

Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej

Spółeczna Europa



Komisja Europejska

Niniejsza publikacja jest finansowana w ramach unijnego programu na rzecz zatrudnienia i solidarności społecznej (2007–2013). Program ten jest zarządzany przez Dyрекcyję Generalną ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans Komisji Europejskiej. Program został ustanowiony w celu finansowego wspierania realizacji celów Unii Europejskiej w obszarze zatrudnienia i spraw społecznych, określonych w agendzie społecznej, aby w ten sposób przyczynić się do osiągnięcia celów strategii „Europa 2020” w tych dziedzinach.

Siedmioletni program skierowany jest do wszystkich zainteresowanych stron, które mogą pomóc w ukształtowaniu odpowiednich i skutecznych przepisów i polityki społecznej w całej UE-27, na obszarze EFTA–EOG oraz w krajach kandydujących do członkostwa w UE.

Misją programu PROGRESS jest zwiększenie udziału UE we wspieraniu wysiłków państw członkowskich i ich dążeń do stworzenia większej liczby lepszych miejsc pracy i do zbudowania bardziej spójnego społeczeństwa. Zgodnie z powyższymi założeniami program PROGRESS przyczynia się do:

- zapewnienia analizy i doradztwa strategicznego w obszarze polityk programu PROGRESS;
- monitorowania procesu wdrażania prawodawstwa i polityki UE w obszarach objętych programem PROGRESS oraz zapewnienia sprawozdawczości na ten temat;
- promowania dzielenia się wiedzą na temat polityki, uczenia się i wzajemnego wspierania państw członkowskich w zakresie celów i priorytetów UE;
- przekazywania opinii zainteresowanych stron i społeczeństwa jako całości.

Szczegółowe informacje można uzyskać pod następującym adresem internetowym:

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

Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej

Komisja Europejska

Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans

Dział E4

Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów

Dział C4

Tekst ukończono w czerwcu 2010 r.

Komisja Europejska, ani żadna osoba działająca w imieniu Komisji, nie odpowiada za sposób wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji.

© Zdjęcie na okładce: Unia Europejska – Michel Loriaux

Używanie i kopiowanie zdjęć nieobjętych prawami autorskimi Unii Europejskiej jest możliwe po uzyskaniu zgody bezpośrednio od właścicieli tych praw.

Europe Direct to serwis, który pomoże
Państwu znaleźć odpowiedzi na pytania
dotyczące Unii Europejskiej

Numer bezpłatnej infolinii *:
00 800 6 7 8 9 10 11

* Niektórzy operatorzy telefonii komórkowej nie udostępniają połączeń z numerami 00 800 lub pobierają za nie opłaty.

Wiele informacji o Unii Europejskiej można znaleźć w portalu Europa (<http://europa.eu>).
Dane katalogowe oraz streszczenie znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2011

ISBN 978-92-79-15045-6
doi:10.2767/97499

© Unia Europejska, 2011
Powielanie materiałów dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Printed in Germany
WYDRUKOWANO NA PAPIERZE BIELONYM BEZ CHLORU PIERWIASTKOWEGO (ECF)

Oświadczenia

John Dalli – komisarz ds. zdrowia i polityki konsumenckiej

Wierzę, że w przyszłości wszyscy obywatele Europy będą cieszyli się dobrym zdrowiem i dostępem do wysokiej jakości opieki medycznej, niezależnie od pochodzenia, miejsca zamieszkania czy zarobków. O taką przyszłość powinniśmy walczyć. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych jest sprawą najwyższej rangi.

Zrealizowanie tego celu wymaga zaplanowanych działań instytucji zdrowia publicznego oraz szeregu programów politycznych, mających wpływ na poziom zdrowia, w takich dziedzinach, jak ochrona socjalna, edukacja i środowisko. Wyzwanie stanowi wykorzystanie różnych narzędzi określonej polityki do stworzenia koalicji na rzecz działań podejmowanych przez rząd oraz społeczeństwo.

Dołożę wszelkich starań, aby nasz komunikat dotyczący nierówności zdrowotnych „Solidarność w zdrowiu” przyczynił się do osiągnięcia konkretnych rezultatów oraz do wspierania państw członkowskich w walce o wyrównanie poziomu zdrowia.

Będziemy się wymieniać dobrymi praktykami i wyciągniętymi wnioskami oraz wspomagać wykorzystanie środków unijnych do poprawy sytuacji zdrowotnej w regionach zagrożonych ubóstwem oraz wśród osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji. Ponadto Komisja będzie skutecznie monitorowała nierówności zdrowotne i tendencje w tym zakresie widoczne na obszarze Europy oraz zwiększy możliwości prowadzenia odpowiednich badań. Wspólnie dołożymy starań, aby zagwarantować skuteczność polityki UE w dążeniu do rozwiązania problemu. Prace rozwojowe w takich dziedzinach, jak e-zdrowie i ocena technologii medycznych w dużym stopniu przyczyniają się do zrównoważonego rozwoju systemów opieki medycznej i mogą stanowić duży wkład w proces zwalczania nierówności.

Jestem przekonany, że mimo kryzysu ekonomicznego i problemów budżetowych musimy podjąć wspólne działania na rzecz zapobiegania dalszemu zróżnicowaniu w poziomie zdrowia naszych społeczeństw. Jestem pewien, że w przyszłości będziemy myśleć z dumą o sukcesach odniesionych w walce z nierównościami zdrowotnymi na obszarze Europy.



László Andor – komisarz ds. zatrudnienia, spraw społecznych i włączenia społecznego

Mimo zdecydowanych postępów w dziedzinie medycyny nierówności między różnymi grupami społecznymi oraz między mieszkańcami różnych obszarów Unii Europejskiej są nadal zbyt duże. Nierówności zdrowotne są nie tylko przejawem braku sprawiedliwości, ale wiążą się też z dużymi kosztami ekonomicznymi i społecznymi.

Regularne poświęcanie uwagi społecznym determinantom zdrowia w warunkach pracy i warunkach życia może przyczynić się do zredukowania czynników zmniejszających spodziewaną długość życia i wpływających niekorzystnie na jego jakość i produktywność, a zwiększających wydatki na opiekę zdrowotną.

Wspieranie zatrudnienia, podnoszenie jakości pracy oraz bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w miejscu pracy mają kluczowe znaczenie dla sukcesów w dziedzinie poprawy stanu zdrowia. Musimy również zmierzyć się z problemami długoterminowego bezrobocia oraz ubóstwa, aby zminimalizować ich niekorzystny wpływ na ogólny poziom zdrowia. Naszym priorytetem powinna być również dostępność do niezbędnej ochrony socjalnej oraz skuteczne programy świadczeń, umożliwiające zmniejszenie wpływu niekorzystnych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych na zdrowie.

Musimy też pamiętać, że lepszy dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej może w znacznym stopniu przyczynić się do podniesienia poziomu zdrowia i wydłużenia życia w wielu regionach Unii Europejskiej, co umożliwiłoby zwiększenie spójności ekonomicznej, społecznej i terytorialnej.



Spis treści

1. Nierówności zdrowotne w UE	7
1.1. Nierówności zdrowotne w państwach członkowskich oraz pomiędzy nimi	7
1.2. Nierówności między grupami społecznymi	8
1.3. Szczególnie niski poziom zdrowia w grupach zagrożonych	8
2. Przyczyny nierówności zdrowotnych	9
2.1. Ogólne determinanty zdrowia	9
2.2. Zagadnienia związane z zatrudnieniem	11
2.3. Sytuacja finansowa a stan zdrowia – Skomplikowana zależność	11
2.4. Ochrona socjalna i redystrybucja – Czy korzystnie wpływa na poziom zdrowia?	11
2.5. Zagadnienie – Wydatki i budżety systemów opieki medycznej	12
2.6. Bieżący kryzys ekonomiczny i finansowy – Jaki jest jego wpływ?	13
3. Działania w związku z nierównościami zdrowotnymi w państwach członkowskich UE	13
STUDIUM PRZYPADKU 1. Wielka Brytania, Lokalne programy „Sure Start” – Wdrażanie „zrównoważonego uniwersalizmu”	14
STUDIUM PRZYPADKU 2. Węgry, „Opres Roma” – Podnoszenie świadomości w celu planowania zdrowych i trwałych domostw dla społeczności romskiej zamieszkującej Debreczyn	15
STUDIUM PRZYPADKU 3. Niemcy, Projekt „Job Fit Regional” – Łączenie zagadnień zdrowia i promocji zatrudnienia	16
4. Działania na poziomie UE	17
4.1. Komunikat Komisji w sprawie nierówności zdrowotnych	17
4.2. Europejska strategia zatrudnienia	18
4.3. Współpraca z państwami członkowskimi	19
4.4. Strategia zdrowotna UE	19
4.5. Fundusze UE	19
4.6. Prawodawstwo	20
4.7. Rynek wewnętrzny	21
4.8. Edukacja i młodzież	21
Załączniki	
Przydatne adresy i linki	22
Krótką bibliografią	22



© Unia Europejska

1. Nierówności zdrowotne w UE

W porównaniu z poprzednimi pokoleniami średnia długość życia obywateli Unii Europejskiej (UE) jest obecnie wyższa, a poziom zdrowia na obszarze UE w ostatnich latach stale się poprawiał. Jednocześnie istnieją jednak duże (prawdopodobnie powiększające się) nierówności zdrowotne zarówno w poszczególnych państwach członkowskich UE, jak i między nimi.

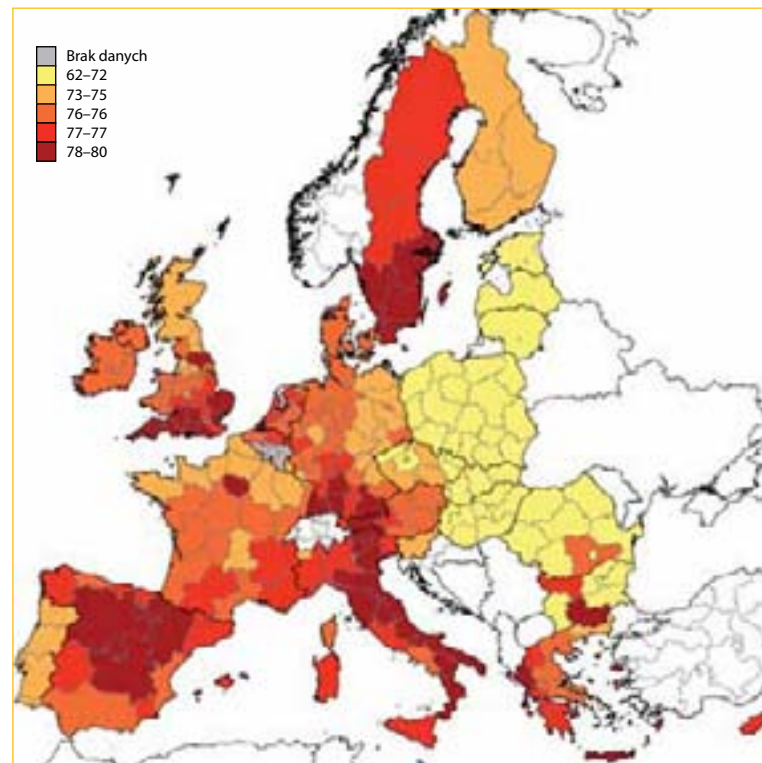
W ocenie Komisji Europejskiej nierówności te są wyzwaniem dla zaangażowania UE w ideę solidarności, spójności społecznej i ekonomicznej oraz praw człowieka i równych szans. Komisja będzie zatem wspierała państwa członkowskie i zaangażowane podmioty w zwalczaniu wspomnianych problemów na różnych poziomach społeczeństwa.

1.1. Nierówności zdrowotne w państwach członkowskich oraz pomiędzy nimi

Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia daje pewne wyobrażenie o poziomie zdrowia populacji jako całości. Jak ustalono, między poszczególnymi regionami UE istnieją znaczące różnice. W 2006 r. różnice między państwami członkowskimi o najwyższej i najniższej oczekiwanej długości życia wynosiły 8 lat w przypadku kobiet i 14 lat w przypadku mężczyzn. W kilku krajach różnice między oczekiwaną długością życia obywateli i średnim wskaźnikiem UE wzrosły w ciągu ostatnich 20 lat.

Poważne różnice, sięgające nawet 20 lat, występują także pod względem liczby lat przeżytych w dobrym zdrowiu (lata zdrowego życia), przy czym mieszkańcy środkowej i wschodniej części UE (w szczególności mężczyźni) średnio przeżywają w dobrym zdrowiu mniej lat.

Spodziewana długość życia w momencie urodzenia dla mężczyzn 2002–2004, NUTS 2



Źródło: Eurostat.



Istotne różnice między państwami członkowskimi można również dostrzec we współczynnikach umieralności niemowląt, przedwczesnej umieralności, możliwej do uniknięcia umieralności oraz bardziej subiektywnych wskaźnikach poziomu zdrowia, takich jak samoocena stanu zdrowia, choroby przewlekłe czy spadek sprawności w okresie ostatnich sześciu miesięcy życia.

Na różnice w oczekiwanej długości życia wpływa wysoka umieralność i zachorowalność na choroby układu sercowo-naczyniowego, urazy i przemoc, rak oraz choroby związane ze spożyciem alkoholu. Ich przyczyny, takie jak gorsze warunki życia i warunki pracy, palenie tytoniu, niewłaściwa dieta i spożywanie alkoholu, występują częściej w krajach o mniejszej oczekiwanej długości życia.

1.2. Nierówności między grupami społecznymi

Poza różnicami między państwami członkowskimi zidentyfikowano również „gradient społeczny” w stanie zdrowia. W przypadku osób o niskim wykształceniu, zajmujących niższe stanowiska lub o niskim dochodzie, a także wśród niektórych mniejszości narodowych w wielu państwach członkowskich długość życia jest często niższa, a częstotliwość występowania większości problemów zdrowotnych wyższa.

Wpływ tych zmiennych na zdrowie zaczyna się w młodości i utrzymuje się przez resztę życia. Różnice w oczekiwanej długości życia w chwili urodzenia pomiędzy

grupami znajdującymi się w lepszej i gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej (np. między pracownikami fizycznymi a wykwalifikowaną kadrą, osobami z wykształceniem podstawowym a osobami z wykształceniem wyższym, z dolnych i górnych kwintyli dochodów) wahają się w zakresie 4–10 lat w przypadku mężczyzn i 2–7 lat w przypadku kobiet. W niektórych państwach członkowskich różnice te nasiliły się w ciągu ostatnich kilku dziesięcioleci. Również współczynnik umieralności niemowląt jest wyższy w grupach znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej, a nierówności związane z tym współczynnikiem wzrosły w kilku krajach.

1.3. Szczególnie niski poziom zdrowia w grupach zagrożonych

W grupach takich, jak mieszkańcy obszarów słabo rozwiniętych i osoby zagrożone ubóstwem, bezrobotne i zatrudnione nielegalnie, bezdomne, niepełnosprawne, chore umysłowo lub przewlekłe chore, osoby starsze pobierające niską emeryturę oraz osoby samotnie wychowujące dzieci, poziomy zachorowalności i przedwczesnej umieralności są zwykle wyższe.

Wciąż utrzymują się nierówności zdrowotne między obywatelami i niektórymi grupami imigrantów, zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i dostępu do opieki medycznej. Imigranci mogą częściej zapadać na choroby zakaźne, takie jak gruźlica, HIV/AIDS lub zapalenie wątroby, co wpływa na ogólny poziom zdrowia. Takie osoby mogą też być bardziej narażone na choroby niezakaźne (np. choroby układu sercowo-naczyniowego) oraz problemy ze zdrowiem psychicznym. Może to wynikać z połączenia warunków społeczno-ekonomicznych i środowiskowych w kraju pochodzenia, faktu przeniesienia się do innego kraju oraz konieczności dostosowania się do nowego otoczenia¹.

Ponadto istnieje zależność między nierównościami zdrowotnymi w kraju a ogólnym zdrowiem mieszkańców – im większe są nierówności, tym gorszy jest poziom zdrowia ogółu mieszkańców. Zmniejszenie nierówności zdrowotnych w poszczególnych państwach członkowskich może zatem przyczynić się do zmniejszenia nierówności pomiędzy nimi.

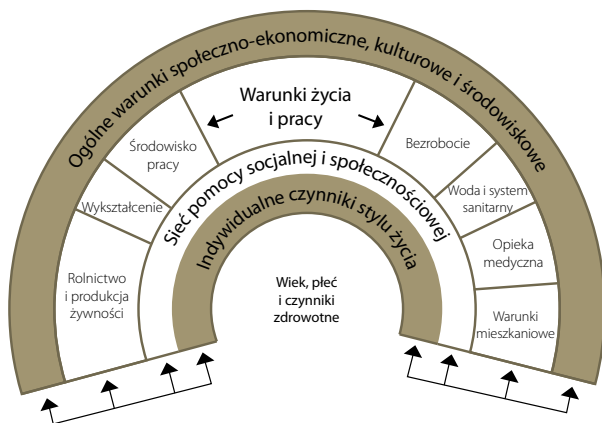
¹ Konkluzje Rady w sprawie zdrowia i migracji w UE z 2007 r.

2. Przyczyny nierówności zdrowotnych

2.1. Ogólne determinanty zdrowia

Istnieje kilka modeli przedstawiania zależności między różnymi determinantami a zdrowiem. Model Dahlgrena i Whiteheada, stosowany przez Światową Organizację Zdrowia, ilustruje przyczyny nierówności na schemacie „tęczowo-warstwowym”. Różnice poziomów zdrowia nie są losowe. Wynikają z systematycznych nierówności w rozkładzie wpływających na nie czynników.

Model determinantów zdrowia Dahlgrena i Whiteheada



Źródło: Dahlgren, Whitehead, WHO Europe 2007 „Europejskie strategie zwalczania nierówności zdrowotnych w społeczeństwie: wyrównywanie poziomów”, część 2, w odniesieniu do D&G, wcześniejsze źródło 1993.

Warunki życia i pracy wpływają na zdrowie przez bezpośrednie i pośrednie mechanizmy fizyczne i psychiczne. Oddziaływanie niektórych czynników jest odczuwane przez długi czas. Przykładowo, złe warunki życia w dzieciństwie mogą mieć wpływ na zdrowie w późniejszym okresie życia. Poziom narażenia na





czynniki niekorzystnie oddziałujące na zdrowie różni się w zależności od miejsca zamieszkania i sytuacji zawodowej. Jeśli chodzi o warunki mieszkaniowe, część obywateli UE nie ma dostępu do bieżącej wody, odpowiednich pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, energii, centralnego ogrzewania i izolacji cieplnej, a ponadto mieszka w warunkach dużej wilgotności i zatlóczenia. Ciężka praca fizyczna może niekorzystnie wpływać na zdrowie, podobnie jak niedostateczna kontrola pracy, niesprawiedliwy system wynagrodzenia oraz zagrożenia fizyczne i psychiczne w miejscu pracy. Jednocześnie odpowiednie zarządzanie, dobre warunki pracy oraz silne więzi społeczne w pracy mogą wpływać na zdrowie korzystnie.

Nawyki wpływające na zdrowie, np. dieta, poziom aktywności fizycznej, spożycie alkoholu i wyrobów tytoniowych oraz zachowania seksualne są zależne od czynników społeczno-ekonomicznych i kulturowych. Może to częściowo tłumaczyć różnice między grupami społecznymi oraz między krajami i obszarami. Jak wynika z większości badań, indywidualne nawyki odpowiadają za 25–35% różnic zdrowotnych. W zakresie zdrowej diety, palenia tytoniu, spożywania alkoholu i aktywności fizycznej oraz wpływu tych czynników na nadwagę i zły stan zdrowia między krajami i grupami społeczno-ekonomicznymi Europy istnieją znaczne różnice.

Czynniki psychospołeczne, np. ciężkie przeżycia, uczucie wykluczenia i marginalizacji, brak kontroli nad wydarzeniami w życiu oraz wykonywanie trudnych zawodów przy niedostatecznym wynagrodzeniu, mogą prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

Pozycja społeczna w przeszłości również może wpłynąć na stan zdrowia jednostki. Przykładowo, pozycja społeczno-ekonomiczna rodziny (w tym dochód oraz środki poświęcone na wykształcenie) może mieć duże znaczenie dla przyszłego wykształcenia dziecka, jego perspektywy zawodowych, dochodów i zdrowia. Wyniki niektórych badań wskazują na związek wysokiej pozycji społeczno-ekonomicznej rodziców z mniejszym ryzykiem wystąpienia wylewu i raka żołądka w życiu dorosłym. Niska pozycja społeczno-ekonomiczna matki jest uważana za częstą przyczynę niedowagi noworodka – zjawiska, którego konsekwencje są odczuwane przez całe życie. Ponadto, jak już wspomniano, gorsze warunki życia dziecka mogą być odczuwalne na dalszych etapach życia.

Różnice w stylu życia oraz warunkach życia i warunkach pracy według wieku, płci i statusu społeczno-ekonomicznego
QA24 Czy poniższe stwierdzenia dotyczą Pani/Pana osoby? (można udzielać wielu odpowiedzi)

		Jestem osobą palącą	Mam nadwagę	Nie wykonuję ćwiczeń fizycznych lub ćwiczę bardzo rzadko	Nie odżywiam się zdrowo	Spożywam zbyt dużo alkoholu	Mieszkam w hałaśliwym otoczeniu	Mieszkam lub pracuję w bardzo zanieczyszczonym otoczeniu	Odczuwam stres w miejscu pracy	Moje relacje osobiste cechuje stres	Żadne z powyższych (ODPOWIEDZ SPONTANICZNA)	Nie wiem
	UE-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%
	Płeć											
	Mężczyzna	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%
	Kobieta	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%
	Wiek											
	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%
	Wykształcenie ukończone przed (wiek)											
	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%
	Osoba ucząca się	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	Skala zatrudnienia respondentów											
	Własna działalność	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Menedżerowie	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Pracownicy umysłowi	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Pracownicy fizyczni	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Osoby pracujące w domu	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Bezrobotni	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Emeryci	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
	Studenci	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%

Źródło: Eurobarometr 283.



2.2. Zagadnienia związane z zatrudnieniem

Zagadnienia związane z zatrudnieniem mają duże znaczenie dla określania stanu zdrowia. Bezrobocie jest związane ze zwiększonym ryzykiem pogorszenia zdrowia psychicznego, wykluczenia społecznego oraz samobójstwa. Jak już wspomniano, na zdrowie w znacznym

stopniu wpływają także jakość i warunki pracy.

Dobre warunki w miejscu pracy, czyli na przykład niskie *ryzyko urazów, ograniczony kontakt z substancjami chemicznymi i biologicznymi*, oznaczają korzyści zdrowotne. Zgodnie z wynikami licznych badań jakość i warunki pracy w znacznym stopniu wpływają na zdrowie. Na przykład *małe obciążenie fizyczne, brak stresu, wysoki poziom kontroli nad życiem zawodowym, możliwość zdobywania umiejętności, wysoka pensja i perspektywy awansu* wpływają korzystnie na stan zdrowia. Równocześnie brak wsparcia w miejscu pracy oraz niepewność dotycząca dalszego zatrudnienia zwiększa ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, w tym wystąpienia depresji.

Zawodowe ryzyko zdrowotne różni się znacząco w zależności od sektora. Młodzi pracownicy są zwykle niedoinformowani co do zagrożeń w miejscu pracy, a przez to bardziej narażeni na niebezpieczeństwo. Pracownicy zatrudnieni tymczasowo lub na czas określony są bardziej zagrożeni wypadkami w miejscu pracy i chorobami zawodowymi.

2.3. Sytuacja finansowa a stan zdrowia – Skomplikowana zależność

Wyniki gospodarcze, których miernikiem jest produkt krajowy brutto (PKB) na mieszkańca, a także zasięg ubóstwa różnią się w poszczególnych obszarach

Europy. Stale utrzymuje się także znaczna nierówność w zakresie dochodów. W 2006 r. całkowity dochód najbogatszych 20% populacji był 4,8 razy większy od dochodu najuboższych 20%. Jak wynika z wielu badań, nierówność w zakresie dochodów to jeden z czynników odpowiadających za różnice zdrowotne między krajami oraz między jednostkami. Ta nierówność wynika w dużej mierze ze stopnia rozwarstwienia społecznego, za które odpowiadają takie czynniki, jak sytuacja polityczna, normy i wartości społeczne oraz polityka ekonomiczna, społeczna, edukacyjna, środowiskowa i zdrowotna.

Niemniej ogólna zależność między rozwojem gospodarczym i zdrowiem jest skomplikowana. Jak dowodzą badania, sam rozwój gospodarczy nie prowadzi do zmniejszenia różnic zdrowotnych. Niezbędna jest odpowiednia polityka oraz większe zaangażowanie w programy świadczeń socjalnych. Przełożenie PKB na mieszkańca na stan zdrowia obywateli oraz równość zdrowotną zależy w znacznym stopniu od odpowiedniej polityki na rzecz zmniejszania różnic oraz poprawy ogólnego stanu zdrowia przez optymalne wykorzystanie dostępnych środków. Warto również zauważyć, że dzięki takim czynnikom, jak dieta, niektóre państwa członkowskie oraz regiony UE charakteryzują się korzystniejszymi wskaźnikami zdrowia niż bardziej rozwinięte gospodarczo obszary UE.

2.4. Ochrona socjalna i redystrybucja – Czy korzystnie wpływa na stan zdrowia?

Różnice w zakresie rozmiaru i zasięgu systemów ubezpieczeń społecznych można zaobserwować na obszarze całej UE, również w związku z budżetami przeznaczonymi na służbę zdrowia oraz ochroną osób pozostających poza rynkiem pracy. Biorąc pod uwagę znaczenie ubóstwa jako determinantu zdrowia, zasięg redystrybucji oraz ochrony socjalnej można powiązać z nierównością zdrowotną, ponieważ ustalono, że polityka redystrybucji dochodu zmniejsza ryzyko ubóstwa o 38%.

2.5. Zagadnienie – Wydatki i budżety systemów opieki medycznej

Rozmiar budżetu może decydować o zdolności służby zdrowia do zaspokojenia potrzeb obywateli. Państwa członkowskie, które charakteryzują się mniejszą oczekiwaną długością życia i wysokim poziomem niezaspokojonych potrzeb medycznych często przeznaczają mniej środków na służbę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca i na odsetek PKB.

Dostępność (w tym infrastruktura, wyposażenie i liczba specjalistów) oraz jakość opieki medycznej i łatwość korzystania z niej są niezwykle ważne dla eliminacji nierówności, ponieważ wpływają na prawdopodobieństwo zmniejszenia zachorowalności i uniknięcia przedwczesnych zgonów. Problemem dla systemów opieki zdrowotnej jest brak zasobów (finansowych i ludzkich) oraz ich nierówny rozdział geograficzny i społeczny. Powyższe problemy wpływają na sposób i szybkość diagnozowania oraz leczenia chorób, co z kolei ma znaczenie dla ogólnego stanu zdrowia mieszkańców.

Jakość opieki medycznej ma kluczowe znaczenie dla utrzymania zdrowia publicznego na wysokim poziomie. Przykładowo, co roku 3 mln obywateli UE ulegają zakażeniom związanym z opieką zdrowotną, a 50 tys. umiera w ich wyniku. Nierówny dostęp do dobrej opieki zdrowotnej przekłada się na bardzo duże różnice w zakresie umieralności możliwej do uniknięcia.

W kontekście dostępu do opieki zdrowotnej można również zaobserwować różnice społeczno-ekonomiczne. Istnieje wyraźna zależność z dochodami nierówność w odniesieniu do niezaspokojonych potrzeb medycznych. Osoby w dolnych kwintylach dochodu częściej zgłaszają niezaspokojone potrzeby na skutek oczekiwania, bezpośrednich kosztów lub odległości od placówek opieki medycznej. Rodziny o mniejszym dochodzie zazwyczaj muszą pokonać większą odległość, aby dostać się do szpitala lub lekarza rodzinnego. Co więcej, osoby o mniejszych dochodach mają mniejsze szanse na przyjęcie do szpitala lub wizytę u specjalisty. W szeregu wspólnych sprawozdań na temat ochrony socjalnej i włączenia społecznego zidentyfikowano bariery dostępu, takie jak brak ubezpieczenia zdrowotnego,



bezpośrednie koszty opieki, różnice geograficzne w dostępności do usług, czas oczekiwania i przeszkody kulturowe.

Duża wysokość wydatków na prywatną opiekę medyczną w stosunku do dochodu rodziny może zniechęcać grupy znajdujące się w trudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej do korzystania z niezbędnych usług, co w niektórych krajach prowadzi do znacznych nierówności zdrowotnych.

2.6. Bieżący kryzys ekonomiczny i finansowy – Jaki jest jego wpływ?

Trudne warunki makroekonomiczne mogą bardzo niekorzystnie wpływać na zdrowie. Często prowadzą do większego stresu oraz ryzykownych nawyków, takich jak spożywanie alkoholu i palenie. Może to mieć niekorzystny wpływ na zdrowie, a także prowadzić do depresji, osłabienia układu odpornościowego i wypadków, a w konsekwencji odbijać się na zdrowiu i wykształceniu w rodzinach, w szczególności w przypadku dzieci. Przedłużający się kryzys ekonomiczny może mieć długotrwale negatywne konsekwencje dla zdrowia. Objawy wypalenia zawodowego mogą pojawić się dopiero po latach, a nie tygodniach czy miesiącach od momentu zwolnienia z pracy.

Coraz większe ograniczenie dostępu do wysokiej jakości opieki medycznej i społecznej, w szczególności w przypadku osób z grup znajdujących się w trudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej, to kolejny efekt pogorszenia koniunktury. Jeżeli w ramach reakcji na kryzys dostęp do opieki zostanie uzależniony od posiadanych środków finansowych lub jeśli państwo członkowskie ograniczy środki przeznaczane na opiekę medyczną i społeczną, wynikiem będzie mniejszy zasięg opieki lub spadek jej jakości.

Trudna sytuacja finansowa systemu opieki zdrowotnej może zmusić kraj do zrewidowania polityki dotyczącej determinantów zdrowia oraz poszukiwania większej skuteczności i wydajności. To również może prowadzić do nierównego dostępu do opieki.

3. Działania w związku z nierównościami zdrowotnymi w państwach członkowskich UE

Wszystkie państwa członkowskie UE zaangażowały się w zmniejszanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej oraz w poprawę poziomu zdrowia w ramach otwartej metody koordynacji. Dowodem podejmowanych działań są sprawozdania państw członkowskich analizowane we wspólnych rocznych sprawozdaniach dotyczących ochrony socjalnej i włączenia społecznego. Ponadto istnieje szereg źródeł informacji na temat inicjatyw politycznych podejmowanych przez państwa członkowskie, które okazały się skuteczne w zwalczaniu nierówności zdrowotnych. Znajduje się wśród nich sprawozdanie sporządzone na potrzeby prezydencji brytyjskiej w 2005 r., zatytułowane „Nierówności zdrowotne: wyzwanie dla Europy” oraz projekty koordynowane przez Eurohealthnet: „Eliminowanie nierówności: strategie w walce z nierównościami zdrowotnymi” i trwający obecnie projekt „Determine” wraz z odpowiednią stroną internetową (www.health-inequalities.eu).

Źródła te służą gromadzeniu informacji z państw członkowskich na temat zwalczania nierówności zdrowotnych. Najwięcej danych pochodzi z Wielkiej Brytanii, gdzie przez ponad dziesięć lat wdrożono kompleksowe strategie i prowadzono liczne badania.

Zgromadzone dane wskazują, że wiele państw członkowskich podziela poniższe wnioski. W celu zilustrowania przykładów wybrano studia przypadku z kilku krajów.

1. Zrównoważony uniwersalizm: „Aby zmniejszyć rozmiary »gradientu społecznego« w kontekście poziomu zdrowia, działania muszą mieć wymiar uniwersalny, a jednocześnie skalę i natężenie dostosowane do rozmiarów nierówności” („Fair Society, Healthy Lives – Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010” opublikowane przez „The Marmot Review” w lutym 2010 r.)². Dotyczy to w szczególności programów promocji zdrowia i zapobiegania chorobom dla obszarów słabiej rozwiniętych, rodzin zagrożonych oraz grup znajdujących się w trudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej (np. matki, dzieci, młodzi rodzice oraz osoby powyżej 50 roku życia).

STUDIUM PRZYPADKU 1. Wielka Brytania, Lokalne programy „Sure Start” – wdrażanie zrównoważonego uniwersalizmu¹

Programy „Sure Start”, oparte na holistycznym podejściu do problemu nierówności zdrowotnych, stanowią połączenie opieki nad dziećmi, wczesnej edukacji, opieki zdrowotnej i wsparcia dla rodzin wychowujących dzieci poniżej 5 roku życia. Ta inicjatywa stanowi wkład rządu brytyjskiego w zmniejszanie nierówności zdrowotnych z perspektywy ubóstwa dzieci i wykluczenia społecznego. Programy są wdrażane lokalnie w centrach „Sure Start” rozmieszczonych na obszarach słabiej rozwiniętych.

Podejście „Sure Start” łączy instytucje świadczące usługi w sektorze publicznym, np. w zakresie opieki zdrowotnej, usług społecznych i wczesnej edukacji, a także organizacje charytatywne, prywatne i społeczne, jak również samych rodziców w celu świadczenia wspólnych usług na rzecz młodszych dzieci i ich rodzin, bazując na potrzebach dzieci i oczekiwaniach ich rodziców.

Najważniejsze osiągnięcia: Badanie wpływu w ramach krajowego podsumowania programu „Sure Start” objęło 9 tys. dzieci w wieku 3 lat oraz ich rodziny. Zidentyfikowano korzyści w następujących obszarach: szczepienia, przypadkowe urazy i rozwój społeczny. Z punktu widzenia rodziców program okazał się korzystny dla wychowania dzieci i zwiększył częstotliwość korzystania z usług służących wspieraniu rozwoju dzieci i rodzin.

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

² <http://www.marmot-review.org.uk>



© Getty Images

2. W opinii państw członkowskich akcje regionalne i lokalne wspierane działaniami krajowymi i unijnymi są niezwykle ważne dla osiągnięcia wyników. Lokalne władze muszą identyfikować członków własnych społeczności zagrożonych pogorszeniem stanu zdrowia. Aby dotrzeć do takich osób, regionalni działacze mogą tworzyć infrastrukturę lokalną i społeczną.



STUDIUM PRZYPADKU 2. Węgry, „Opre Roma” – Podnoszenie świadomości w celu planowania zdrowych i trwałych domostw dla społeczności romskiej zamieszkującej Debreczyn*

Głównym celem tej inicjatywy było podnoszenie świadomości problemów związanych ze środowiskiem, energią i nawykami zdrowotnymi wśród społeczności, planowanie zrównoważonego, energooszczędnego i zdrowego budownictwa, a także sporządzenie planów budownictwa lokalnego, które mogą być niezwłocznie zrealizowane.

Członkowie społeczności zostali w pełni zaangażowani w rozwój tych planów i otrzymali niezbędne szkolenie w zakresie zarządzania gospodarstwem domowym i oszczędnego zużycia energii. Osoby uczestniczące w projekcie zyskały przede wszystkim umiejętność powiązania spraw zdrowia z budownictwem i środowiskiem.

Najważniejsze osiągnięcia: warunki mieszkaniowe zostały określone jako kluczowy czynnik dla stanu zdrowia, wpływający na nierówności zdrowotne. Jednym z największych osiągnięć była poprawa warunków mieszkaniowych i wybudowanie nowych domów z pełnym poszanowaniem kultury romskiej.

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



3. Nawiązywanie partnerstwa z sektorem non-profit, firmami i rynkiem pracy może również być skuteczną metodą podnoszenia świadomości i zachęcania do działań na rzecz osób bardziej zagrożonych problemami zdrowotnymi.

STUDIUM PRZYPADKU 3. Niemcy, Projekt „Job Fit Regional” – Połączenie zagadnień zdrowia i promocji zatrudnienia*

Głównym celem było utworzenie z pomocą pracodawców ram instytucjonalnych dla promocji zdrowia. Instytucje zajmujące się wspieraniem osób poszukujących pracy przeprowadziły tematyczne sesje szkoleniowe. Także publiczne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych są ważnymi partnerami tego projektu, ponieważ prowadzą akcje na rzecz konkretnych grup.

Wyszukiwanie osób bezrobotnych i pracę z nimi podporządkowano specjalnej metodologii^{**}, aby bardzo dokładnie ocenić indywidualne poziomy zdrowia (w szczególności za pośrednictwem wyczerpujących rozmów motywacyjnych na tematy związane ze zdrowiem) i stworzyć plan promocji zdrowia. Różne programy, w szczególności kursy profilaktyczne dotyczące metod walki ze stresem i szkolenia grupowe, są finansowane z obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Sesje szkoleniowe zostały zaplanowane specjalnie z myślą o personelu służb zatrudnienia i instytucji podnoszących kwalifikacje.

Dzięki wdrożeniu tego programu instytucje pośrednictwa pracy i podnoszenia kwalifikacji osób bezrobotnych, a także publiczne zakłady ubezpieczeń nawiązały ścisłą współpracę w celu poprawy sytuacji zdrowotnej osób bezrobotnych w swoich rejonach.

Najważniejsze osiągnięcia: projekt został entuzjastycznie przyjęty przez instytucje. Dzięki programowi osiągnięto poprawę nawyków zdrowotnych (w szczególności pod względem aktywności fizycznej i odżywiania się), zmniejszenie stresu psychospołecznego i podwyższenie kwalifikacji.

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

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

4. Mierniki i regularny monitoring wskaźników nierówności zdrowotnych stanowi ważny etap wstępny do skutecznego działania, w szczególności na obszarach słabiej rozwiniętych. Gromadzenie informacji przez regularne monitorowanie wskaźników zdrowotnych może wspomagać podnoszenie świadomości i umożliwiać twórcom polityki identyfikowanie zakresu nierówności i obszarów ich występowania (rodzaje chorób i przyczyny umieralności).

5. Włączanie oceny wpływu na zdrowie oraz badań i kontroli równości zdrowotnej do polityki jest skuteczną metodą szerzenia międzysektorowej świadomości nierówności zdrowotnych i ich determinantów społecznych.

W opinii państw członkowskich oraz w badaniach podsumowujących liczne działania polityczne zostały uznane za skuteczne w zwalczaniu nierówności zdrowotnych.

W Holandii i Wielkiej Brytanii podjęto środki mające na celu poprawienie dostępu do informacji na temat ryzyka związanego z paleniem oraz do usług ułatwiających zerwanie z nałogiem dla osób z obszarów mniej rozwiniętych i z grup znajdujących się w trudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej.

W tych obszarach odsetek osób palących jest wciąż wyższy w porównaniu z bardziej zamożnymi grupami.

Poprawa opieki prenatalnej (badania i szczepienia) oraz opieki po porodzie, w tym badania noworodków i wsparcie dla rodziców, takie jak zapewnianie informacji na temat odżywiania się, palenia przez rodziców i pozycji podczas snu, to element kluczowy dla podnoszenia ogólnego poziomu zdrowia. Wielka Brytania i Polska wprowadziły programy opieki przed- i pourodzeniowej dla osób z obszarów uboższych i grup znajdujących się w trudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej w celu zmniejszenia nierówności w zakresie umieralności noworodków i małych dzieci. W Holandii podobny program ma objąć imigrantów. Programy tego typu wspierają lekarzy rodzinnych i szpitale oraz obejmują wizyty u zagrożonych matek w okresie od wczesnej ciąży do 2 roku życia dziecka.

4. Działania na poziomie UE

4.1. Komunikat Komisji na temat nierówności zdrowotnych

20 października 2009 roku Komisja Europejska przyjęła komunikat „Solidarność w zdrowiu: zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE”³. Prace nad komunikatem prowadzili wspólnie komisarz ds. zdrowia i komisarz ds. polityki socjalnej. Oparto się w nim na dotychczasowych osiągnięciach i zidentyfikowano przedstawione poniżej obszary wymagające dalszych działań.

Kluczowe działania określone w komunikacie:

- uwzględnienie dążenia do zmniejszenia różnic zdrowotnych w ogólnym rozwoju ekonomicznym i społecznym. Można się zastanowić, czy stały nadzór nad wskaźnikami nierówności zdrowotnych ułatwiłby monitorowanie społecznego wymiaru przyszłej strategii lizbońskiej (Europa 2020);
- poprawa współpracy z państwami członkowskimi, zainteresowanymi stronami i regionami;
- zwiększanie wsparcia UE dla badań w zakresie nierówności zdrowotnych;
- kontrola polityki w celu ustalenia wpływu na zmniejszanie nierówności zdrowotnych;
- zachęcanie państw członkowskich do lepszego wykorzystania możliwości oferowanych przez politykę spójności UE, fundusze strukturalne i politykę rozwoju obszarów wiejskich WPR w związku z determinantami nierówności zdrowotnych;

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

- działania ukierunkowane na grupy zagrożone, takie jak mniejszości narodowe, imigranci i społeczności romskie;
- badanie możliwości osiągnięcia efektów synergii w ramach zapewnianego przez Komisję wsparcia rozwoju i działań w kontekście nierówności zdrowotnych;
- usprawnianie procedur pomiaru i monitorowania nierówności zdrowotnych. Pierwsze sprawozdanie ma zostać opublikowane w 2012 r.

4.2. Europejska strategia zatrudnienia

Znaczenie zatrudnienia dla poziomu zdrowia przedstawiono w szeregu unijnych wytycznych:

Wytyczna w sprawie zatrudnienia 17 ma na celu poprawę jakości i produktywności pracy oraz modernizację systemów ochrony socjalnej. Bezpieczeństwo i higiena pracy to jeden z kluczowych czynników dla zapewnienia dobrych warunków pracy. Jest to również ważny element przyciągający większą liczbę osób na rynek pracy, w szczególności w obliczu starzenia się populacji Europy, a co za tym idzie stanowi znaczący wkład w zmniejszanie nierówności zdrowotnych.

Wytyczna w sprawie zatrudnienia 18 promuje podejście uwzględniające cykl życia i wymaga wspierania aktywności osób starszych oraz odpowiednich warunków pracy i lepszej higieny pracy w celu wydłużenia życia zawodowego obywateli. Wzywa również do promowania nowoczesnych systemów ochrony socjalnej, także w obszarze opieki zdrowotnej. Wytyczna podkreśla też znaczenie lepszej higieny pracy dla ograniczenia zachorowań, co pozwala zwiększyć produktywność pracowników.



Wytyczna w sprawie zatrudnienia 21 promuje oraz upowszechnia innowacyjne i elastyczne formy organizacji pracy w celu poprawy jakości i produktywności, a także bezpieczeństwa i higieny pracy. Zachęca do wdrażania modelu stycznego rynku pracy i bezpieczeństwa socjalnego (*flexicurity*) w celu wspierania pracowników, włącznie z osobami mniej wykwalifikowanymi oraz znajdującymi się na marginesie rynku pracy, aby ułatwić im funkcjonowanie w bardziej złożonym, zróżnicowanym i nieprzewidywalnym, a przez to wymagającym życiu zawodowym.

Wytyczna w sprawie zatrudnienia 23 podkreśla potrzebę skupienia się na nowych umiejętnościach do nowych zadań w celu promowania dostępu do całego rynku pracy oraz zapewnienia innowacji i jakości w pracy.

4.3. Współpraca z państwami członkowskimi

UE wspiera działania państw członkowskich mające na celu rozwiązywanie wspólnych problemów przez ułatwienie dialogu i wymiany najlepszych praktyk oraz koordynację polityki z państwami członkowskimi i między nimi oraz z zainteresowanymi organizacjami. Wśród mechanizmów takiej współpracy znajdują się: otwarta metoda koordynacji, Komitet Ochrony Socjalnej i grupa ekspertów UE ds. uwarunkowań społecznych i nierówności zdrowotnych. W 2010 r. Rada przyjęła konkluzje w sprawie równości i zdrowia ⁴, których celem jest zachęcanie państw członkowskich do dalszego rozwijania polityki i działań służących zmniejszaniu nierówności zdrowotnych oraz do aktywnej wymiany najlepszych praktyk.

4.4. Strategia zdrowotna UE

Równość zdrowotna jest kluczowym elementem strategii zdrowotnej UE i ważnym wymiarem polityki oraz inicjatyw dotyczących takich zagadnień, jak palenie wyrobów tytoniowych, otyłość, spożywanie alkoholu, młodzi ludzie i zdrowie psychiczne. Utrzymywana jest ścisła współpraca ze Światową Organizacją Zdrowia, Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju oraz Radą Europy. Ponadto prowadzone są w tej dziedzinie działania badawcze i rozwojowe.

⁴ Konkluzje Rady w sprawie równości i zdrowia we wszystkich obszarach polityki. Solidarność w zdrowiu. 3019. posiedzenie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów, Bruksela, 8 czerwca 2010 r.

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

4.5. Fundusze UE

Wsparcie finansowe dla działań w zakresie nierówności zdrowotnych jest zapewniane za pośrednictwem szeregu programów i instrumentów UE.

Polityka spójności zapewnia wsparcie finansowe dla państw członkowskich w zakresie zwalczania nierówności regionalnych. Niedawno zdrowie zostało uznane za jedną z dziedzin objętych wsparciem Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) i Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), zgodnie ze strategicznymi wytycznymi Wspólnoty w dziedzinie spójności 2007–2013.⁵ Promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom, przekazywanie wiedzy, szkolenia i dostępność wysoko wykwalifikowanego personelu oraz infrastruktury to niektóre z obszarów objętych dofinansowaniem. W wytycznych zauważono, że istnieją „poważne różnice w poziomie zdrowia i opieki medycznej między regionami UE”, dlatego „kluczowe znaczenie dla spójności ma wspieranie placówek opieki medycznej. [...] Poprawa stanu zdrowia w ramach działań wspólnotowych oraz profilaktyka odgrywają ważną rolę w zmniejszaniu nierówności”.

Wspólna polityka rolna (WPR) sama nie jest polityką społeczną, ale jej elementy mogą wspierać zmniejszanie nierówności zdrowotnych, na przykład przez zagwarantowanie odpowiedniego poziomu życia rolników, dostępności zapasów żywności i rozsądnych cen. Za pośrednictwem WPR zapewniane jest wsparcie programu dopłat do spożycia mleka w szkołach oraz rozprowadzane są produkty rolne wśród ubogich grup społecznych. Niedawno zbadano również możliwość wniesienia przez WPR wkładu w promowanie zdrowego odżywiania się poprzez podkreślanie znaczenia owoców i warzyw w diecie. Ponadto polityka rozwoju obszarów wiejskich UE wspiera inwestycje w rozwój opieki społecznej i zdrowotnej, technologii i infrastruktury na obszarach wiejskich oraz szkolenia i akcje informacyjne na tematy społeczne i zdrowotne.

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

Program UE w dziedzinie zdrowia finansuje sieci działań, lokalne inicjatywy, przeglądy eksperckie, konferencje i innowacje polityczne w zakresie zdrowia publicznego.

W ramach programu PROGRESS (*Program UE na rzecz zatrudnienia i solidarności społecznej 2007–2013*) w marcu 2010 r. ogłoszono zaproszenie do składania wniosków w związku z działaniami określonymi w komunikacie Komisji, w szczególności przez wspieranie władz krajowych i regionalnych, krajów biorących udział w programie PROGRESS w celu umocnienia polityki w odniesieniu do nierówności zdrowotnych.



Europejski Fundusz na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich wspiera działania państw członkowskich ukierunkowane na włączenie imigrantów do społeczności europejskich. 7% całkowitego budżetu wynoszącego 825 mln euro zostanie przeznaczonych na wspieranie projektów związanych z integracją, w tym na dostęp do opieki medycznej. Pozostałych 93% zostanie wykorzystanych przez państwa członkowskie do wdrażania corocznego programu uzgodnionego z Komisją.

Program ramowy UE na rzecz badań również oferuje możliwości zwalczania nierówności zdrowotnych, w szczególności w ramach trzeciego filaru tematu „Zdrowie” programu współpracy stanowiącego część siódmego programu ramowego UE. Celem jest opracowanie metod badawczych i zapewnianie podstaw naukowych decyzji politycznych oraz bardziej wydajnych strategii w takich dziedzinach, jak promowanie zdrowia i determinanty zdrowia, z uwzględnieniem stylu życia oraz czynników społeczno-ekonomicznych i środowiskowych⁶.

4.6. Prawodawstwo

W celu poprawienia warunków pracy UE opracowała przepisy w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Unia Europejska monitoruje wdrażanie przepisów i finansuje badania.

Odsetek osób aktywnych zawodowo na terenie UE wynosi obecnie 48,3%. Zdrowie i bezpieczeństwo pracowników jest zatem bardzo ważne dla ogólnego zdrowia publicznego i wyeliminowania głównych czynników powodujących nierówności zdrowotne między państwami członkowskimi UE oraz ich obywatelami. Dyrektywa 91/383/WE ma na celu zapewnienie, aby pracownicy zatrudnieni na czas określony oraz tymczasowi byli objęci takimi samymi pro-

⁶ Decyzja Rady (2006/971/WE) z dnia 19 grudnia 2006 r. dotycząca programu szczegółowego „Współpraca”, wdrażającego siódmy program ramowy Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (2007–2013), Dz.U. L 400/127).

gramami bezpieczeństwa i opieki zdrowotnej jak inni pracownicy. W 2009 r. sporządzono sprawozdanie z procesu wdrażania dyrektywy w okresie do 2007 r. Ma ono na celu wskazanie potencjalnych braków w dyrektywie i ukierunkowanie przyszłych działań Komisji.

Jak wynika z oceny skutków wspólnotowej strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007–2012, strategię BHP zmniejszają częstotliwość wypadków w miejscu pracy i pomagają ofiarom wypadków oraz osobom przewlekle chorym zachować pracę lub powrócić do niej. Stanowią również platformę integracji imigrantów i mogą eliminować stresujące i monotonne warunki pracy, przyczyniające się do przedwczesnego pogorszenia stanu zdrowia, a przez to do wcześniejszego zakończenia kariery zawodowej.

Od 2000 r. oprócz przepisów dotyczących równego traktowania mężczyzn i kobiet w UE obowiązują również przepisy zakazujące dyskryminacji, zapewniające minimalny poziom równego traktowania i ochronę wszystkich osób zamieszkujących i pracujących na terenie Europy, niezależnie od rasy i narodowości, wyznania i przekonań, niepełnosprawności, orientacji seksualnej i wieku. Obejmują liczne aspekty życia codziennego – od miejsca pracy do wykształcenia, opieki zdrowotnej i dostępu do towarów i usług. W 2008 r. Komisja powołała rządową grupę ekspercką ds. przeciwdziałania dyskryminacji oraz promocji równości, która bada wpływ krajowych i unijnych środków zwalczania dyskryminacji i upowszechnia dobre praktyki w drodze partnerskiego uczenia się.

4.7. Rynek wewnętrzny

Prace nad procedurami w zakresie naruszeń dotyczących opieki zdrowotnej mogą ułatwić zniesienie barier dostępu do opieki zdrowotnej i przyczynić się do zmniejszenia cen takich usług, co oznacza korzyść dla obywateli z ubogich grup społeczno-ekonomicznych. Przykładem są przepisy dotyczące swobody przedsiębiorczości oraz świadczenia usług, ograniczenia dotyczące posiadania i rozmieszczenia aptek oraz posiadania laboratoriów i ich godzin pracy.

W szerszym ujęciu wszystkie inicjatywy Komisji są obecnie oceniane pod względem możliwości wpływu ekonomicznego, społecznego i środowiskowego, w szczególności na różne grupy społeczne i ekonomiczne oraz istniejące nierówności.

4.8. Edukacja i młodzież

Zdrowie fizyczne i psychiczne oraz zdrowy tryb życia są promowane jako kompetencje społeczne i obywatelskie w zaleceniu w sprawie kluczowych kompetencji⁷, którego celem jest zachęcanie państw członkowskich do rozwijania wspomnianych kompetencji u wszystkich w ramach strategii uczenia się przez całe życie. Komisja zaproponowała również nową strategię unijną na rzecz młodzieży⁸, która podkreśla podatność młodzieży na zagrożenia i wskazuje działania mające na celu polepszenie stanu zdrowia młodych ludzi, w szczególności zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Niniejsza broszura zawiera szeroki przegląd nierówności zdrowotnych w UE oraz niektórych programów politycznych mających na celu zmniejszanie tych nierówności.

W celu uzyskania dalszych informacji prosimy skorzystać z poniższych linków lub skontaktować się z Komisją Europejską (bezpłatna europejska infolinia: **00 800 6 7 8 9 10 11**).



⁷ Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie (2006/962/WE).

⁸ COM(2009) 200 z 27.4.2009, Strategia UE na rzecz młodzieży – Inwestowanie w młodzież i mobilizowanie jej do działania.

Przydatne adresy i linki

Komisja Europejska:

Komunikat w sprawie nierówności zdrowotnych

<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

Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów – Determinanty społeczne w zdrowiu

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

Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans

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

Dyrekcja Generalna ds. Polityki Regionalnej

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

Rada Unii Europejskiej

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

Konkluzje Rady w sprawie równości i zdrowia we wszystkich obszarach polityki – solidarność w zdrowiu

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

Eurostat

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

WHO-OMS

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

Komisja Światowej Organizacji Zdrowia ds. Determinantów Społecznych Zdrowia

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

Inne strony internetowe wspomniane w niniejszym dokumencie (informacje – lista niepełna)

<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>

Krótką bibliografia

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, Departament Zdrowia Publicznego Holandii dla Komisji Europejskiej

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

Mackenbach, J. P., 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, 2006, Niezależny raport eksperta zlecony przez prezydencję brytyjską UE

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., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. i Weber, G. (red.), 2005, *Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim, Instytut Badań nad Wymiarem Ekonomicznym Starzenia się (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*, Kopenhaga, Europejskie biuro regionalne Światowej Organizacji Zdrowia

Komisja Światowej Organizacji Zdrowia ds. Determinantów Społecznych Zdrowia, 2008, *Closing the gap in a generation*.

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

Dalsze informacje są dostępne w dokumencie wprowadzającym pakiet prasowy dotyczący komunikatu COM(2009) 567 w sprawie nierówności zdrowotnych:

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

Komisja Europejska

Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej

2011 — 23 str. — 25 x 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15045-6

doi:10.2767/97499

Niniejsza broszura, zatytułowana *Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej*, zawiera aktualne informacje na temat nierówności zdrowotnych na obszarze Unii Europejskiej, zarówno w ujęciu międzynarodowym, jak i krajowym.

W broszurze podsumowano kilka zagadnień związanych z nierównościami pod względem zdrowia (w szczególności trwania życia), a także omówiono rolę determinantów zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem „gradientu społecznego”, tzn. społecznego wymiaru praktycznie wszystkich czynników wpływających na stan zdrowia.

Ponadto w publikacji szczegółowo wyjaśniono rolę polityki europejskiej oraz krajowej w omawianym zakresie (w tym możliwości finansowania), a także ich wpływ na potencjalne zmniejszanie nierówności zdrowotnych.

Trzy studia przypadku posłużyły do zobrazowania sukcesów odniesionych w takich dziedzinach, jak zdrowie dzieci, zdrowie osób poszukujących pracy i stan zdrowia mniejszości narodowych.

Niniejsza publikacja jest dostępna w formie drukowanej we wszystkich językach urzędowych UE.

JAK OTRZYMAĆ PUBLIKACJE UE

Publikacje bezpłatne:

- w EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)
- w przedstawicielstwach i delegaturach Unii Europejskiej (dane kontaktowe można uzyskać pod adresem (<http://ec.europa.eu>) lub wysyłając faks pod numer +352 2929-42758)

Publikacje płatne:

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

Płatne subskrypcje (np. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej*, zbiory orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej):

- u dystrybutorów Urzędu Publikacji Unii Europejskiej (http://publications.europa.eu/others/agents/index_pl.htm)

Publikacje Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans można pobrać lub bezpłatnie zaprenumerować na stronie:

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

Ponadto można zaprenumerować bezpłatny biuletyn Komisji Europejskiej zatytułowany „Europa Socjalna” na stronie:

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

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



Urząd Publikacji



www.facebook.com/socialeurope

ISBN 978-92-79-15045-6



9 789279 150456