

Reducerea inegalităților în materie de sănătate în Uniunea Europeană

Europa socială



Comisia Europeană

Această publicație este susținută prin Programul Comunității Europene pentru ocuparea forței de muncă și solidaritate socială (2007-2013). Acest program este administrat de Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Egalitatea de Șanse a Comisiei Europene. Programul a fost înființat pentru susținerea financiară a punerii în aplicare a obiectivelor Uniunii Europene în domeniile ocupării forței de muncă și afacerilor sociale stabilite prin Agenda socială și pentru a contribui astfel la îndeplinirea obiectivelor Strategiei Europa 2020 în aceste domenii.

Programul, derulat pe parcursul a șapte ani, este destinat tuturor părților interesate care pot contribui la dezvoltarea unei legislații și a unor politici sociale și de ocupare a forței de muncă eficiente și adecvate, pe tot cuprinsul UE-27, AELS-SEE, plus țările candidate și precandidate.

PROGRESS are misiunea de a întări contribuția UE în sprijinul angajamentelor și eforturilor statelor membre, de a crea locuri de muncă mai multe și mai bune și de a construi o societate mai solidară. În acest sens, PROGRESS va fi folosit pentru:

- asigurarea de analiză și consultanță pentru politici în domeniile care fac obiectul programului PROGRESS;
- monitorizarea și raportarea cu privire la punerea în aplicare a legislației și a politicilor UE în domeniile care fac obiectul programului PROGRESS;
- promovarea transferului de politici, a învățării și a sprijinului între statele membre cu privire la obiectivele și prioritățile UE, precum și
- preluarea și transmiterea opiniilor părților interesate și ale societății în ansamblul ei.

Pentru mai multe informații, consultați:

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

Reducerea inegalităților în materie de sănătate în Uniunea Europeană

Comisia Europeană

Direcția Generală Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Egalitatea de Șanse

Unitatea E4

Direcția Generală Sănătate și Consumatori

Unitatea C4

Manuscris finalizat în iunie 2010

Comisia Europeană și orice persoană care acționează în numele Comisiei nu sunt răspunzătoare pentru utilizarea care poate fi dată informațiilor conținute în prezenta publicație.

Foto copertă: © Uniunea Europeană – Michel Loriaux

Pentru orice utilizare sau reproducere a fotografiilor asupra cărora Uniunea Europeană nu deține drepturi de autor, trebuie solicitată permisiunea direct de la deținătorul (deținătorii) drepturilor de autor.

Europe Direct este un serviciu care vă
ajută să găsiți răspunsuri la întrebările pe
care le aveți despre Uniunea Europeană

Un număr unic gratuit (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Anumiți operatori de telefonie mobilă nu permit accesul la
numerele 00 800 sau pot factura aceste apeluri.

Numeroase alte informații despre Uniunea Europeană sunt disponibile pe internet pe serverul Europa (<http://europa.eu>).
O fișă catalografică, precum și un rezumat apar la sfârșitul prezentei publicații.

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2011

ISBN 978-92-79-15047-0
doi:10.2767/97943

© Uniunea Europeană, 2011
Reproducerea textului este autorizată cu condiția menționării sursei.

Printed in Germany

TIPĂRIT PE HÂRTIE ÎNĂLBITĂ FĂRĂ CLOR ELEMENTAR (ECF)

Declarații

John Dalli – Comisarul pentru sănătate și protecția consumatorilor

Cred într-o Europă în care toți cetățenii trăiesc în condiții bune de sănătate și au acces la servicii medicale de calitate, indiferent cine sunt, unde locuiesc și cât câștigă. Aceasta este Europa pentru care trebuie să luptăm. Reducerea inegalităților în materie de sănătate este o prioritate majoră.



Reducerea inegalităților în materie de sănătate necesită o acțiune concertată între politica de sănătate publică și o serie de alte politici care au un impact asupra sănătății, printre care protecția socială, educația și mediul. Provocarea constă în modul în care vom utiliza diferitele instrumente politice pentru a construi coaliții eficiente de acțiune în cadrul guvernului și al societății.

Mă angajez să fac în așa fel încât comunicarea privind inegalitățile în materie de sănătate „Solidaritate în domeniul sănătății” să ducă la rezultate concrete și la sprijinirea eforturilor statelor membre în acoperirea deficitelor în domeniul sănătății, prin toate mijloacele de care dispunem.

Împărtășirea celor mai bune practici și a lecțiilor învățate și sprijinirea canalizării oportunităților de finanțare asigurate de UE în beneficiul sănătății în regiunile defavorizate și în cele mai sărace sunt câteva dintre mijloacele pe care le vom pune în practică. Comisia va asigura, de asemenea, o mai bună monitorizare a inegalităților și a tendințelor în materie de sănătate în Europa și va extinde oportunitățile de cercetare în acest domeniu. În cele din urmă, vom acționa împreună pentru a garanta că politicile UE vor contribui la rezolvarea problemei, acolo unde va fi posibil. Activitatea în domeniul în curs de dezvoltare precum e-sănătatea și evaluarea tehnologiilor din domeniul sănătății contribuie în mod esențial la sustenabilitatea sistemelor de sănătate și pot avea o contribuție-cheie la combaterea inegalităților în materie de sănătate.

În aceste timpuri de criză economică și presiuni bugetare, consider că trebuie să ne unim forțele pentru a garanta că deficitelor în domeniul sănătății din societățile noastre

nu se vor mai mări. Sunt încrezător că, în anii care vor urma, vom privi înapoi cu mândrie când vom realiza că acțiunile noastre au jucat un rol în reducerea inegalităților în materie de sănătate în Europa.

László Andor – Comisarul pentru ocuparea forței de muncă, afaceri sociale și incluziune

S-au făcut progrese considerabile în domeniul sănătății; în ciuda acestui fapt, nivelul inegalităților dintre diferitele grupuri sociale și dintre cetățenii care locuiesc în diferite părți ale Uniunii Europene rămâne inacceptabil de mare. Inegalitățile în materie de sănătate nu sunt doar nedrepte, ci au și un cost economic și social uriaș.

Acordarea unei atenții mai mari și mai constante factorilor sociali ai sănătății în cadrul condițiilor de muncă și de trai pot să ne ajute să reducem factorii care micșorează speranța de viață și afectează în mod negativ viețile oamenilor, nivelurile productivității și cheltuielile cu asistența medicală.

Creșterea numărului de locuri de muncă, creșterea calității muncii și asigurarea unui mediu de lucru sănătos și sigur pentru toți sunt esențiale pentru îmbunătățirea rezultatelor în domeniul sănătății. Trebuie, de asemenea, să combatem șomajul și sărăcia pe termen lung, ca să reducem efectele lor negative asupra stării generale de sănătate. Pe lângă aceasta, trebuie să depunem eforturi pentru a oferi o protecție socială corespunzătoare și accesibilă, cu măsuri de siguranță eficiente, pentru a diminua impactul circumstanțelor economice și sociale nefavorabile asupra sănătății.

În concluzie, și acest lucru este foarte important, un acces mai bun la servicii de asistență medicală de calitate poate contribui în mod substanțial la o stare de sănătate mai bună și la o viață mai îndelungată în multe regiuni din Uniunea Europeană, contribuind astfel la asigurarea coeziunii economice, sociale și teritoriale.



Cuprins

1. Inegalitățile în materie de sănătate în UE	7
1.1. Inegalitățile în materie de sănătate dintre statele membre și în interiorul acestora	7
1.2. Inegalitățile dintre grupurile sociale	8
1.3. Starea de sănătate precară în rândul grupurilor vulnerabile	8
2. Cauzele inegalităților în materie de sănătate	9
2.1. Factorii generali ai stării de sănătate	9
2.2. Aspecte referitoare la ocuparea forței de muncă	11
2.3. Bunăstarea și sănătatea: o relație complexă	11
2.4. Transferurile și protecția socială: contribuie acestea la starea de sănătate?	11
2.5. În centrul atenției: cheltuielile și bugetele pentru asistența medicală	12
2.6. Care este impactul crizei economice și financiare actuale?	13
3. Măsuri privind inegalitățile în materie de sănătate în statele membre UE	13
STUDIU DE CAZ 1 Regatul Unit – Programele locale Sure Start: aplicarea „universalismului proporțional”	14
STUDIU DE CAZ 2 Ungaria – Opre Roma: sensibilizarea publicului pentru planificarea unor locuințe sănătoase și sustenabile într-o comunitate de romi care trăiește în Debrecen	15
STUDIU DE CAZ 3 Germania „Job Fit Regional”: promovarea legăturii dintre sănătate și ocuparea forței de muncă	16
4. Acțiunea la nivelul UE	17
4.1. Comunicarea Comisiei privind inegalitățile în materie de sănătate	17
4.2. Strategia europeană privind ocuparea forței de muncă	18
4.3. Cooperarea cu statele membre	19
4.4. Strategia UE privind sănătatea	19
4.5. Fondurile UE	19
4.6. Legislația	20
4.7. Piața internă	21
4.8. Educația și tinerii	21
Anexe	
Linkuri și referințe utile	22
Bibliografie selectivă	22



© Uniunea Europeană

1. Inegalitățile în materie de sănătate în UE

Cetățenii Uniunii Europene (UE) trăiesc, în medie, mai mult și în condiții mai sănătoase decât generațiile anterioare, iar nivelurile stării de sănătate s-au îmbunătățit continuu în UE în ultimele decenii. În același timp, există inegalități mari și posibil în creștere în materie de sănătate atât între statele membre UE, cât și în interiorul lor.

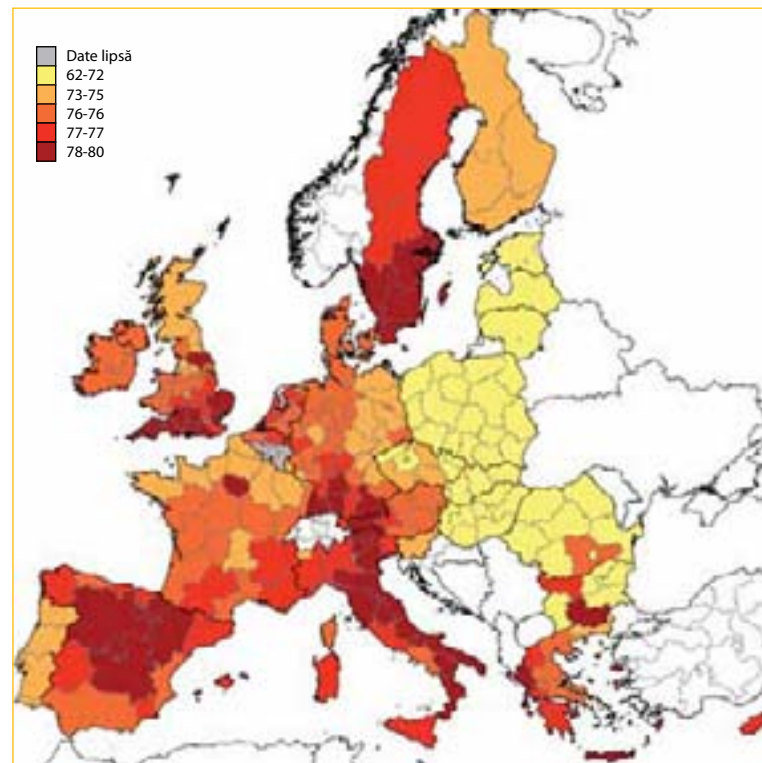
Comisia Europeană consideră aceste inegalități o provocare la adresa angajamentului UE pentru solidaritate, coeziune socială și economică, drepturile omului și egalitatea de șanse. Prin urmare, Comisia este hotărâtă să sprijine statele membre și părțile interesate de la diferite niveluri ale societății în eforturile lor de a le combate.

1.1. Inegalitățile în materie de sănătate dintre statele membre și în interiorul acestora

Speranța de viață la naștere poate oferi o idee asupra nivelurilor stării de sănătate a populației în general și există diferențe majore între regiunile UE. În 2006, diferența dintre statele membre cu cele mai ridicate și, respectiv, cele mai scăzute rate ale speranței de viață era de opt ani la femei și de 14 ani la bărbați. Pentru multe țări, decalajul dintre speranța de viață la nivel național și media UE a crescut în ultimele două decenii.

Există, de asemenea, diferențe de până la 20 de ani în ceea ce privește numărul de ani trăiți cu o stare de sănătate bună (ani de viață sănătoasă), populația din partea centrală și estică a UE, în special bărbații, trăind, în medie, mai puțini ani cu o stare de sănătate bună.

Speranța de viață la naștere la bărbați 2002-2004, NUTS 2



Sursă: Eurostat.



© AFP/Beiga

Diferențe majore s-au înregistrat, de asemenea, în ceea ce privește mortalitatea infantilă, mortalitatea prematură, mortalitatea evitabilă și măsurători ale stării de sănătate mai subiective, precum starea generală de sănătate autopercepută și bolile de lungă durată sau limitarea activității înregistrate în ultimele șase luni.

Mortalitatea și morbiditatea ridicată cauzate de bolile cardiovasculare, leziuni și violență, cancer și boli pe fondul consumului de alcool contribuie la diferențele în ceea ce privește speranța de viață. Factorii de risc care stau la baza acestor condiții, precum condițiile de trai și de muncă mai precare, fumatul, alimentația și consumul de alcool, sunt mai pronunțate în țările cu speranțe de viață mai scăzute.

1.2. Inegalitățile dintre grupurile sociale

Pe lângă diferențele dintre statele membre, a fost identificată o variabilă socială în starea de sănătate. Persoanele cu un nivel de educație scăzut, dintr-o clasă ocupațională inferioară sau cu venituri mici, precum și etnicii minoritari din multe state membre tind să moară la o vârstă mai tânără și, în cazul lor, prevalența majorității tipurilor de probleme de sănătate este mai ridicată.

Impactul acestor variabile asupra sănătății începe la o vârstă tânără și persistă pe tot parcursul vieții. Diferențele în ceea ce privește speranța de viață la naștere din-

tre grupurile socioeconomice cu veniturile cele mai mici și, respectiv, cele mai mari (de exemplu, între ocupațiile manuale și cele profesionale, persoanele cu educație primară și postsecundară și cincimile cu veniturile cele mai scăzute și, respectiv, cele mai ridicate) variază între 4 și 10 ani la bărbați și între 2 și 7 ani la femei. În unele state membre, decalajul s-a adâncit în ultimele decenii. Pe lângă aceasta, mortalitatea infantilă este mai ridicată în cadrul grupurilor socioeconomice cu veniturile cele mai mici, iar inegalitățile legate de acest factor au crescut, de asemenea, în mai multe țări.

1.3. Starea de sănătate precară în rândul grupurilor vulnerabile

Grupuri precum persoanele din zonele defavorizate și cele care trăiesc în sărăcie, șomerii și angajații nedeclarați oficial, persoanele fără adăpost, persoanele cu handicap, bolnavii psihic sau cu boli cronice, persoanele în vârstă cu pensii mici și părinții singuri sunt predispuși să înregistreze niveluri mai ridicate ale bolilor și decesului prematur.

Inegalitățile dintre resortisanți și unele grupuri de migranți persistă atât în ceea ce privește starea de sănătate, cât și accesul la serviciile de sănătate. Migranții ar putea fi mai vulnerabili la bolile transmisibile, cum ar fi tuberculoza, HIV/SIDA sau hepatita, fapt care are un impact asupra nivelurilor generale de sănătate. Aceștia ar putea, de asemenea, să fie expuși unor riscuri mai mari ale bolilor netransmisibile (de exemplu, bolile cardiovasculare) și ale problemelor de sănătate mentală. Acestea pot apărea atât din cauza condițiilor socioeconomice, cât și a celor de mediu din țările lor de origine, a procesului de mutare într-o altă țară și a necesității de adaptare la un mediu nou în țările-gazdă (!).

Pe lângă aceasta, se pare că există o legătură între inegalitățile în materie de sănătate dintr-o regiune și starea generală de sănătate a populației, și anume, cu cât este mai ridicată inegalitatea, cu atât mai precară este starea de sănătate a populației în general. Reducerea inegalităților în interiorul statelor membre ar putea astfel să ajute la reducerea inegalităților dintre statele membre.

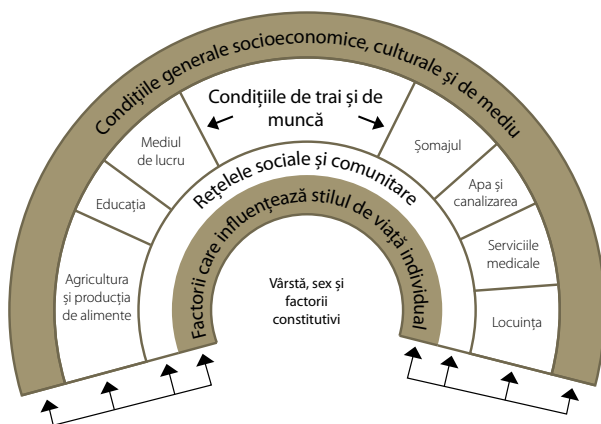
(!) Concluziile Consiliului din 2007 privind sănătatea și migrația în UE.

2. Cauzele inegalităților în materie de sănătate

2.1. Factorii generali ai stării de sănătate

Există mai multe modele care încearcă să demonstreze legătura dintre diferiți factori și starea de sănătate. Modelul Dahlgren și Whitehead, utilizat de către Organizația Mondială a Sănătății, prezintă cauzele inegalităților sub formă de curbă. Nivelurile de sănătate nu variază întâmplător, ci sunt rezultatul diferențelor sistematice în distribuția factorilor care le influențează.

Modelul factorilor stării de sănătate Dahlgren-Whitehead



Sursă: Dahlgren, G., Whitehead, M., OMS Europa 2007, „European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2” (Strategii europene pentru soluționarea inegalităților sociale în materie de sănătate: creșterea nivelului de dificultate Partea 2) cu referire la D&G/sursa anterioară 1993.

Condițiile de trai și de muncă afectează sănătatea prin mecanisme fizice și psihologice directe și indirecte. Impactul anumitor factori este resimțit pentru o perioadă lungă de timp. De exemplu, condițiile grele din copilărie pot afecta sănătatea mai târziu în viață. Expunerea la factori care influențează starea de





sănătate diferă în funcție de locul unde trăiesc acele persoane și de situația lor profesională. În ceea ce privește locuința, există segmente ale populației UE care nu au acces la apă curentă, la facilități corespunzătoare pentru igienă corporală, la energie la un preț accesibil, la un sistem de încălzire centralizat și izolație, care locuiesc în condiții de umezeală și supraaglomerare. Munca solicitantă din punct de vedere fizic poate influența negativ starea de sănătate, la fel ca nivelurile scăzute ale controlului muncii, dezechilibrul dintre efort și recompensă și expunerea la riscuri fizice și mentale la locul de muncă. Pe de altă parte, buna gestionare, condițiile bune de muncă și existența unor legături sociale puternice la locul de muncă pot avea efecte pozitive asupra stării de sănătate.

Comportamentele legate de sănătate, cum ar fi dieta, nivelurile de activitate fizică, consumul de tutun și alcool și comportamentul sexual, sunt influențate de factorii socioeconomi și culturali. Aceasta poate explica parțial diferențele în materie de sănătate între grupurile sociale și între țări și regiuni. Majoritatea studiilor estimează că atitudinea individuală reprezintă între 25 și 35% din diferențele în domeniul sănătății populației. Există variații mari între țările europene și grupurile socioeconomice în ceea ce privește alimentația sănătoasă, incidența fumatului, consumul de alcool și activitatea fizică și consecințele acestor factori, cum ar fi obezitatea și starea de sănătate precară.

Factorii psihosociale, cum ar fi evenimentele negative din viață, sentimentele de excludere și marginalizare, lipsa controlului asupra evenimentelor din viața unei persoane și exercitarea unei profesii solicitante pentru o recompensă financiară insuficientă pot să contribuie la deteriorarea stării de sănătate.

Pozițiile sociale din trecut pot, de asemenea, influența starea de sănătate a individului. De exemplu, statutul socioeconomic al familiei (inclusiv veniturile și interesul față de educație) poate juca un rol mare în stabilirea nivelului de educație al copilului, perspectivele de angajare, veniturile și sănătatea. Unele studii arată că statutul socioeconomic ridicat al părinților reduce riscul de infarct și de cancer la stomac la maturitate. Lipsurile socioeconomice ale mamei sunt în strânsă legătură cu greutatea scăzută la naștere, care influențează starea de sănătate a unei persoane pe tot parcursul vieții. În plus, după cum s-a arătat deja, condițiile de viață precare din copilărie pot avea o influență într-o etapă ulterioară.

Diferențe în stilurile de viață și condițiile de trai și de muncă în funcție de vârstă, sex și statut socioeconomic
 QA24 Vă rog să-mi spuneți care dintre următoarele întrebări și răspunsuri se aplică în cazul dumneavoastră (sunt posibile mai multe răspunsuri)

		Fumați	Sunteți supraponderal	Nu faceți niciodată exerciții fizice sau faceți foarte rar	Nu consumați hrană foarte sănătoasă	Aveți tendința de a consuma puțin mai mult alcool	Locuiți într-un mediu zgomotos	Locuiți sau lucrați într-un mediu care este foarte poluat	Suferiți de stres la locul de muncă	Suferiți de stres în relațiile dumneavoastră personale	Niciunul dintre răspunsurile anterioare (spontan)	Nu știu	
	UE-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%	
	Gen												
	Bărbați	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%	
	Femei	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%	
	Vârstă												
	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%	
	Educație (studii finalizate)												
	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%	
	Studentți	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%	
	Ocupația respondenților												
	Lucrători pe cont propriu	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%	
	Manageri	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%	
	Alți funcționari	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%	
	Meseriași	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%	
	Persoane casnice	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%	
	Șomeri	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%	
	Pensionari	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%	
Studentți	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%		

Sursă: Eurobarometru 283.



2.2. Aspecte referitoare la ocuparea forței de muncă

Aspectele referitoare la ocuparea forței de muncă contribuie la determinarea stării de sănătate a oamenilor, iar șomajul este asociat cu un risc mărit de sănătate mentală precară, excludere socială și suicid. După cum s-a menționat anterior, calitatea locului de muncă și condițiile de lucru au, de asemenea, un efect semnificativ asupra stării de sănătate.

Un mediu de lucru bun, cum ar fi acela care limitează expunerea la *riscuri fizice sau agenți chimici și biologici*, este benefic stării de sănătate. O serie de studii sugerează că calitatea locului de muncă și condițiile de muncă afectează starea de sănătate în mod considerabil. De exemplu, *stresul și presiunea fizică scăzute, gradul înalt de control asupra vieții profesionale a unei persoane, oportunitățile de dezvoltare a unor abilități noi, salariul mare și perspectivele de progres*, toate acestea contribuie la o stare de sănătate bună. Pe de altă parte, lipsa sprijinului la locul de muncă și sentimentul de nesiguranță în ceea ce privește locul de muncă cresc riscul de îmbolnăvire, inclusiv de depresie.

Riscurile ocupaționale pentru sănătate variază semnificativ la nivel intersectorial. Lucrătorii tineri sunt, de obicei, mai puțin informați despre acest lucru și, prin urmare, sunt mai expuși la riscurile ocupaționale. Lucrătorii angajați pe o perioadă fixă sau temporar sunt mai expuși riscurilor de accidente la locul de muncă și bolilor profesionale.

2.3. Bunăstarea și sănătatea: o relație complexă

Performanța economică, măsurată prin produsul intern brut (PIB) pe cap de locuitor, și nivelurile sărăciei variază în UE și se manifestă în continuare o inegalitate

semnificativă în materie de venituri. În 2006, veniturile totale ale celor mai bogați 20 % din populație au fost de 4,8 ori mai mari decât ale celor mai săraci 20 %. Multe studii arată că inegalitatea veniturilor este unul dintre numeroșii factori care stau la baza diferențelor în materie de sănătate între țări și indivizi. O astfel de inegalitate se datorează în mare parte gradului de stratificare socială produsă de factorii structurali, cum ar fi contextul politic, normele și valorile societății și politica economică, socială, educațională, de mediu și de sănătate.

Cu toate acestea, relația generală dintre creșterea economică și sănătate este complexă. Dovezile arată că, de una singură, creșterea economică nu poate aduce o reducere a inegalităților în materie de sănătate. Pentru a limita inegalitățile în materie de sănătate, creșterea economică trebuie să fie însoțită de măsuri politice suplimentare și de o atenție mai mare acordată distribuției beneficiilor. Pe lângă aceasta, transpunerea PIB-ului pe cap de locuitor în cetățeni sănătoși și egali în materie de sănătate depinde, într-o mare măsură, de doza politică potrivit pentru reducerea disparităților și pentru îmbunătățirea stării de sănătate generale prin optimizarea relațiilor dintre câștigul de sănătate și resursele disponibile. De asemenea, trebuie remarcat faptul că, datorită unor factori precum regimul, unele state membre și regiuni UE tind să aibă indicatori de sănătate mai favorabili decât unele dintre omoloagele lor cu mai mult succes din punct de vedere economic.

2.4. Transferurile și protecția socială: contribuie acestea la starea de sănătate?

În UE pot fi observate variații ale mărimii și acoperirii sistemelor de securitate socială, inclusiv în legătură cu bugetele pentru asistență medicală și protecția socială a persoanelor care nu se află pe piața muncii. Ținând cont de faptul că sărăcia este considerată un factor determinant important al stării de sănătate, dimensiunea redistribuirii și protecției sociale poate fi legată de inegalitatea în materie de sănătate, având în vedere că s-a estimat că politicile de redistribuire a veniturilor reduc riscul de sărăcie cu 38 %.

2.5. În centrul atenției: cheltuielile și bugetele pentru asistența medicală

Mărirea bugetelor pentru sănătate poate determina capacitatea sistemelor de sănătate de a satisface nevoile populației. Există o tendință a statelor membre cu o speranță de viață mai scăzută și niveluri înalte de nesatisfacere a nevoii de asistență medicală de a raporta, de asemenea, cheltuieli scăzute în domeniul sănătății pe cap de locuitor și ca procent din PIB.

Disponibilitatea (cuprinzând infrastructura, echipamentele și numărul de specialiști în sănătate), accesul la asistență medicală și calitatea acesteia sunt factori-cheie în determinarea inegalităților, deoarece influențează posibilitatea de a depăși morbiditatea și de a evita mortalitatea prematură. Sistemele de sănătate suferă din cauza lipsei resurselor (atât financiare, cât și umane) și a repartizării geografice și sociale inegale. Aceste probleme afectează modul și viteza cu care sunt diagnosticate și tratate bolile și, în consecință, au un impact asupra stării generale de sănătate a populației.

Calitatea asistenței medicale joacă un rol-cheie în asigurarea unor niveluri ridicate ale sănătății publice. Spre exemplu, 3 milioane de pacienți din UE suferă de infecții asociate asistenței medicale în fiecare an și 50 000 mor din cauza acestora. Diferențele în ceea ce privește accesul la asistență medicală de calitate se transpun în diferențe foarte mari în mortalitatea tratabilă.

Pot fi observate și diferențe socioeconomice în accesul la asistența medicală. Există un deficit clar la nivel de venituri în ceea ce privește necesitățile nesatisfăcute de asistență medicală. Cei care sunt în cincimea cu veniturile cele mai mici raportează mai des o necesitate nesatisfăcută din cauza timpului de așteptare, a costurilor financiare directe sau a distanței față de unitățile sanitare. Dovezile arată că, în medie, familiile cu venituri mai mici trebuie să meargă mai mult până la spital sau la medicul de familie. În plus, cei cu venituri mici au mai puține șanse să fie internați în spital sau să fie consultați de un medic specialist. Mai multe rapoarte comune privind protecția socială și incluziunea socială au identificat barierele în calea accesului, care cuprind lipsa acoperirii asigurării de sănătate, costurile financiare directe, diferențele geogra-



fițe în ceea ce privește disponibilitatea serviciilor, timpii de așteptare și obstacolele culturale.

În același timp, ratele înalte ale cheltuielilor medicale private ca proporție din venitul gospodăriei pot împiedica grupurile socioeconomice cu venituri mai mici să aibă acces la asistența medicală atunci când au nevoie de ea, contribuind astfel la o inegalitate crescută în materie de sănătate în unele țări.

2.6. Care este impactul crizei economice și financiare actuale?

Condițiile dificile de la nivel macroeconomic pot avea un efect negativ puternic asupra sănătății. Acestea duc adesea la niveluri de stres ridicate și la comportamente riscante, cum ar fi băutul și fumatul. Acest lucru poate el însuși să influențeze în mod negativ starea de sănătate și să ducă, în același timp, la factori precum depresia, slăbirea sistemului imunitar și accidente. Aceste efecte pot avea noi consecințe asupra stării de sănătate și a educației în cadrul familiilor, în special la copii. O criză economică pe termen lung poate avea efecte negative de lungă durată asupra sănătății. Simptomele stărilor de oboseală excesivă pot apărea mai degrabă după ani decât după săptămâni sau luni din momentul înregistrării exceselor.

Restricțiile crescute aplicate serviciilor de asistență medicală și socială de calitate, în special pentru acele grupuri socioeconomice cu venituri mici, sunt un alt efect al unei scăderi economice. Dacă accesul la asistență medicală va ajunge să depindă de posesia mijloacelor financiare sau dacă statele membre vor tăia resursele alocate pentru asistența medicală și socială ca răspuns la criză, rezultatul va fi o acoperire sau o calitate mai scăzută a asistenței medicale.

Presiunile financiare exercitate asupra sistemelor de sănătate pot determina țările să își revizuiască politica privind factorii stării de sănătate în căutarea unei eficiențe și a unei eficacități mai mari. Acest fapt poate, la rândul său, să sporească inegalitatea accesului la asistența medicală.

3. Măsuri privind inegalitățile în materie de sănătate în statele membre UE

Toate statele membre s-au angajat să reducă inegalitățile în materie de rezultate și acces la asistența medicală ca obiectiv al metodei deschise de coordonare. Rapoartele întocmite de statele membre care sunt analizate ca parte a rapoartelor comune anuale privind protecția socială și incluziunea socială prezintă măsurile pe care acestea le iau. Pe lângă aceasta, există un număr de surse de informații referitoare la inițiativele politice de la nivelul statelor membre care s-au dovedit a fi eficiente în combaterea inegalităților în materie de sănătate. Acestea cuprind raportul realizat pentru Președinția britanică din 2005, „Health Inequalities: a Challenge for Europe” (Inegalitățile în materie de sănătate: o provocare pentru Europa), proiectul coordonat de rețeaua Eurohealth, „Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe” (Acoperirea deficitului: strategii de acțiune pentru combaterea inegalităților în materie de sănătate) și proiectul „Determine” aflat în derulare sub coordonarea rețelei Eurohealth și site-ul internet al acestuia (www.health-inequalities.eu).

Aceasta colectează informații de la statele membre referitoare la strategiile de combatere a inegalităților în materie de sănătate. Cea mai mare cantitate de informații provine din Regatul Unit, unde de peste zece ani se dezvoltă strategii detaliate de combatere a inegalităților în materie de sănătate și unde au avut loc multe evaluări.

Informațiile actuale arată că multe state membre împărtășesc concluziile menționate mai jos. Pentru unele dintre acestea, a fost selectat un studiu de caz, ca exemplu.

1. Universalismul proporțional: „În scopul reducerii acutizării variabilei sociale în domeniul sănătății, măsurile trebuie să fie universale, dar la o scară și o de intensitate care să fie proporționale cu nivelul de avantajului” [„Fair Society, Healthy Lives - Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010” (Societate dreaptă, vieți sănătoase – analiză strategică a inegalităților în materie de sănătate în Anglia după 2010), publicat de „The Marmot Review”, februarie 2010 (?). Este cazul mai ales în ceea ce privește programele de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor pentru zonele defavorizate, familiile vulnerabile și grupurile socioeconomice cu venituri mici (de exemplu, mamele, copiii, părinții tineri și persoanele cu vârsta de peste 50 de ani).

STUDIUL DE CAZ 1 Regatul Unit – Programele locale Sure Start^{*}: aplicarea „universalismului proporțional”

Bazate pe o abordare holistică a inegalităților în materie de sănătate, programele locale Sure Start reunesc servicii pentru creșterea copilului, educația timpurie, sănătate și sprijinirea familiilor cu copii sub vârsta de 5 ani. Aceasta este una dintre contribuțiile guvernului britanic la reducerea inegalităților în materie de sănătate din perspectiva sărăciei în rândul copiilor și a excluziunii sociale. Aceste programe sunt implementate la nivel local, în centrele locale Sure Start, care se află în zonele defavorizate.

Abordarea Sure Start reunește furnizorii de servicii din sectorul de stat, cum ar fi sănătatea, serviciile de asistență socială și educația timpurie, precum și voluntari, organisme private și ale administrației locale și părinții înșiși, cu scopul de a oferi servicii integrate pentru copiii mici și familiile lor, ținând cont de ceea ce au nevoie copiii și ce doresc părinții la nivel local.

Rezultate-cheie: studiul de impact al evaluării naționale a centrelor Sure Start a vizat un număr de peste 9 000 de copii sub vârsta de 3 ani și familiile lor. Au fost identificate beneficii în următoarele domenii: imunizare, răniri accidentale și dezvoltare socială. În ceea ce privește părinții, studiul a arătat efecte benefice în educația parentală și o utilizare crescută a serviciilor destinate să sprijine dezvoltarea copilului și a familiei.

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

(?) <http://www.marmotreview.org>



© Getty Images

2. Statele membre consideră că acțiunile de la nivel regional și local, sprijinite de acțiunile de la nivel național și UE, sunt foarte importante pentru atingerea obiectivelor. Autoritățile locale trebuie să identifice persoanele din comunitățile lor care prezintă riscul de a avea o stare de sănătate mai fragilă. Pentru a ajunge la aceste persoane, actorii de la nivel regional pot construi infrastructura la nivel de cartier și de comunitate.



STUDIU DE CAZ 2 Ungaria – Opre Roma: sensibilizarea publicului pentru planificarea unor locuințe sănătoase și sustenabile într-o comunitate de romi care trăiește în Debrecen*

Obiectivele principale ale acestei inițiative au fost sensibilizarea în interiorul comunității la aspectele referitoare la mediu, energie și comportamentul față de sănătate, realizarea de planuri comunitare pentru locuințe durabile, cu consum redus de energie și sănătoase, dar și realizarea de planuri de locuințe sociale care să poată fi executate imediat.

Membrii comunității s-au implicat deplin în realizarea acestor planuri și au beneficiat de pregătire profesională în domeniile managementului gospodăriei și al economisirii de energie. Mai general, o deprindere-cheie însușită de persoanele implicate în acest proiect a fost legătura dintre sănătate și locuință și mediu.

Rezultate-cheie: condițiile de locuit au fost identificate drept un factor-cheie al stării de sănătate, jucând astfel un rol în ceea ce privește inegalitățile în materie de sănătate. Îmbunătățirea condițiilor de locuit și construirea de locuințe noi, ținând cont în totalitate de mediul cultural al romilor, a fost una dintre realizările-cheie ale acestui proiect.

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



© Getty Images

3. Construirea de parteneriate cu sectorul nonprofit, mediul afacerilor și piața forței de muncă poate să fie, de asemenea, un mijloc eficient de sensibilizare și de declanșare de acțiuni pentru a-i sprijini pe cei care prezintă un risc ridicat din cauza problemelor de sănătate.

STUDIU DE CAZ 3 Germania „Job Fit Regional”: promovarea legăturii dintre sănătate și ocuparea forței de muncă*

Obiectivul principal a fost utilizarea furnizorilor de locuri de muncă drept cadru instituțional pentru punerea în aplicare a promovării sănătății. S-au efectuat sesiuni de formare specifice de către instituțiile de formare care, în mod normal, au misiunea de a veni în sprijinul persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă. Instituțiile de asigurări de sănătate sunt și ele parteneri-cheie ai acestui proiect, deoarece și ele realizează acțiuni pe grupuri-țintă.

Persoanele fără loc de muncă au fost abordate și gestionate printr-o metodologie specifică** în vederea evaluării foarte precise a competenței de sănătate a persoanei (în special, o discuție medicală detaliată privind motivația) și realizarea unui plan de promovare a sănătății. Diferite programe, în special cursuri de prevenție, gestionare a stresului și sesiuni de formare pe grupuri-țintă sunt suportate financiar de către instituțiile de asigurări de sănătate. Sesiunile de formare au fost destinate în mod specific și pentru personalul furnizorilor de calificare și de locuri de muncă.

Datorită acestui program, instituțiile de ocupare și calificare pentru șomeri și instituțiile de asigurări de sănătate acționează în strânsă legătură în scopul îmbunătățirii stării de sănătate a persoanelor fără loc de muncă, în mediul lor propriu.

Rezultate-cheie: proiectul a fost foarte bine primit de către instituții. S-a constatat o îmbunătățire a comportamentului față de sănătate (în special activitatea fizică și nutriția) și reducerea stresului psihosocial, iar capacitatea de lucru s-a îmbunătățit datorită acestui program.

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

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

4. Măsurarea și raportarea periodică a indicatorilor inegalității în materie de sănătate este un pas important spre o acțiune eficientă, în special în zonele defavorizate. Colectarea de informații prin monitorizarea periodică a indicatorilor stării de sănătate poate susține sensibilizarea și poate permite factorilor de decizie politică să identifice gravitatea inegalităților și locurile în care se manifestă acestea (tipuri de boli și cauzele mortalității).

5. Aplicarea evaluărilor de impact asupra sănătății și a testelor și auditurilor privind egalitatea în materie de sănătate la toate politicile este o metodă eficientă de a genera sensibilizarea intersectorială cu privire la inegalitățile în materie de sănătate și factorii lor sociali.

Statele membre sau studiile de cercetare au considerat că există numeroase acțiuni politice specifice care sunt eficiente în combaterea inegalităților în materie de sănătate.

În Țările de Jos și în Regatul Unit s-au depus eforturi în vederea îmbunătățirii accesului la informațiile referitoare la riscurile tabagismului, precum și la serviciile pentru abandonarea fumatului pentru cei din zonele defavorizate și în grupurile socioeconomice dezavantajate.

Aceste zone demonstrează cu consecvență rate mai ridicate ale incidenței fumatului decât în cazul grupurilor mai înstărite.

Îmbunătățirea serviciilor medicale prenatale (examinare și imunizare) și postnatale, inclusiv examinarea nou-născuților și sprijinul parental, precum furnizarea de informații referitoare la nutriție, obiceiul fumatului la părinți și pozițiile de somn, reprezintă un element-cheie în creșterea nivelurilor generale ale stării de sănătate. Atât Regatul Unit, cât și Polonia au lansat programe astfel încât cei din zonele și/sau grupurile socioeconomice mai puțin prospere să poată primi asistență medicală prenatală și postnatală adecvată în vederea reducerii diferențelor în materie de mortalitate în rândul nou-născuților și al copiilor mici. Un program similar destinat migranților se află în curs de derulare în Țările de Jos. Aceste programe colaborează cu medicii de familie și cu spitalele și includ vizite la domiciliul mamelor vulnerabile, din primele luni ale sarcinii până când copilul ajunge la vârsta de doi ani.

4. Acțiunea la nivelul UE

4.1. Comunicarea Comisiei privind inegalitățile în materie de sănătate

La 20 octombrie 2009, Comisia a adoptat comunicarea „Solidaritatea în sănătate: reducerea inegalităților în materie de sănătate”⁽³⁾. La această comunicare au lucrat în comun comisarii pentru sănătate și pentru politica socială. Comunicarea se bazează pe activitatea existentă descrisă mai jos și identifică domeniile în care sunt necesare măsuri suplimentare.

Printre măsurile-cheie prevăzute în comunicare se numără:

- integrarea distribuirii echitabile a sănătății în dezvoltarea generală economică și socială. S-ar putea lua în calcul dacă buna monitorizare a indicatorilor inegalităților în materie de sănătate ar contribui și la monitorizarea dimensiunii sociale a viitoarei strategii de la Lisabona (Europa 2020);
- îmbunătățirea metodelor de colaborare cu statele membre, părțile interesate și regiunile;
- sporirea sprijinului UE pentru cercetare în ceea ce privește inegalitățile în materie de sănătate;
- audituri ale politicilor pentru a stabili impactul acestora asupra reducerii inegalităților în materie de sănătate;
- încurajarea statelor membre pentru a utiliza mai bine posibilitățile prevăzute în temeiul politicii de coeziune a UE, fondurile structurale și politica de dezvoltare rurală a PAC în vederea abordării factorilor inegalităților în materie de sănătate;

⁽³⁾ COM(2009) 567 final. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=ro&newsId=619&furtherNews=yes>
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm

- activități destinate grupurilor vulnerabile precum minoritățile etnice, migrații și romii;
- analizarea posibilităților de sinergie existente între ajutorul pentru dezvoltare acordat de Comisie și activitatea legată de inegalitățile în materie de sănătate;
- îmbunătățirea măsurătorilor și monitorizării inegalităților în materie de sănătate, primul raport fiind așteptat să fie publicat în 2012.

4.2. Strategia europeană privind ocuparea forței de muncă

Importanța locului de muncă pentru sănătate a fost evidențiată în cadrul mai multor orientări UE:

Orientarea pentru ocuparea forței de muncă nr. 17 se concentrează pe îmbunătățirea calității și a productivității la locul de muncă și pe modernizarea sistemelor de protecție socială. Sănătatea și siguranța la locul de muncă reprezintă unul dintre principalii factori pentru asigurarea unor condiții de lucru bune. Ele sunt, de asemenea, un element esențial pentru a atrage mai multe persoane pe piața forței de muncă, în special având în vedere îmbătrânirea populației Europene. Astfel, ele aduc o contribuție concretă la reducerea inegalităților în materie de sănătate.

Orientarea pentru ocuparea forței de muncă nr. 18 promovează o abordare bazată pe ciclul de viață și solicită sprijinirea îmbătrânirii într-un mod activ prin condiții de muncă adecvate și o stare a sănătății ocupaționale îmbunătățită, astfel încât perioadele de muncă ale cetățenilor să se prelungească. Această orientare prevede, de asemenea, promovarea unor sisteme de protecție socială moderne, inclusiv în domeniul asistenței medicale. Ea subliniază în



© Uniunea Europeană

egală măsură faptul că starea de sănătate ocupațională va reduce poverile pe care le presupun bolile, sporind astfel productivitatea muncii.

Orientarea pentru ocuparea forței de muncă nr. 21 promovează și diseminează forme inovatoare și adaptabile ale organizării muncii în vederea îmbunătățirii calității și productivității, precum și a sănătății și siguranței la locul de muncă. Ea încurajează punerea în aplicare a unor abordări integrate ale flexisecurității pentru a-i ajuta pe lucrători, inclusiv pe cei de pe posturi necalificate sau aflați la marginea pieței forței de muncă, să facă față unei vieți ocupaționale mai complexe, diverse și neregulate și, prin urmare, solicitanțe.

Orientarea pentru ocuparea forței de muncă nr. 23 subliniază necesitatea concentrării asupra unor aptitudini noi pentru locuri de muncă noi în vederea promovării accesului tuturor la piața forței de muncă și a asigurării inovației și a calității la locul de muncă.

4.3. Cooperarea cu statele membre

UE sprijină acțiunile statelor membre menite să abordeze provocările comune, prin facilitarea dialogului, prin schimburi de bune practici și prin coordonare politică cu și între statele membre și cu organizațiile de părți interesate. Mecanismele acestei cooperări includ metoda deschisă de coordonare, Comitetul pentru protecție socială și Grupul de experți UE privind factorii sociali și inegalitățile în materie de sănătate. În 2010, Consiliul a adoptat concluziile privind echitatea și sănătatea ⁽⁴⁾, care încurajează statele membre să continue să își dezvolte politicile și acțiunile de reducere a inegalităților în materie de sănătate și să participe în mod activ la schimburile de bune practici.

4.4. Strategia UE privind sănătatea

Obținerea unei echități mai mari în materie de sănătate este un element esențial al strategiei UE în materie de sănătate și o dimensiune importantă a politicilor și inițiativelor din domeniul precum tutunul, obezitatea, alcoolul, tineretul și sănătatea mentală. Se menține o cooperare strânsă cu activitatea relevantă a Organizației Mondiale a Sănătății, a Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, a Consiliului Europei și a evoluțiilor în materie de cercetare din acest domeniu.

⁽⁴⁾ Concluziile Consiliului privind echitatea și sănătatea în toate politicile: solidaritatea în sănătate.

Cea de a 3 019-a reuniune a Consiliului Ocuparea forței de muncă, politica socială, sănătate și consumatori, Bruxelles, 8 iunie 2010,

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

4.5. Fondurile UE

Sprijinul financiar pentru acțiunile referitoare la inegalitățile în materie de sănătate este furnizat printr-o serie de programe și instrumente UE.

Politica de coeziune prevede acordarea de sprijin financiar statelor membre în scopul abordării dezechilibrelor regionale. Recent, sănătatea a fost definită ca unul din principalele domenii de sprijin prin Fondul european de dezvoltare regională (FEDR) și Fondul social european (FSE), în conformitate cu orientările strategice comunitare privind coeziunea 2007-2013 ⁽⁵⁾. Promovarea sănătății, prevenirea bolilor, transferul de cunoștințe, formarea și disponibilitatea personalului cu înaltă calificare și infrastructura din regiunile de convergență sunt unele dintre domeniile specifice care pot beneficia de sprijin. Orientările observă că există „diferențe majore în ceea ce privește starea de sănătate și asistența medicală între regiunile UE”; astfel, „este important ca coeziunea ... să aducă o contribuție la facilitățile de asistență medicală ... Îmbunătățirea sistemului sanitar bazat pe comunitate și acțiunile preventive joacă un rol important în reducerea inegalităților”.

Politica agricolă comună (PAC) nu este o politică socială în sine, dar conține elemente care pot contribui la reducerea inegalităților în materie de sănătate, precum asigurarea unui standard de viață echitabil pentru agricultori, disponibilitatea alimentelor și prețuri rezonabile pentru consumatori. PAC sprijină programul distribuirii laptelui în școli și împărțirea de produse agricole grupurilor defavorizate. Mai recent, au fost explorate posibile contribuții ale PAC la promovarea unei diete mai sănătoase, punând mai mult accent pe consumul de fructe și legume. Pe lângă aceasta, politica de dezvoltare rurală a UE sprijină investițiile și dezvoltarea serviciilor sociale și de asistență medicală, a tehnologiilor și a infrastructurii în zonele rurale, precum și acțiunile de formare și informare privind sănătatea și subiectele sociale.

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

Programul UE din domeniul sănătății finanțează rețelele de acțiune, inițiativele locale, analizele experților, conferințele și inovațiile din punct de vedere politic în domeniul sănătății publice.

În cadrul PROGRESS (*Programul UE pentru ocuparea forței de muncă și solidaritate socială 2007-2013*), în martie 2010 a fost lansată o cerere de propuneri specifică pentru a progresa în ceea ce privește acțiunile identificate în comunicarea Comisiei, și anume prin furnizarea de sprijin autorităților naționale și regionale din țările participante la PROGRESS în vederea consolidării politicilor pentru abordarea inegalităților în materie de sănătate.



Fondul european de integrare a resortisanților țărilor terțe sprijină eforturile statelor membre pentru a facilita integrarea migranților în societățile europene. Din bugetul total de 825 de milioane de euro, 7 % sunt alocate sprijinirii proiectelor care abordează aspectele integrării, inclusiv accesul la asistența medicală. Restul de 93 % sunt pentru implementarea de către statele membre a programului anual convenit cu Comisia.

Programele-cadru de cercetare ale UE oferă, de asemenea, posibilități pentru abordarea inegalităților în materie de sănătate, în special în temeiul celui de al treilea pilon al temei „sănătate” din cadrul programului de cooperare al celui de al șaptelea program-cadru UE. Acesta vizează dezvoltarea metodelor de cercetare și crearea bazei științifice a deciziilor politice și a strategiilor mai eficiente bazate pe dovezi în domeniul promovării sănătății și factorii mai generali ai sănătății, printre care stilul de viață și factorii socioeconomici și de mediu ⁽⁶⁾.

4.6. Legislația

UE a adoptat legislație în domeniul sănătății și siguranței la locul de muncă în vederea îmbunătățirii condițiilor de lucru. Aceasta monitorizează punerea în aplicare a legislației și finanțează, de asemenea, cercetarea din domeniu.

Populația activă care lucrează reprezintă în prezent 48,3 % din populația totală a UE. Prin urmare, protecția sănătății și a siguranței lucrătorilor are o contribuție semnificativă la sănătatea publică în general și la reducerea unora dintre principalele elemente care cauzează inegalități în materie de sănătate între statele membre UE și între cetățeni. Directiva 91/383/CE vizează asigurarea faptului că lucrătorilor care au un raport de muncă pe durată determinată sau un raport

⁽⁶⁾ Decizia Consiliului (2006/971/CE) din 19 decembrie 2006 privind programul specific „Cooperare” de punere în aplicare a celui de al șaptelea program-cadru al Comunității Europene pentru activități de cercetare, de dezvoltare tehnologică și demonstrative (2007-2013), JO L 400, p. 127.

de muncă temporară li se asigură, în ceea ce privește siguranța și sănătatea la locul de muncă, același nivel de protecție ca și celorlalți lucrători. În 2009 a fost elaborat un raport privind punerea în aplicare a directivei până în 2007. Acesta încearcă să stabilească deficiențele potențiale din directivă pentru a putea oferi o orientare acțiunii viitoare a Comisiei.

Evaluarea impactului strategiei comunitare pentru siguranță și sănătate la locul de muncă 2007-2012 a arătat că strategiile ocupaționale în materie de sănătate reduc accidentele de muncă și ajută victimele accidentelor și bolnavii cronici să își păstreze locurile de muncă și să se întoarcă la serviciu. Ele oferă, de asemenea, o platformă pentru integrarea lucrătorilor migranți și pot reduce condițiile de lucru stresante sau monotone care cauzează deteriorarea timpurie a stării de sănătate și, astfel, ieșirea timpurie de pe piața muncii.

Din 2000, pe lângă legislația care vizează egalitatea de tratament pentru femei și bărbați, există o legislație UE antidiscriminare care asigură niveluri minime ale egalității de tratament și protecție pentru toți locuitorii și lucrătorii din Europa, indiferent de originea rasială și etnică, religie și convingeri, handicap, orientare sexuală și vârstă. Legislația acoperă numeroase aspecte ale vieții de zi cu zi – de la locul de muncă la educație, asistența medicală și accesul la bunuri și servicii. În 2008, Comisia a înființat un grup de experți guvernamentali privind antidiscriminarea și promovarea egalității, care examinează impactul măsurilor de combatere a discriminării de la nivel național și UE și validează bunele practici prin învățare de la colegi.

4.7. Piața internă

Analizarea procedurilor referitoare la încălcarea legislației din domeniul sănătății poate contribui la reducerea barierelor care împiedică accesul la asistența medicală și la scăderea prețurilor pentru aceasta, aducând astfel beneficii majore cetățenilor care aparțin grupurilor socioeconomice dezavantajate. Printre exemple se numără legislația care abordează libertatea de stabilire și furnizarea de servicii, restricțiile asupra dreptului de proprietate și amplasare a farmaciilor, precum și asupra dreptului de proprietate a laboratoarelor și a programului lor de funcționare.

La nivel mai general, toate inițiativele Comisiei trec printr-o evaluare a impacturilor lor economice, sociale și de mediu posibile, în special asupra diferitelor grupuri sociale și economice și asupra inegalităților existente.

4.8. Educația și tinerii

Sănătatea fizică și mentală și un stil de viață sănătos sunt promovate pe post de competențe sociale și civice în recomandarea privind competențele-cheie ⁽⁷⁾, care invită statele membre să dezvolte aceste competențe pentru toți ca parte a strategiilor lor de învățare pe tot parcursul vieții. Comisia a propus, de asemenea, o nouă strategie UE pentru tineri ⁽⁸⁾, care subliniază vulnerabilitatea tinerilor și identifică acțiunile de îmbunătățire a sănătății tinerilor, în special a celor care sunt amenințați cu excluziunea socială.



Această broșură a avut ca obiectiv furnizarea unei imagini de ansamblu a inegalităților în materie de sănătate în UE și prezentarea unor politici UE care contribuie la reducerea acestora.

Pentru mai multe informații, vă rugăm să consultați linkurile și referințele următoare sau să contactați Comisia Europeană (număr de telefon gratuit Europe Direct **00 800 6 7 8 9 10 11**).

⁽⁷⁾ Recomandarea Parlamentului European și a Consiliului din 18 decembrie 2006 privind competențele-cheie pentru învățarea pe tot parcursul vieții (2006/962/CE).

⁽⁸⁾ COM(2009) 200 final, 27.4.2009, „O strategie a UE pentru tineret – investiție și mobilizare”.

Linkuri și referințe utile

Comisia Europeană:

Comunicare privind inegalitățile în materie de sănătate

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

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

DG Sănătate și Consumatori/factori sociali ai stării de sănătate

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

DG Ocuparea Forței de Muncă, Afaceri Sociale și Egalitatea de Șanse

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

DG Politică Regională

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

Consiliul Uniunii Europene

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

Concluziile Consiliului privind echitatea și sănătatea în toate politicile: solidaritatea în sănătate

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>

OMS:

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

OMS, Comisia privind factorii sociali ai stării de sănătate

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

Alte site-uri internet menționate în acest document (cu titlu informativ/listă neexhaustivă)

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

<http://www.marmotreview.org>

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

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

Bibliografie selectivă

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, Departamentul Sănătății Publice, Țările de Jos, pentru Comisia Europeană

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

Mackenbach, J. P., 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, 2006, un raport al unor experți independenți comandat de Președinția britanică a 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., A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, și G. Weber (ed.), 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*. Copenhagen, OMS, Biroul regional Europa, 1990

OMS, Comisia privind factorii sociali ai stării de sănătate, 2008, *Closing the gap in a generation*.

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

Pentru mai multe informații și referințe, a se consulta documentul informativ pentru presă referitor la comunicarea CE 2009-567 privind inegalitățile în materie de sănătate:

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

Comisia Europeană

Reducerea inegalităților în materie de sănătate în Uniunea Europeană

Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene

2011 — 23 p. — 25 × 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15047-0

doi:10.2767/97943

Această broșură, intitulată *Reducerea inegalităților în materie de sănătate în Uniunea Europeană*, oferă informații actualizate privind inegalitățile în materie de sănătate între statele membre ale Uniunii Europene și în interiorul acestora.

Aceasta analizează mai mulți indicatori ai inegalităților în materie de sănătate (în special speranța de viață) și cercetează rolul factorilor stării de sănătate, acordând o atenție deosebită „variației sociale”, adică dimensiunea socială care există practic în toți factorii care influențează starea de sănătate.

Sunt oferite explicații clare cu privire la rolul politicilor europene și naționale în acest domeniu (inclusiv oportunitățile de finanțare) și la contribuția lor potențială la reducerea inegalităților în materie de sănătate.

În cele din urmă, sunt evidențiate trei studii de caz care prezintă beneficiile obținute în domeniul precum sănătatea copilului, sănătatea persoanelor în căutarea unui loc de muncă și starea de sănătate în rândul grupurilor etnice minoritare.

Prezenta publicație este disponibilă în format tipărit în toate limbile oficiale ale UE.

CUM VĂ PUTEȚI PROCURA PUBLICAȚIILE UNIUNII EUROPENE?

Publicații gratuite:

- prin EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- la reprezentanțele sau delegațiile Uniunii Europene. Puteți obține datele de contact ale acestora vizitând (<http://ec.europa.eu>) sau trimițând un fax la +352 2929-42758.

Publicații contra cost:

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

Abonamente contra cost (de exemplu, la *Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* sau la repertoriile jurisprudenței Curții de Justiție a Uniunii Europene):

- contactând direct unul dintre agenții de vânzări ai Oficiului pentru Publicații al Uniunii Europene (http://publications.europa.eu/others/agents/index_ro.htm).

Vă interesează publicațiile Direcției Generale Ocuparea Forței de Muncă,
Afaceri Sociale și Egalitatea de Șanse?

Le puteți descărca sau vă puteți abona gratuit online la:

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

Sunteți de asemenea invitat să vă abonați pentru a putea primi buletinul
informativ electronic Europa socială al Comisiei Europene în mod gratuit la

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

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



■ Oficiul pentru Publicații



www.facebook.com/socialeurope

ISBN 978-92-79-15047-0



9 789279 150470