наличните данни сам по себе си икономическият растеж може да не доведе до намаляване на неравенствата по отношение на здравето. За ограничаване на неравенствата по отношение на здравето икономическият растеж трябва да бъде придружен от допълнителни политически мерки и трябва да се обръща по-голямо внимание на разпределението на богатата. Освен това положителното влияние на БВП на глава от населението върху здравето на гражданите и равенството по отношение на здравето до голяма степен зависи от правилната комбинация от политики за намаляване на различията и подобряване на общото здравословно състояние на населението чрез оптимизиране на връзката между ползата за здравеопазването и наличните ресурси. Също така трябва да се отбележи, че благодарение на такива фактори като начин на хранене, определени държави-членки и региони на ЕС демонстрират тенденция за по-благоприятни здравни показатели в сравнение с някои други държави-членки с по-успешна икономика.

2.4. Социална защита и плащания: принос за здравословното състояние?

Промените в размера и обхвата на системите за социално осигуряване могат да се наблюдават в целия ЕС, в това число по отношение на бюджетите за здравеопазване и защитата на хората извън пазара на труда. При условие че бедността се счита за най-важната детерминанта на здравето, степента на преразпределението и социалната защита може да се свърже с неравенството по отношение на здравето, тъй като е установено, че политиките за преразпределение на доходите намаляват риска от бедност с 38 %.

2.5. Акцент: разходи и бюджети за здравеопазване

Размерът на бюджетите за здравеопазване може да определи капацитета на здравните системи за удовлетворяване на потребностите на населението. Съществува тенденция при държавите-членки, в които продължителността на живота е по-ниска, а нивата на неудовлетворените потребности от медицинска помощ — по-високи, да имат по-ниски разходи за здравеопазване на глава от населението и като процент от БВП.

Наличието на инфраструктура, оборудване и достатъчен брой медицински персонал и достъпът до качествено здравеопазване са ключови фактори за определяне на неравенствата по отношение на здравето, тъй като те оказват влияние върху възможността за преодоляване на забо-



леваемостта и избягване на преждевременна смърт. Здравните системи страдат от недостиг на ресурси (както финансови, така и човешки) и от неравномерно географско и социално разпределение. Тези проблеми оказват влияние върху начина и скоростта, с които тези заболявания се диагностицират и лекуват, и, следователно, оказват влияние върху общото здравословно състояние на населението.

Качеството на здравеопазването играе ключова роля при осигуряването на добро общо здравословно състояние на населението. Например ежегодно 3 милиона пациенти в ЕС страдат от инфекции, свързани със здравни грижи, а 50 000 умират вследствие на тези инфекции. Разликите в достъпа до качествено здравеопазване водят до много големи разлики в предотвратимата смъртност.

Също така могат да се наблюдават социално-икономически разлики при достъпа до здравни грижи. Съществува ясно изразена връзка между разликата в доходите и незадоволената потребност от медицински грижи. Тези, които имат най-нисък доход, по-често имат незадоволена потребност от медицински грижи вследствие на чакане, преки финансови разходи или голямо разстояние до здравни заведения. Според наличните данни, средно семействата с по-нисък доход живеят на по-голямо разстояние от болница или от семейния си лекар. Освен това за семействата с ниски доходи съществува по-малка вероятност от приемане в болница или преглед от специалист. В няколко съвместни доклада за социалната защита и социалното приобщаване са определени препятствията пред достъпа, в това число липсата на здравно осигуряване, преки финансови разходи за здравеопазване, географски несъответствия при наличието на услуги, време за чакане и културни пречки.

Същевременно високите разходи за частно здравеопазване, като част от дохода на домакинствата, може да попречат на по-ниските социално-икономически групи да получат достъп до необходимите им здравни

грижи, като това допринася за по-голямото неравенство по отношение на здравето в някои страни.

2.6. Настоящата икономическа и финансова криза: какво е нейното влияние?

Тежките макроикономически условия могат да окажат силно отрицателно въздействие върху здравето. Те често водят до повишени нива на стрес и рисково поведение, като употреба на алкохол и тютюнопушене. Това само по себе си може да повлияе негативно върху здравето и да доведе до фактори като депресия, отслабена имунна система и злополуки. Тези влияния могат да имат допълнителни последици за здравето и образованието в рамките на семейството, като това най-вече се отнася за децата. Дългата икономическа криза може да предизвика дълготрайни отрицателни въздействия върху здравето. Симптоми на физическо и емоционално изтощение могат да се появят седмици, месеци или дори години след съкращение от работа.

По-силни ограничения на достъпа до качествени здравни и социални грижи, особено за лицата в по-ниските социално-икономически групи, е още един резултат от икономическия спад. Ако достъпът до тези грижи зависи от финансовите средства или ако държавата-членка съкрати разходите за здравни и социални грижи в отговор на кризата, това ще доведе до понижаване на обхвата или качеството на тези грижи.

Финансовият натиск върху здравните системи може да накара страните да преразгледат своята комбинация от политики за детерминанти на здравето в търсене на по-голяма ефективност и резултатност. Това отново може да увеличи неравенството по отношение на достъпа до здравеопазване.

3. Действия за неравенствата по отношение на здравето в държавите-членки на ЕС

Всички държави-членки на ЕС са поели ангажимент за намаляване на неравенствата при достъпа до здравеопазване и по отношение на последиците за здравето като цел на отворения метод на координация. Доклади на държавите-членки, които са анализирани като част от годишните съвместни доклади за социална защита и социално приобщаване, документират предприетите от тях действия. Освен това съществуват редица източници на информация за инициативи на политиката на ниво държава-членка, които са доказали своята ефективност при справянето с неравенствата по отношение на здравето. Те включват доклада, изготвен за Председателството на Обединеното кралство през 2005 г.,

„Неравенства по отношение на здравето: предизвикателство за Европа“, координирания от европейската здравна мрежа Eurohealthnet проект „Преодоляване на разликите: стратегии за действие за справяне с неравенствата по отношение на здравето“ и настоящия проект „Determine“, координиран от Eurohealthnet, и свързаната с него интернет страница (www.health-inequalities.eu).

Тук е събрана информация от държавите-членки за стратегиите за справяне с неравенствата по отношение на здравето. По-голямата част от доказателствения материал е от Обединеното кралство, където преди повече от десетилетие са разработени цялостни стратегии за справяне с неравенствата по отношение на здравето и са извършени редица анализи.

Наличните доказателства сочат, че за много държави-членки могат да се направят изводи, които са представени по-долу. За някои от тях е подбран казус с илюстративна цел.

1. Пропорционален универсализъм: „За да се намали рязко нарастващият социален градиент в областта на здравето, действията трябва да бъдат универсални, но мащабът и интензивността им трябва да са пропорционални на нивото на неравнотойното положение“ („Справедливо общество, здравословен живот — стратегически преглед на неравенствата по отношение на здравето в Обединеното кралство след 2010 г.“ (Fair Society, Healthy Lives — Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010 г.), публикувано от „The Marmot Review“, февруари 2010 г.)². Това се отнася най-вече за програмите за насърчаване на здравословния начин на живот и превенция на заболявания за райони в неблагоприятно положение, уязвими семейства и по-ниски социално-икономически групи (например майки, деца, млади родители и хора над петдесетгодишна възраст).

КАЗУС 1, Обединеното кралство — местни програми „Sure Start“: Прилагане на „пропорционалния универсализъм“ на практика

Местните програми „Sure Start“ се основават на холистичния подход към неравенствата по отношение на здравето и обединяват грижи за деца, ранно обучение, услуги, свързани със здраве и подкрепа на семействата, за семейства с деца до петгодишна възраст. Това е една от инициативите на британското правителство, допринесли за намаляването на неравенствата по отношение на здравето от перспективата на детската бедност и социалното изключване. Тези програми се прилагат на местно ниво в местни центрове „Sure Start“, разположени в райони в неблагоприятно положение.

Подходът „Sure Start“ обединява доставчици на услуги от официалния сектор като здравеопазване, социални услуги и ранно обучение, както и доброволчески, частни и обществени организации и самите родители при предоставянето на интегрирани услуги за малки деца и техните семейства, основаващи се на потребностите на местните деца и желанията на родителите.

Основни резултати: проучването относно влиянието на Националната оценка на „Sure Start“ акцентира върху над 9000 деца на тригодишна възраст и техните семейства. Бяха установени ползи в следните области: имунизация, травми при злополука и социално развитие. Участието на родителите оказва положително влияние върху възпитанието и доведе до по-голямо използване на услуги за подпомагане на децата и семейното развитие.

* <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

2 <http://www.marmot-review.org.uk/>



© Getty Images

2. Държавите-членки осъзнават, че действията на регионално и местно равнище, подпомагани от действията на национално и европейско равнище, са изключително важни за постигането на резултати. Местните власти трябва да определят кои граждани в съответните общности са застрашени от по-лошо здравословно състояние. Регионалните организации могат да изградят местна и обществена инфраструктура за достигане до тези граждани.



КАЗУС 2, Унгария — „Опре рома“: Повишаване на информираността за планиране на здравословни и устойчиви жилища сред ромската общност в Дебрецен^{*}.

Основните цели на тази инициатива са повишаване на информираността на общността по отношение на въпроси, свързани с екология, енергия и здравна култура, изграждане на общностни планове за устойчиви, енергоспестяващи и здравословни социални жилища, както и разработване на планове за социални жилища, които ще могат да се реализират незабавно.

Членовете на общността взеха активно участие в разработването на тези планове и преминаха необходимото обучение в сферата на управлението на домакинството и енергоспестяването. В по-широк план изграждането на връзка между здравето, жилищата и околната среда бе основно умение, придобито от участниците в този проект.

Основни резултати: жилищните условия бяха посочени като основна детерминанта на здравословното състояние, която играе роля в неравенствата по отношение на здравето. Едно от основните постижения на този проект бе подобряването на жилищните условия и изграждането на нови жилища, при което бе взета под внимание културната среда на ромите.

^{*} <http://www.health-inequalities.eu/?uid=e52af77626a071aba322dfded1c78d99&id=Seite3486>



© Getty Images

3. Изграждането на партньорства с нестопанския сектор, бизнеса и пазара на труда също може да бъде ефективно средство за повишаване на информираността и предприемането на действия за подпомагане на най-заstraшените от здравословни проблеми граждани.

КАЗУС 3, Германия — „Job Fit Regional“: Свързване на насърчаването на здравословния начин на живот и заетостта*

При подхода и работата с безработните лица бе използвана специфична методология** за много точно оценяване на личната здравна култура (особено подробен мотивационен разговор на здравна тематика), както и за съставяне на план за насърчаване на здравословния начин на живот. Различни програми, предимно курсове по превенция, управление на стреса и групови обучения се финансират от официални здравноосигурителни институции. За персонала на службите по квалификация и заетост бяха разработени специални обучения.

Благодарение на тази програма институциите по заетостта и квалификацията за безработни лица и официалните здравноосигурителни институции работеха съвместно за подобряване на здравето на безработните лица в собствената им среда.

Основни резултати: Проектът бе приет изключително добре от институциите. Вследствие на прилагането на тази програма бе установено подобряване на здравната култура (особено по отношение на физическата активност и начина на хранене), намаляване на психосоциалния стрес и подобряване на работоспособността.

* <http://www.gib.nrw.de>

** http://www.gib.nrw.de/service/downloads/BKK_JobFit_guidelines_RZweb_Einzelseiten.pdf

4. Измерването и редовното отчитане на показателите за неравенства по отношение на здравето е важна първа стъпка към ефективни действия, особено в районите с неблагоприятни условия. Събирането на информация чрез редовно наблюдение на здравните показатели може да подпомогне повишаването на информираността и да позволи на лицата, отговорни за определяне на политиките, да определят степента на неравенствата и причините за тяхното съществуване (типове заболявания и причини за смъртност).

5. Подлагането на всички политики на оценки на въздействието върху здравето, тестове на равенството по отношение на здравето и проверки е ефективен начин за генериране на междусекторна информираност за неравенствата по отношение на здравето и техните социални детерминанти.

Според държавите-членки или обзорните научни изследвания многобройните специфични политически действия са се оказали ефективни при справянето с неравенствата в областта на здравеопазването.

В Нидерландия и Обединеното кралство бяха положени усилия за подобряване на достъпа до информация относно рисковете, свързани с тютюнопушенето, както и до услуги за отказване от тютюнопушенето за граждани от районите с неблагоприятни условия и от по-ниски социално-икономически групи.

Обикновено тези райони се характеризират с по-голям брой пушачи в сравнение с по-заможните райони.

Подобряването на предродилните (скрининг и имунизация) и следродилните грижи, в това число неонатален скрининг и подпомагане на родителите, като предоставяне на информация за хранене, тютюнопушене при родителите и позите при сън, е основен елемент при подобряването на общото здравословно състояние на населението. В Обединеното кралство и Полша бяха стартирани програми, насочени към предоставя-

не на необходимите предродилни и следродилни грижи на населението в по-слабо заможни райони и/или по-ниски социално-икономически групи, с цел намаляване на разликите при неонаталната и детската смъртност. Подобна програма, насочена към мигранти, се осъществява понастоящем в Нидерландия. Такива програми работят със семейните лекари и болници и включват посещения в домове на уязвими майки от етапа на ранна бременност до достигането на двегодишна възраст на детето.

4. Действия на равнище ЕС

4.1. Съобщение на Комисията относно неравнопоставеността в здравеопазването

На 20 октомври 2009 г. Комисията прие съобщението „Солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС“³. Работата по изготвяне на съобщението беше ръководена съвместно от комисарите по здравеопазване и социални политики. Съобщението се базира на действията, упоменати по-долу, и определя области, които изискват допълнителни действия.

Основните действия, изложени в съобщението, включват:

- интегриране на равностойно разпределение на услугите в сферата на здравеопазването в рамките на общото икономическо и социално развитие. Би могло да се обмисли дали редовното наблюдение на показателите за неравенствата по отношение на здравето би било полезен инструмент за мониторинг на напредъка по социалното измерение на бъдещата Лисабонска стратегия (*Европа 2020*);
- подобряване на начините на работа с държавите-членки, заинтересованите лица и регионите;

3 COM(2009)567. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=619&furtherNews=yes>

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm

- увеличаване на помощта на ЕС за научни изследвания в областта на неравенствата по отношение на здравето;
- проверки на политиките, за да се определи какво е тяхното въздействие за намаляване на неравенствата по отношение на здравето;
- насърчаване на държавите-членки да използват по-добре възможностите в рамките на политиката за сближаване на ЕС, структурните фондове и общата селскостопанска политика по отношение на детерминантите на неравенствата по отношение на здравето;
- действия, насочени към някои уязвими групи, като например етническите малцинства, мигрантите и ромите;
- проучване на възможностите за синергии между помощта на Комисията за развитие и работата по въпросите на неравенствата по отношение на здравето;
- подобряване на измерването и мониторинга на неравенствата по отношение на здравето, като първият доклад се очаква да бъде публикуван през 2012 г.

4.2. Европейска стратегия за заетост

Върху важността на заетостта за здравето акцентират редица насоки на ЕС:

Насока за заетост 17 акцентира върху подобряване на качеството и производителността на работа и модернизиране на системите на социална защита. Здраве и безопасност на работното място е един от основните фактори за гарантиране на добри условия на работа. Това също така е основен елемент за привличане на повече хора на пазара на труда, осо-



© Европейски съюз

бено във връзка със застаряващото население на Европа. По този начин се осъществява конкретен принос за намаляване на неравенствата по отношение на здравето.

Насока за заетост 18 насърчава подход, основан на „жизнения цикъл“, и призовава за подкрепа за активното стареене, включително подходящи условия на труд и подобряване на здравословното състояние на работното място, за да се удължи трудовия живот на гражданите. Тя също така призовава за насърчаване на модернизирането на системите за социална защита, включително в сферата на здравеопазването. Насоката също така подчертава, че подобреното здравословно състояние на работното място ще намали тежестите на заболяемост, като по този начин ще увеличи производителността на труда.

Насока за заетост 21 насърчава и разпространява иновативни и приложими форми на организацията на работата с оглед подобряване качеството и производителността на труда, включително здраве и безопасност на работното място. Тя насърчава въвеждането на интегрирани подходи за гъвкавост и сигурност, като цели да помогне на работниците, включително на нискоквалифицираните лица и тези, най-изолирани на пазара на труда, да се справят с по-сложен, многообразен, непостоянен и, следователно, по-тежък професионален живот.

Насока за заетост 23 подчертава необходимостта от фокусиране върху нови умения за нови работни места, за да се насърчи достъпа за всички до пазара на труда и да се осигурят иновации и качество на работното място.

4.3. Сътрудничество с държавите-членки

ЕС подкрепя действията на държавите-членки за справяне с общите предизвикателства, като улеснява диалога, обмена на най-добри практики и координация на политиките с и между държавите-членки, както и с организациите на заинтересованите лица. Механизмите за този тип сътрудничество включват: отворения метод на координация, комитета „Социална закрила“⁴ и Експертната група на ЕС за социалните детерминанти и неравенствата по отношение на здравето. През 2010 г. Съветът прие заключенията относно равенството и здравето, които насърчават държавите-членки да развият в още по-голяма степен политиките и действията си за намаляване на неравенствата по отношение на здравето, както и да участват активно в споделянето на добри практики.

4.4. Стратегия на ЕС в сферата на здравеопазването

Постигането на по-голямо равенство в здравеопазването е основен елемент от Стратегията на ЕС в сферата на здравеопазването и е важно изменение на политиките и инициативите по отношение на: тютюн, наднормено тегло, алкохол, млади хора и психично здраве. Поддържа се тясно сътрудничество при научните изследвания в тази област между Световната здравна организация, Организацията за икономическо сътрудничество и развитие и Съвета на Европа.

4 Заключение на Съвета относно равенството и здравеопазването във всички политики: Солидарност в здравеопазването. 3019-то заседание на Съвета по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси, Брюксел, 8 юни 2010 г. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf

4.5. Средства по линия на ЕС

Финансова подкрепа за действията относно неравенствата по отношение на здравето се осигурява по линия на редица програми и инструменти на ЕС.

Кохезионната политика осигурява финансова подкрепа за държавите-членки за справяне с регионалните дисбаланси. Наскоро здравеопазването бе определено като една от областите за подкрепа по линия на Европейския фонд за регионално развитие (ЕФРР) и Европейския социален фонд (ЕСФ) в съответствие със Стратегическите насоки на общността за сближаване за периода 2007—2013 г.⁵ Промоцията на здравето, превенцията на заболяванията, трансферът на знания, обучението и наличието на висококвалифицирани служители, както и на инфраструктура в конвергентните региони, са някои от тематичните области, по които може да се кандидатства за подкрепа. В насоките е отбелязано, че „различията между регионите на Европа в областта на здравеопазването и достъпа до здравни грижи са значителни“ ... и, следователно, „е важно... политиката на сближаване да допринесе за изграждане на инфраструктури за здравни грижи... Мерките на Общността в областта на подобряване на здравеопазването и профилактиката играят важна роля за намаляване на неравенствата по отношение на здравето“.

Общата селскостопанска политика (ОСП) сама по себе си не е социална политика, но има елементи, които могат да допринесат за намаляване на неравенствата по отношение на здравето, като например осигуряване на добър жизнен стандарт на фермерите, наличност на хранителни доставки и разумни потребителски цени. ОСП подкрепя схемата „Училищно мляко“ и разпределянето на селскостопански продукти сред групи в неравностойно положение. Наскоро беше проучен възможния принос на ОСП за насърчаване на по-здравословно хранене чрез поставяне на посилен акцент върху консумацията на плодове и зеленчуци. В допълнение политиката на ЕС за развитие на селските райони подкрепя инвестици-

5 http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021en00110032.pdf

ите във и разработването на социални и здравни услуги, технологии и инфраструктура в селските райони, както и действия за обучение и инициативи по здравни и социални теми.

Програмата за здравеопазване на ЕС финансира мрежи за действие, местни инициативи, експертни оценки, конференции и иновации в политиката в сферата на общественото здравеопазване.

В рамките на ПРОГРЕС (Програмата на ЕС за заетост и социална солидарност за 2007—2013 г.) бе стартирана специфична процедура за отправяне на предложения през м. март 2010 г., за да се осъществят действията, очертани в съобщението на Комисията, по-специално чрез осигуряване на подкрепа за националните или регионалните власти на държавите, участващи в ПРОГРЕС, за укрепване на политиките, насочени към неравенствата по отношение на здравето.



Европейският фонд за интеграция на граждани на трети страни подкрепя усилията на държавите-членки за улесняване на интеграцията на мигрантите в европейските общества. 7 % от общия бюджет от 825 млн. евро са насочени в подкрепа на проекти по проблеми на интеграцията, включително достъп до здравеопазване. Останалите 93 % са за реализиране на Годишната програма, съгласувана с Комисията, от страна на държавите-членки.

Рамковите програми на ЕС за научни изследвания също предлагат възможности за справяне с неравенствата по отношение на здравето, особено според третия стълб за здравеопазването от Програмата за сътрудничество по Седма рамкова програма на ЕС. Това има за цел разработване на методи за научни изследвания и създаване на научна база в подкрепа на решенията, свързани с политиките, както и по-ефективни и базирани на доказателства стратегии в области като промоция на здравето и по-широкообхватните детерминанти на здравето, включително начина на живот и социално-икономическите и екологичните фактори⁶.

4.6. Законодателство

ЕС е въвел законодателство в областта на здравето и безопасността на работното място, за да подобри условията на труд. Той следи прилагането на законодателството и финансира научните изследвания в тази област.

Активно работещото население към момента съставлява 48,3 % от общото население на ЕС. Следователно защитата на здравето и безопасността на работещите има значителен принос за общественото здраве като цяло и за намаляване на някои от основните елементи, водещи до неравенства по отношение на здравето между държавите-членки на ЕС и гражданите. Директива 91/383/ЕИО има за цел да гарантира, че на работниците на срочен договор и наетите чрез агенции за временна заетост работни-

⁶ РЕШЕНИЕ НА СЪВЕТА (2006/971/ЕО) от 19 декември 2006 г. относно специфичната програма „Сътрудничество“ в изпълнение на Седмата рамкова програма на Европейската общност за изследвания, технологично развитие и демонстрационни дейности (2007 — 2013 г.), ОВ L 400/127)

ци е осигурено същото ниво на защита по отношение на безопасността и здравето, както на останалите работници. През 2009 г. бе разработен доклад за прилагането на директивата до 2007 г. Докладът има за цел да идентифицира потенциални недостатъци на директивата, за да даде насока за бъдещи действия на Комисията.

Оценката на въздействието на Стратегията за безопасност и здраве на работното място на Общността за периода 2007—2012 г. показва, че стратегиите за здраве на работното място намаляват трудовите злополуки и помагат на пострадалите при такива злополуки, както и на хронично болните, да запазят работата си или да се върнат на работа. Те също така осигуряват платформа за интегриране на работниците мигранти и могат да смекчат стресовите и монотонни условия на работа, които водят до ранно влошаване на здравето и по този начин — до ранно прекратяване на трудовия живот.

От 2000 г., в допълнение към законодателството за равнопоставеност на мъжете и жените, се прилага антидискриминационно законодателство на ЕС, което гарантира минимални нива на равнопоставеност и защита за всеки, който живее и работи в Европа, независимо от неговия расов или етнически произход, религия и убеждения, увреждания, сексуална ориентация и възраст. Законодателството обхваща много аспекти от ежедневието — от работното място до образованието, здравеопазването и достъпа до стоки и услуги. През 2008 г. Комисията създаде Правителствена експертна група за борба с дискриминацията и насърчаване на равенството, която изследва въздействието на антидискриминационните мерки на национално и европейско равнище и утвърждава добри практики чрез взаимно обучение на партньорски принцип.

4.7. Вътрешен пазар

Работата по процедурите за нарушения, свързани със здравеопазването, може да помогне за намаляване на пречките за достъп до здравеопазване и по-ниските цени за това, като по този начин до голяма степен облагодетелства гражданите от социално-икономическите групи в неравностойно

положение. Примерите за това включват законодателството, свързано със свободата на установяване и свободното предоставяне на услуги, ограниченията за собствеността и местоположението на аптеките и собствеността на лабораториите и работното им време.

В по-широк смисъл, всички инициативи на Комисията понастоящем са подложени на оценка на потенциалните им икономически, социални и екологични въздействия, по специално върху различните социални и икономически групи и върху съществуващите неравенства.



4.8. Образованието и младежта

Физическото и психичното здраве, както и здравословният начин на живот, се насърчават като социални и граждански умения в Препоръката относно основните умения⁷, която приканва държавите-членки да развият такива умения за всички като част от стратегиите им за учене през целия живот. Комисията също така предложи нова Стратегия на ЕС за младежта,⁸ която акцентира върху уязвимостта на младежта и определя действия за подобряване на здравето на младите хора, особено на онези, които са изложени на риск от социално изключване.

Настоящата брошура има за цел да представи общ преглед на неравенствата по отношение на здравето в ЕС и някои от политиките на ЕС, които допринасят за намаляването им.

За допълнителна информация, моля, направете справка с връзките и препратките по-долу или се свържете с Европейската комисия (Безплатен телефонен номер на Europe Direct: **00 800 6 7 8 9 10 11**).

⁷ Препоръка на Европейския парламент и на Съвета от 18 декември 2006 г. относно основните умения за учене през целия живот (2006/962/ЕО).

⁸ COM(2009)200 — 27/04/09 — Стратегия на ЕС за инвестиране в младежта и за мобилизиране на нейния потенциал.

Полезни връзки и препратки

Европейска комисия:

Съобщение на Комисията относно неравнопоставеността в здравеопазването

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=619&furtherNews=yes>

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm

ГД „Здравеопазване и потребители“ / Социални детерминанти на здравето

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_en.htm

ГД „Трудова заетост, социални въпроси и равни възможности“

<http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=en>

ГД „Регионална политика“

http://ec.europa.eu/dgs/regional_policy/index_en.htm

Съвет на Европейския съюз

<http://www.consilium.europa.eu/showPage.aspx?id=&lang=en>

Заклучения на Съвета относно равенството и здравеопазването във всички политики: Солидарност в здравеопазването.

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf

Евростат

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

СЗО

<http://www.who.int/en/>

Комисия на СЗО по социалните детерминанти на здравето

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/index.html

Други уебсайтове, посочени в този документ (информация / неизчерпателен списък)

<http://www.health-inequalities.eu>

<http://www.marmot-review.org.uk/>

<http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

<http://www.gib.nrw.de>

Кратка библиография

Eurohealthnet, 2007, *Closing the Gap - Strategies for Action to tackle Health Inequalities. Taking Action on Health Equity*

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., Kunst, A. E., 2006, *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Erasmus MC, Катедра по обществено здраве, Нидерландия, за Европейската комисия

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf

Mackenbach, J. P., 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, 2006, Независим експертен доклад, възложен от Британското председателство на ЕС

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf

SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Börsch-Supan, A., A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, and G. Weber (eds.), 2005, *Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

http://www.share-project.org/t3/share/index.php?id=books&no_cache=1

Whitehead M, 1990, *The concepts and principles of equity and health*. Копенхаген. Регионален офис на СЗО за Европа, 1990 г.

Комисия на СЗО по социалните детерминанти на здравето, 2008, *Closing the gap in a generation*.

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

За допълнителна информация и справки моля, вижте Основния документ за пресата, свързан със Съобщение на Европейската комисия COM(2009) 567 относно неравенствата по отношение на здравето:

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf

Европейска комисия

Намаляване на неравенствата по отношение на здравето в Европейския съюз

Люксембург: Служба за публикации на Европейския съюз

2011 г. — 26 стр. — 25 × 17,6 см

ISBN 978-92-79-15030-2

doi: 10.2767/94884

Тази брошура, озаглавена „Намаляване на неравенствата по отношение на здравето в Европейския съюз“, дава актуална информация за неравенствата по отношение на здравето между държавите-членки на ЕС и в рамките на техните територии.

Тя разглежда няколко елемента, свързани с неравенствата по отношение на здравето (особено продължителността на живота), и изследва ролята на детерминантите на здравето със специален акцент върху „социалния градиент“, т.е. социалното измерение, което присъства почти във всички фактори, които оказват влияние върху здравословното състояние.

Представени са конкретни обяснения за ролята на европейските и националните политики в тази специфична област (включително възможности за финансиране) и за техния потенциален принос за намаляване на неравенствата по отношение на здравето.

Представени са и три казуса, които описват ползите, постигнати в области като детското здраве, здравето на търсещите работа и здравословното състояние на етническите малцинства.

Тази публикация е отпечатана на хартиен носител на всички официални езици на ЕС.

КАК ДА СЕ СДОБИЕМ С ПУБЛИКАЦИИТЕ НА ЕС?

Безплатни публикации:

- чрез EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- от представителствата или делегациите на Европейския съюз.
Можете да получите координатите им, като посетите следния адрес: (<http://ec.europa.eu>)
или като изпратите факс на следния номер: +352 2929-42758.

Платени публикации:

- чрез EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Платени абонаменти (например годишните издания на сериите на *Официален вестник на Европейския съюз*, *Сборника съдебна практика на Съда на Европейския съюз*):

- чрез някой от търговските представители на Службата за публикации на Европейския съюз (http://publications.europa.eu/others/agents/index_en.htm).

Вие се интересувате от публикациите на генерална дирекция
„Трудова заетост, социални въпроси и равни възможности“?

Можете да ги изтеглите от интернет или да се абонирате безплатно
за тях на адрес:

<http://ec.europa.eu/social/publications>

Можете също така да се абонирате за безплатния бюлетин на
Европейската комисия „Социална Европа“ на адрес

<http://ec.europa.eu/social/e-newsletter>

<http://ec.europa.eu/social>



■ Служба за публикации



www.facebook.com/socialeurope

ISBN 978-92-79-15030-2



9 789279 150302