

Zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v Európskej únii

Sociálna Európa



Európska komisia

Táto publikácia je objednaná v rámci Programu Európskej únie pre zamestnanosť a sociálnu solidaritu (2007 – 2013). Tento program riadi generálne riaditeľstvo Európskej komisie pre zamestnanosť, sociálne záležitosti a rovnaké príležitosti. Program je určený na finančnú podporu vykonávania cieľov Európskej únie v oblasti zamestnanosti a sociálnych záležitostí, ako je stanovené v sociálnej agende, čím prispieva k splneniu cieľov stratégie EURÓPA 2020 v uvedených oblastiach.

Sedemročný program sa zameriava na všetky zúčastnené strany, ktoré môžu pomôcť pri formovaní rozvoja primeraných a účinných právnych predpisov a politík v oblasti zamestnanosti a sociálnych záležitostí v celej EÚ-27, v krajinách EZVO-EHP, v kandidátskych krajinách EÚ a krajinách, ktoré sa usilujú stať kandidátskymi krajinami EÚ.

Poslaním programu PROGRESS je posilniť príspevok EÚ, pokiaľ ide o podporu záväzkov a úsilia členských štátov pri vytváraní vyššieho počtu a kvalitnejších pracovných miest, ako aj vytvoriť súdržnejšiu spoločnosť. V tomto ohľade je PROGRESS prínosom pri:

- poskytovaní analýz a politického poradenstva v oblastiach politík, ktoré pokrýva program PROGRESS,
- monitorovaní a podávaní správ o vykonávaní právnych predpisov a politík EÚ v oblastiach politík, ktoré pokrýva program PROGRESS,
- podporovaní šírenia politík, vzájomného učenia a poskytovania pomoci medzi členskými štátmi, pokiaľ ide o ciele a priority EÚ, ako aj
- ďalšom šírení stanovísk zúčastnených strán a spoločnosti ako celku.

Viac informácií nájdete na webovej stránke:

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

Zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v Európskej únii

Európska komisia

Generálne riaditeľstvo pre zamestnanosť, sociálne záležitosti a rovnaké príležitosti

Oddelenie E4

Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa

Oddelenie C4

Rukopis bol dokončený v júni 2010.

Európska komisia ani žiadna osoba konajúca v jej mene nenesie zodpovednosť za možné použitie informácií obsiahnutých v tejto publikácii.

© Fotografia na obálke: Európska únia – Michel Loriaux

Pre akékoľvek použitie alebo reprodukciu fotografií, na ktoré sa nevzťahujú autorské práva Európskej únie, je potrebné získať povolenie priamo od držiteľa/držiteľov autorských práv.

Europe Direct je služba, ktorá vám pomôže nájsť odpovede na vaše otázky o Európskej únii

Bezplatné telefónne číslo*:
00 800 6 7 8 9 10 11

* Niektorí prevádzkovatelia mobilných sietí neumožňujú prístup k číslam 00800 alebo tieto hovory spoplatňujú.

Viac doplňujúcich informácií o Európskej únii je k dispozícii na internete. Sú dostupné cez server Európa (<http://europa.eu>).
Katalogizačné údaje a abstrakt nájdete na konci tejto publikácie.

Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, 2011.

ISBN 978-92-79-15048-7
doi: 10.2767/97986

© Európska únia, 2011
Rozmnožovanie je povolené len so súhlasom autora.

Printed in Germany

VÝTLAČENÉ NA PAPIERI BIELENOM BEZ POUŽITIA ELEMENTÁRNEHO CHLÓRU (ECF)

Vyhlásenia

John Dalli – komisár pre zdravie a spotrebiteľskú politiku

Verím v Európu, kde všetci občania žijú v dobrom zdraví a majú prístup k dobrým zdravotníckym službám bez ohľadu na to, kto sú, kde žijú, koľko zarábajú. Toto je Európa, o ktorú by sme sa mali usilovať. Zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia je kľúčovou prioritou.



Zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia si vyžaduje koordinovanú činnosť medzi verejným zdravotníctvom a ďalšími politikami, ktoré majú vplyv na zdravie, vrátane sociálnej ochrany, vzdelania a životného prostredia. Výzvou je spôsob, ako využívať rôzne nástroje politik na budovanie efektívnych koalícií pri činnosť vlády a spoločnosti.

Usilujem sa všetkými možnými spôsobmi zaistiť, aby naše oznámenie o nerovnostiach v oblasti zdravia „Solidarita v zdraví“ viedlo ku konkrétnym výsledkom a podporovať úsilie členských štátov pri preklenovaní rozdielov v oblasti zdravia.

Medzi prostriedky, ktoré uvedieme do praxe, patrí zdieľanie najlepšej praxe a prijaté ponaučenia, ako aj nasmerovanie finančnej pomoci EÚ do znevýhodnených regiónov a k ľuďom, ktorí sú na tom najhoršie. Komisia zabezpečí takisto lepšie monitorovanie nerovností v oblasti zdravia a trendov v celej Európe a rozšíri možnosti výskumu v tejto oblasti. Takisto sa budeme usilovať zabezpečiť, aby politiky EÚ prispeli tam, kde je to možné, k riešeniu problémov. Práca v rozvojových oblastiach, ako sú elektronické zdravotníctvo a hodnotenie zdravotníckych technológií, je zásadným príspevkom udržateľnosti zdravotníckych systémov a kľúčovým príspevkom na riešenie nerovností.

Som presvedčený, že v čase hospodárskej krízy a rozpočtových tlakov musíme spojiť sily, aby sme zabezpečili, že rozdiely v zdraví sa v našich spoločnostiach nebudú ďalej zväčšovať. Som si istý, že v budúcich rokoch sa s hrdosťou obzrieme späť a uvedomíme si, že naše úsilie o zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v Európe malo význam.

László Andor – komisár pre zamestnanosť, sociálne záležitosti a začlenenie

V oblasti zdravia bol dosiahnutý značný pokrok, ale napriek tomu zostáva úroveň nerovností medzi rôznymi sociálnymi skupinami a medzi ľuďmi žijúcimi v rôznych častiach Európskej únie neprijateľne veľký. Nerovnosti v oblasti zdravia sú nielen nespravodlivé, ale sú aj ekonomicky a spoločensky mimoriadne nákladné.

Venovanie väčšej a pravidelnejšej pozornosti sociálnym determinantom zdravia v pracovných a životných podmienkach nám umožní obmedziť faktory, ktoré znižujú strednú dĺžku života a majú negatívny vplyv na životy ľudí, úroveň produktivity a výdavky na zdravotnú starostlivosť.

Oživenie zamestnanosti, zvýšenie kvality práce a zaistenie zdravého a bezpečného pracovného prostredia pre všetkých je nevyhnutné pre zlepšenie zdravotných výsledkov. Musíme sa zaoberať aj dlhodobou nezamestnanosťou a chudobou, aby sme minimalizovali ich negatívne účinky na celkové zdravie. Okrem toho sa musíme snažiť zaistiť primeranú a dostupnú sociálnu ochranu s účinnými bezpečnostnými sieťami na zmiernenie vplyvu nepriaznivej hospodárskej a spoločenskej situácie na zdravie.

Na záver to najdôležitejšie, že zlepšený prístup ku kvalitným službám zdravotnej starostlivosti môže v mnohých regiónoch Európskej únie výrazne prispieť k lepšiemu zdraviu a dlhšiemu životu, čo prispeje k hospodárskej, sociálnej a územnej súdržnosti.



Obsah

1. Nerovnosti v oblasti zdravia v EÚ	7
1.1. Nerovnosti v oblasti zdravia medzi členskými štátmi a v rámci nich.....	7
1.2. Nerovnosti medzi sociálnymi skupinami.....	8
1.3. Obzvlášť zlé zdravie v ohrozených skupinách.....	8
2. Príčiny nerovností v oblasti zdravia	9
2.1. Všeobecné determinanty zdravia.....	9
2.2. Otázky zamestnanosti.....	11
2.3. Bohatstvo a zdravie: komplexný vzťah.....	11
2.4. Sociálna ochrana a dávky: prispievajú k zdravotnému stavu?.....	11
2.5. Zaostrené na: výdavky na zdravotnú starostlivosť a rozpočty.....	12
2.6. Súčasná hospodárska a finančná kríza: aký má dosah?.....	13
3. Opatrenia proti nerovnostiam v oblasti zdravia v členských štátoch EÚ	13
PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 1: Spojené kráľovstvo – miestne programy Sure Start: „Uvedenie proporcionálneho univerzalizmu“ do praxe.....	14
PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 2: Maďarsko – Opre Roma: Zvýšenie povedomia pre plánovanie zdravých a udržateľných domov rómskej komunity, ktorá žije v Debrecíne.....	15
PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 3: Nemecko – „Job Fit Regional“: Prepojenie podpory zdravia a zamestnanosti.....	16
4. Činnosť na úrovni EÚ	17
4.1. Oznámenie Komisie o nerovnostiach v oblasti zdravia.....	17
4.2. Európska stratégia zamestnanosti.....	18
4.3. Spolupráca s členskými štátmi.....	19
4.4. Stratégia EÚ v oblasti zdravia.....	19
4.5. Fondy EÚ.....	19
4.6. Legislatíva.....	20
4.7. Vnútorý trh.....	21
4.8. Vzdelávanie a mládež.....	21
Prílohy	
Užitočné odkazy a referencie.....	22
Stručný zoznam literatúry.....	22



© Európska únia

1. Nerovnosti v oblasti zdravia v EÚ

Občania Európskej únie (EÚ) žijú v priemere dlhšie a zdravšie než predošlé generácie a úroveň zdravia sa v EÚ v posledných desaťročiach neustále zlepšovala. Medzi členskými štátmi EÚ i v rámci nich však zároveň existujú veľké a možno aj zväčšujúce sa nerovnosti v oblasti zdravia.

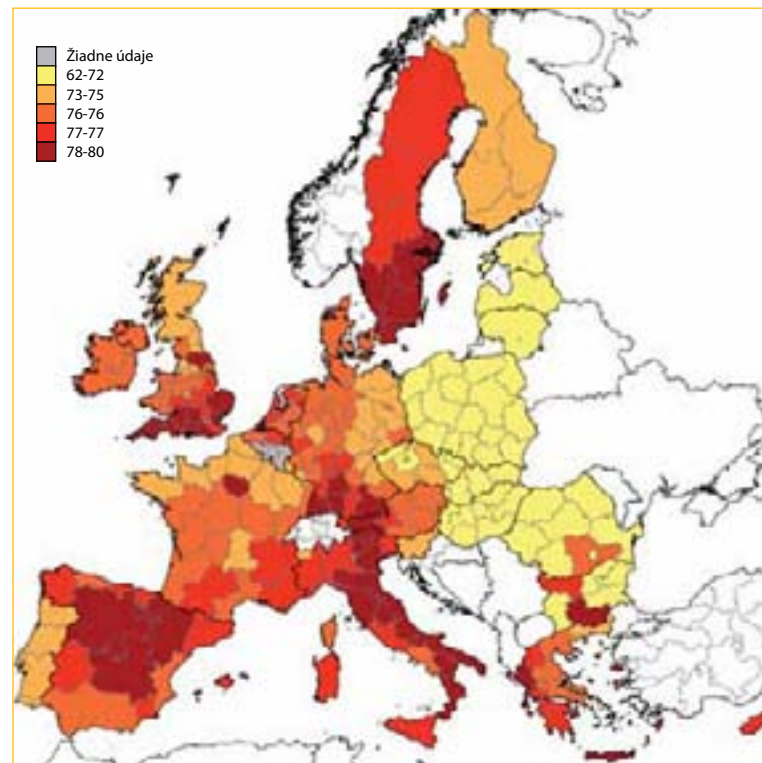
Európska komisia považuje tieto nerovnosti za výzvu pre záväzok EÚ k solidarite, sociálnej a hospodárskej súdržnosti, ľudským právam a rovnakým príležitostiam. Komisia je preto odhodlaná podporovať členské štáty a zainteresované strany na rozličných úrovniach spoločnosti v ich úsilí o riešenie.

1.1. Nerovnosti v oblasti zdravia medzi členskými štátmi a v rámci nich

Stredná dĺžka života pri narodení môže poskytnúť určitú predstavu o úrovni zdravia populácie ako celku. V tom však medzi regiónmi EÚ existujú značné rozdiely. V roku 2006 bol rozdiel medzi členskými štátmi s najvyššou a najnižšou strednou dĺžkou života u žien 8 rokov a u mužov 14 rokov. V niektorých krajinách sa v posledných dvoch desaťročiach rozdiel medzi národnou strednou dĺžkou života a priemerom EÚ zväčšil.

Rozdiely až do 20 rokov existujú aj v počte rokov prežitých v dobrom zdraví (roky zdravého života) u ľudí žijúcich v strednej a východnej časti EÚ, predovšetkým u mužov, ktorí žijú v dobrom zdraví v priemere o niekoľko rokov menej.

Stredná dĺžka života pri narodení u mužov v období 2002 – 2004, NUTS 2



Zdroj: Eurostat.



Značné rozdiely medzi členskými štátmi možno nájsť aj v dojcenskej úmrtnosti, predčasnej úmrtnosti, odvrátiteľnej úmrtnosti a viacerých subjektívnych meradiel zdravia, ako je vlastné vnímanie celkového zdravia a dlhodobé ochorenie či obmedzenia aktivít za posledných šesť mesiacov.

K rozdielom v strednej dĺžke života prispieva aj vysoká úmrtnosť a chorobnosť následkom kardiovaskulárneho ochorenia, zranení a násilných činov, rakoviny a ochorení spôsobených alkoholom. Základné rizikové faktory pre tieto podmienky, ako sú horšie životné a pracovné podmienky, fajčenie, strava a konzumácia alkoholu, sú markantnejšie v krajinách s kratšou strednou dĺžkou života.

1.2. Nerovnosti medzi sociálnymi skupinami

Okrem rozdielov medzi členskými štátmi bol v zdravotnom stave identifikovaný aj sociálny gradient. Ľudia s nižším vzdelaním, nižším pracovným zaradením alebo nižším príjmom, ako aj niektoré etnické menšiny v mnohých členských štátoch, majú tendenciu zomierať mladší a častejšie sa u nich vyskytuje väčšina typov zdravotných problémov.

Vplyv týchto premenných na zdravie začína v mladom veku a pretrváva počas celého života. Rozdiely v strednej dĺžke života pri narodení medzi najnižšími a najvyššími sociálno-ekonomickými skupinami (napr. medzi manuálnym a odborným povoláním, ľuďmi so základným a post-sekundárnym vzdelaním, a najnižšími a najvyššími kvintilmi príjmu) sa u mužov pohybujú medzi 4 – 10 rokmi a u žien medzi 2 – 7 rokmi. V niektorých členských štátoch rozdiel za posledných niekoľko desaťročí dokonca narástol. Dojčenská úmrtnosť je okrem toho vyššia v najnižších sociálno-ekonomických skupinách a nerovnosti súvisiace s týmto faktorom sa v niekoľkých krajinách tiež zvýšili.

1.3. Obzvlášť zlé zdravie u ohrozených skupín

Skupiny, ako sú napríklad ľudia žijúci v znevýhodnených oblastiach a v chudobe, nezamestnaní a neoficiálne zamestnaní, bezdomovci, zdravotne postihnutí, duševne alebo chronicky chorí, starší ľudia s nízkymi dôchodkami a osamelí rodičia majú tendenciu k vyššej chorobnosti a predčasnej smrti.

Nerovnosti medzi štátnymi príslušníkmi a niektorými skupinami migrantov pretrvávajú ako z hľadiska zdravotného stavu, tak aj prístupu k zdravotníckym službám. Migranti môžu byť ohrozenejší prenosnými ochoreniami, ako je tuberkulóza, HIV/AIDS alebo hepatitída, čo má vplyv na celkovú úroveň zdravia. Môžu tiež čeliť vyššiemu riziku neprenosných ochorení (napr. kardiovaskulárne ochorenie) a problémov s duševným zdravím. Tie môžu pochádzať z kombinácie sociálno-ekonomických a environmentálnych podmienok v ich domovských krajinách, procesu opustenia krajiny a nutnosti prispôbiť sa novému prostrediu v ich hostiteľských krajinách¹.

Navyše sa zdá, že existuje spojitosť medzi nerovnosťami v oblasti zdravia v rámci krajiny a celkovým zdravím obyvateľstva, pretože čím väčšia nerovnosť, tým horšie zdravie obyvateľstva ako celku. Zmierňovanie nerovností v rámci členských štátov môže teda pomôcť zmierniť nerovnosti medzi členskými štátmi.

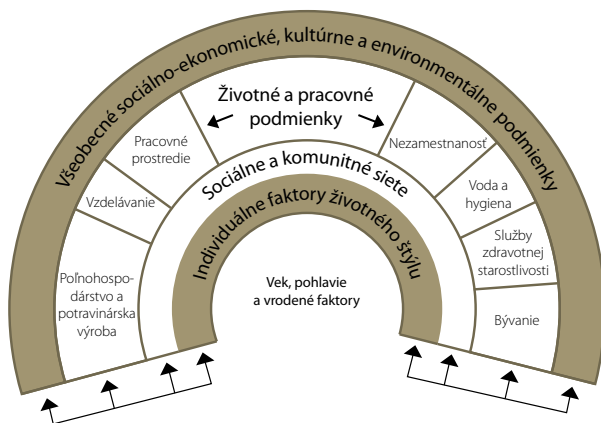
¹ Závěry Rady o zdraví a migrácii v EÚ z roku 2007.

2. Príčiny nerovností v oblasti zdravia

2.1. Všeobecné determinanty zdravia

Niekoľko modelov sa pokúša dokázať vzťah medzi rôznymi determinantmi a zdravím. Dahlgrenov a Whiteheadov model, ktorý používa Svetová zdravotnícka organizácia, objasňuje „dúhovo vrstvené“ znázornenie príčin nerovností. Úrovne zdravia sa nelíšia náhodne, ale sú výsledkom systematických rozdielov v rozdelení faktorov, ktoré ich ovplyvňujú.

Dahlgren-Whiteheadov model determinantov zdravia



Zdroj: Dahlgren/ Whitehead: WHO Europe 2007 „European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2“ s odkazom na D&G / predchádzajúci zdroj 1993.

Životné a pracovné podmienky ovplyvňujú zdravie prostredníctvom priamych a nepriamych fyzických aj psychologických mechanizmov. Vplyv niektorých faktorov ľudia pociťujú dlhú dobu. Napríklad, zlé podmienky v detstve môžu ovplyvniť





zdravie v neskoršom živote. Vystavenie faktorom, ktoré majú vplyv na zdravie, sa líši podľa toho, kde ľudia žijú a od ich pozície na pracovnom trhu. Čo sa týka bývania, niektoré skupiny obyvateľov EÚ nemajú prístup k tečúcej vode, primeraným hygienickým zariadeniam, cenovo dostupnej energii, ústrednému kúreniu a tepelnej izolácii, žijú vo vlhkých, preľudnených podmienkach. Fyzicky náročná práca môže negatívne ovplyvňovať zdravie rovnako ako nízka úroveň riadenia práce, nevyváženosť odmeny za pracovný výkon a vystavenie fyzickým a duševným rizikám na pracovisku. Na druhej strane fundované riadenie, dobré pracovné podmienky a existencia silných sociálnych sietí v práci môžu mať pozitívny vplyv na zdravie.

So zdravím súvisiace správanie, ako je strava, úroveň telesnej aktivity, konzumácia tabaku a alkoholu, a sexuálne správanie ovplyvňujú sociálno-ekonomické a kultúrne faktory. To môže čiastočne vysvetliť rozdiely v zdraví medzi sociálnymi skupinami a medzi krajinami a regiónmi. Väčšina štúdií odhaduje, že individuálne správanie sa môže podieľať na 25 – 35 % rozdielov v zdraví ľudí. Veľké odchýlky existujú medzi európskymi krajinami a sociálno-ekonomickými skupinami z hľadiska zdravej výživy, rozšírenia fajčenia, konzumácie alkoholu a telesnej aktivity a následkov týchto faktorov, ako sú obezita a zlé zdravie.

Psychosociálne faktory, ako sú negatívne životné udalosti, pocity vylúčenia a odsunutia na okraj spoločnosti, nedostatok kontroly nad udalosťami vo svojom živote a vykonávanie náročného zamestnania za nízku finančnú odmenu, môžu prispieť k zhoršeniu zdravia.

Minulé spoločenské postavenia môžu tiež ovplyvniť zdravotný stav jednotlivca. Napríklad, rodinné sociálno-ekonomické postavenie (vrátane príjmu a záujmu o vzdelanie) môžu hrať veľkú úlohu pri určení dosiahnutého vzdelania dieťaťa, vyhliadok na zamestnanie, príjem a zdravie. Niektoré štúdie ukazujú, že vysoké sociálno-ekonomické postavenie rodičov znižuje v dospelosti riziko mozgových príhod a rakoviny žalúdka. Materská sociálno-ekonomická deprivácia je silno spojená s nízkou pôrodnou hmotnosťou, ktorá ovplyvňuje zdravie človeka počas celého života. Ako sme už navyše videli, zlé životné podmienky v detstve môžu mať vplyv v neskoršom období života.

Rozdiely v životnom štýle, v životných a pracovných podmienkach podľa veku, pohlavia a sociálno-ekonomického postavenia
QA24 Mohli by ste mi prosím povedať, či sa vás jedna z nasledovných možností týka (možných je aj viac odpovedí).

	Fajčíte	Máte nadváhu	Necvičíte nikdy, alebo veľmi zriedkavo	Nejete veľmi zdravé potraviny	Máte sklon k prílišnému pitiu alkoholu	Žijete v hlučnom prostredí	Žijete alebo pracujete v prostredí, ktoré je silno znečistené	Trpíte stresom z práce	Trpíte stresom z vašich osobných vzťahov	Žiadna z vyššie uvedených možností	Neviem	
	EÚ -27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%
	Muž											
	Žena	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%
	Vek	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%
	Vek											
	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%
	Vzdelanie (ukončené)											
	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%
	Ešte študujem	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	Škála povolani respondentov											
	Samostatne zárobkovo činné osoby	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Manažéri	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Iní úradníci	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Robotníci	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Ženy/muži v domácnosti	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Nezamestnaní	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Dôchodcovia	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
	Študenti	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%

Zdroj: Eurobarometer 283



2.2. Otázky zamestnanosti

Otázky zamestnanosti hrajú úlohu pri určení zdravotného stavu ľudí a nezamestnanosť je spojená so zvýšeným rizikom zlého duševného zdravia, sociálneho vylúčenia a samovraždy. Ako bolo spomenuté vyššie, kvalita zamestnania a pracovné podmienky majú takisto významný účinok na zdravie.

Dobré pracovné podmienky, napríklad také, ktoré obmedzujú vystavenie fyzickým rizikám alebo chemickým a biologickým látkam, majú zdravotné prínosy. Mnoho štúdií naznačuje, že kvalita zamestnania a pracovných podmienok v značnej miere ovplyvňuje zdravie. Napríklad, nízka telesná záťaž a námaha, vysoký stupeň kontroly nad svojim pracovným životom, príležitosti na rozvoj nových zručností, vysoký plat a vyhliadky na pokrok prispievajú k dobrému zdraviu. Na druhej strane nedostatok podpory v práci a pocit neistoty v zamestnaní zvyšujú riziko zlého zdravotného stavu, vrátane depresie.

Zdravotné riziká v práci sa výrazne líšia v jednotlivých sektoroch. Mladí zamestnanci sú obvykle menej v obraze, a preto sú viac vystavení pracovným rizikám. Zamestnancom s pracovným pomerom na dobu určitú alebo krátkodobu zamestnaným hrozí v práci väčšie riziko nehôd a chorôb z povolania.

2.3. Bohatstvo a zdravie: komplexný vzťah

Hospodársky výkon meraný ako hrubý domáci produkt (HDP) na jedného obyvateľa a miera chudoby sa líšia v celej EÚ a pretrváva značná nerovnosť v príjmoch. V roku 2006 bol celkový príjem najbohatších 20 % obyvateľov 4,8-krát vyšší ako najchudobnejších 20 %. Niekoľko štúdií naznačuje, že nerovnosť v príjmoch je jedným z niekoľkých faktorov, ktoré stoja za rozdielmi

v zdraví medzi krajinami a jednotlivcami. Takáto nerovnosť je z veľkej časti zapríčinená stupňom sociálneho rozvrstvenia vytvoreného štrukturálnymi hnacími silami, ako sú politický kontext, spoločenské normy a hodnoty, hospodárska, sociálna, vzdelávacia, environmentálna a zdravotnícka politika.

Celkový vzťah medzi hospodárskym rastom a zdravím je však komplexný. Dôkazy naznačujú, že samotný hospodársky rast nemusí priniesť zníženie nerovností v oblasti zdravia. Aby sa nerovnosti v zdraví obmedzili, hospodársky rast musia sprevádzať doplnkové opatrenia politik a väčšia pozornosť na rozdelenie prínosov. Okrem toho, prevedenie HDP na jedného obyvateľa do zdravia občanov a rovnosti v oblasti zdravia závisia vo veľkej miere od správneho mixu politik pre zmiernenie rozdielov a zlepšenie celkového zdravia optimalizáciou vzťahu medzi nárastom zdravia a dostupnými zdrojmi. Treba tiež poznamenať, že následkom faktorov, ako je napríklad strava, majú určité členské štáty EÚ tendenciu vykazovať priaznivejšie zdravotné ukazovatele než niektoré z hospodársky úspešnejších krajín.

2.4. Sociálna ochrana a dávky: prispievajú k zdravotnému stavu?

Odchýlky vo veľkosti a rozsahu systémov sociálneho zabezpečenia možno pozorovať v celej EÚ, vrátane vzťahu k rozpočtom zdravotnej starostlivosti a ochrane ľudí mimo pracovného trhu. Pokiaľ vezmeme do úvahy, že chudoba sa považuje za dôležitý determinant zdravia, rozsah prerozdelenia a sociálnej ochrany môže byť spojený s nerovnosťou v oblasti zdravia, pretože sa odhaduje, že politiky prerozdelenia príjmu znižujú riziko chudoby o 38 %.

2.5. Zaostrené na: výdavky na zdravotnú starostlivosť a rozpočty

Veľkosť zdravotníckych rozpočtov môže určovať kapacitu zdravotníckych systémov pre naplnenie potrieb obyvateľov. Členské štáty majú tendenciu hlásiť nižšiu strednú dĺžku života a vyššie úrovne nenaplnených potrieb na lekársku starostlivosť, ako aj hlásiť nízke výdavky na zdravie na jedného obyvateľa a ako percento HDP.

Dostupnosť (vrátane infraštruktúry, vybavenia a počtu zdravotníckych odborníkov), prístup k zdravotnej starostlivosti a jej kvalita, sú kľúčovými faktormi pri určovaní nerovností, pretože ovplyvňujú pravdepodobnosť prekonávania chorôb a zabráneniu predčasnej úmrtnosti. Zdravotnícke systémy trpia nedostatkom zdrojov (finančných i ľudských) a ich nerovnomerným geografickým a sociálnym rozdelením. Tieto problémy ovplyvňujú spôsob a rýchlosť, akou sa diagnostikujú a liečia choroby, a preto majú vplyv na zdravie celej populácie.

Kvalita zdravotnej starostlivosti hrá kľúčovú úlohu pri zaisťovaní vysokej úrovne verejného zdravia. Napríklad, 3 milióny pacientov v EÚ každý rok prekonajú infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou a 50 000 na ne zomrie. Rozdiely v prístupe ku kvalitnej starostlivosti sa prenášajú do veľkých rozdielov v liečiteľných ochoreniach.

Pozorovať možno aj sociálno-ekonomické rozdiely v prístupe k starostlivosti. Existuje tu jasná priepasť v príjmoch z hľadiska nenaplnenej potreby na lekársku starostlivosť. Tí, ktorí sú v najnižších kvintiloch príjmu, častejšie hlásia nenaplnenú potrebu kvôli čakaniu, priamym finančným nákladom alebo vzdialenosti k zdravotníckym zariadeniam. Dôkazy naznačujú, že rodiny s nižšími príjmami musia v priemere cestovať do nemocnice alebo k obvodnému lekárovi ďalej. Ľudia s nízkymi príjmami majú navyše menšiu šancu na prijatie do nemocnice alebo na vyšetrenie špecialistom. Niekoľko spoločných správ o sociálnej ochrane a sociálnom začlenení identifikovalo bariéry prístupu, vrátane nedostatočného krytia zdravotným



poistením, priamych finančných nákladov na starostlivosť, geografických rozdielov v prístupe k službám, čakacích dób a kultúrnych prekážok.

Nižšie sociálno-ekonomické skupiny môže od prístupu k zdravotnej starostlivosti, keď ju potrebujú, zároveň odradiť aj vysoká úroveň výdavkov na súkromnú zdravotnú starostlivosť ako podiel príjmu domácnosti, čo v niektorých krajinách prispieva k zvýšenej nerovnosti v oblasti zdravia.

2.6. Súčasná hospodárska a finančná kríza: aký má dosah?

Ťažké makroekonomické podmienky môžu mať veľmi nepriaznivý účinok na zdravie. Často vedú k zvýšeným úrovniam stresu a riskantnému správaniu, ako je pitie a fajčenie. Už toto môže mať negatívny dosah na zdravie a tiež viesť k faktorom, ako sú depresia, oslabený imunitný systém a nehody. Tieto účinky môžu mať v rodinách, najmä u detí, ďalšie následky pre zdravie a vzdelanie. Dlhá hospodárska kríza môže spôsobiť dlhotrvajúce negatívne vplyvy na zdravie. Príznaky syndrómu vyhorenia sa môžu objaviť skôr po rokoch ako po týždňoch či mesiacoch po prepustení zo zamestnania.

Zvýšené obmedzenia prístupu ku kvalitnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti, predovšetkým u ľudí v nižších sociálno-ekonomických skupinách, je ďalším účinkom hospodárskeho poklesu. Ak prístup k starostlivosti závisí od vlastníctva finančných prostriedkov, alebo ak členské štáty ako reakciu na krízu znížia zdroje pridelené na zdravotnú a sociálnu starostlivosť, výsledkom bude nižšie krytie alebo kvalita starostlivosti.

Finančný tlak na zdravotnícke systémy môže krajiny pri hľadaní väčšej efektívnosti a účinnosti viesť k revidovaniu svojho mixu politik ohľadne determinantov zdravia. To zasa môže zvýšiť nerovnosť v prístupe k starostlivosti.

3. Opatrenia proti nerovnostiam v oblasti zdravia v členských štátoch EÚ

Všetky členské štáty EÚ sa zaviazali k zníženiu nerovností v prístupe k zdravotnej starostlivosti a zdravotným výsledkom ako cieľu otvorenej metódy koordinácie. Správy z členských štátov, ktoré sú analyzované ako súčasť výročných spoločných správ o sociálnej ochrane a sociálnom začlenení, dokumentujú prijímané opatrenia. Okrem toho existuje množstvo zdrojov informácií o iniciatívach politik na úrovni členských štátov, ktoré sa ukázali byť účinné pri riešení nerovností v oblasti zdravia. Patrí medzi ne správa vypracovaná pre predsedníctvo Spojeného kráľovstva v roku 2005 „Nerovnosti v oblasti zdravia: výzva pre Európu“, koordinovaný projekt siete Eurohealthnet „Znižovanie rozdielov: Stratégie pre boj s nerovnosťami v oblasti zdravia“ a prebiehajúci koordinovaný projekt siete Eurohealthnet „Determine“ a jeho príslušná webová stránka (www.health-inequalities.eu).

Takto sa zhromažďujú informácie z členských štátov o stratégiách na riešenie nerovností v oblasti zdravia. Najväčší počet dôkazov pochádza zo Spojeného kráľovstva, kde sa za viac ako desať rokov vyvinuli komplexné stratégie na riešenie nerovností v oblasti zdravia a uskutočnilo sa niekoľko vyhodnotení.

Dostupné dôkazy naznačujú, že mnoho členských štátov zdieľa vyššie spomenuté závery. Pre ilustračné účely sme pre niektoré z nich vybrali prípadovú štúdiu.

1. Proporcionálny univerzalizmus: „Aby sa znížila prudkosť sociálneho gradientu v zdraví, opatrenia musia byť univerzálne, ale s mierou a intenzitou, ktorá bude úmerná k úrovni znevýhodnenia“ („Fair Society, Healthy Lives – Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010“, vydal Marmot Review vo februári 2010)². To je v prvom rade prípad pre programy podpory zdravia a prevencie chorôb pre znevýhodnené oblasti, ohrozené rodiny a nižšie sociálno-ekonomické skupiny (napr. matky, deti, mladí rodičia a ľudia starší ako 50 rokov).

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 1: Spojené kráľovstvo – miestne programy Sure Start: Uvedenie „proporcionálneho univerzalizmu“ do praxe

Miestne programy Sure Start, ktoré vychádzajú z holistického prístupu nerovností v oblasti zdravia, spájajú starostlivosť o deti, predškolské vzdelávanie, služby na podporu zdravia a rodín s deťmi mladšími ako 5 rokov. Je to jeden z príspevkov britskej vlády na zníženie nerovností v oblasti zdravia z hľadiska detskej chudoby a sociálneho vylúčenia. Tieto programy sa realizujú lokálne v miestnych centrách Sure Start, ktoré sa nachádzajú v oblastiach so sociálne slabými obyvateľmi.

Prístup Sure Start spája poskytovateľov služieb z verejnoprávneho sektora, ako sú zdravotníctvo, sociálne služby a predškolské vzdelávanie, ako aj dobrovoľnícke, súkromné a komunitné organizácie a samotní rodičia, za účelom poskytovania integrovaných služieb pre malé deti a ich rodiny na základe toho, čo potrebujú miestne deti a čo chcú rodičia.

Kľúčové výsledky: štúdia o dosahu národného hodnotenia programov Sure Start so zameraním na vyše 9000 trojročných detí a ich rodiny. Prínosy boli identifikované v nasledujúcich oblastiach: očkovanie, zranenia pri nehode a sociálny rozvoj. Pokiaľ ide o rodičov, ukázala prospešné účinky rodičovstva a zvýšené využívanie služieb navrhnutých na podporu rozvoja detí a rodín.

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

² <http://www.marmot-review.org.uk/>



© Getty Images

2. Členské štáty majú pocit, že činnosť na regionálnej a miestnej úrovni podporovaná národnými opatreniami a opatreniami EÚ je veľmi dôležitá pre dosiahnutie výsledkov. Miestne orgány musia identifikovať jednotlivcov, ktorí sú vo svojich komunitách ohrození horším zdravotným stavom. Na zistenie týchto jednotlivcov môžu aktéri na regionálnej úrovni vybudovať susedskú a komunitnú infraštruktúru.



PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 2: Maďarsko – Opre Roma: Zvýšenie povedomia pre plánovanie zdravých a udržateľných domov rómskej komunity, ktorá žije v Debrecíne*

Hlavnými cieľmi týchto iniciatív bolo zvýšiť povedomie v komunite ohľadne problémov týkajúcich sa správania voči životnému prostrediu, úspore energie a správaniu vedúcemu k zdraviu, zostaviť komunitné plány na udržateľné, energeticky úsporné a zdravotne vyhovujúce sociálne bývanie, ale tiež zostaviť plány na sociálne bývanie, ktoré je možné uskutočniť ihneď.

Členovia komunity sa plne zapojili do rozvoja týchto plánov a boli náležite vyškolení v oblasti riadenia domácnosti a úspory energie. Všeobecnejšie prepojenie medzi zdravím a bývaním, a prostredím bolo kľúčovou zručnosťou, ktorú získali ľudia zapojení do projektu.

Kľúčové výsledky: podmienky bývania boli identifikované ako kľúčový determinant zdravotného stavu, a teda hrajú úlohu v nerovnostiach v oblasti zdravia. Zlepšenie podmienok bývania a stavanie nových domov pri zohľadnení kultúrneho pozadia Rómov, bolo jedným z kľúčových úspechov tohto projektu.

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



© Getty Images

3. Budovanie partnerstiev s neziskovým sektorom, obchodom a trhom práce môže byť takisto efektívny prostriedok na zvýšenie povedomia a podnecovanie činnosti, aby sa pomohlo tým ľuďom, ktorých najviac ohrozujú zdravotné problémy.

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA 3: Nemecko „Job Fit Regional“: Prepojenie podpory zdravia a zamestnanosti*

Hlavným cieľom bolo využitie poskytovateľov práce ako inštitucionálneho rámca na realizáciu podpory zdravia. Špecifické školenia uskutočnili vzdelávacie inštitúcie, ktoré sú obvykle zodpovedné za podporu uchádzačov o zamestnanie. Kľúčovými partnermi tohto projektu sú aj verejnoprávne inštitúcie zdravotného poistenia, pretože tiež vykonávajú akcie zamerané na skupinu.

Nezamestnaní ľudia boli kontaktovaní a riadení prostredníctvom špecifickej metodológie** za účelom veľmi presného posúdenia zdravotnej spôsobilosti jednotlivcov (predovšetkým komplexný motivačný zdravotný pohovor) a zostavenia plánu na podporu zdravia. Verejnoprávne zdravotné poisťovne finančne podporujú rozličné programy, najmä kurzy prevencie, zvládanie stresu a školenia zamerané na skupinu. Školenia boli tiež špeciálne navrhnuté pre personál poskytovateľov odborných spôsobilostí a práce.

Vďaka tomuto programu úzko spolupracujú inštitúcie sprostredkujúce zamestnanie a odborné spôsobilosti pre nezamestnaných, a verejnoprávne inštitúcie zdravotného poistenia, a tým zlepšili zdravie nezamestnaných ľudí v ich okolí.

Kľúčové výsledky: Inštitúcie projekt veľmi dobre prijali. Bolo identifikované zlepšenie v správaní vedúcom k zdraviu (predovšetkým telesná aktivita a výživa) a zníženie psychosociálneho stresu, vďaka tomuto programu sa zlepšila aj spôsobilosť pracovať.

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

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

4. Meranie a pravidelné hlásenie ukazovateľov nerovnosti v oblasti zdravia je prvým základným krokom smerom k efektívnym opatreniam, najmä v znevýhodnených oblastiach. Zhromažďovanie informácií prostredníctvom pravidelného monitorovania ukazovateľov zdravia môže podporiť zvýšenie povedomia a umožniť tvorcom politiky identifikovať rozsah nerovností a v čom spočívajú (typy ochorení a príčiny úmrtnosti).

5. Paušálne aplikovanie posudzovaní vplyvu na zdravie, testov rovnosti v oblasti zdravia a auditov na politiku je účinným spôsobom vytvárania medzisektorového povedomia o nerovnostiach v oblasti zdravia a ich sociálnych determinantoch.

Členské štáty či prehľadové štúdie o výskume považovali početné špecifické opatrenia politik za účinné pri riešení nerovností v zdravotnej starostlivosti.

V Holandsku a Spojenom kráľovstve sa snažili zlepšiť prístup k informáciám o rizikách fajčenia, ako aj k službám pomáhajúcim ľuďom zo znevýhodnených oblastí a nižších sociálno-ekonomických skupín, aby prestali fajčiť.

Tieto oblasti stále vykazujú vyšší výskyt fajčenia než bohatšie skupiny ľudí.

Zlepšenie prenatalnej (vyšetrenia a očkovanie) a postnatalnej starostlivosti vrátane vyšetrení novorodenca a podpory rodičov, napríklad aj poskytnutie informácií o výžive, fajčení rodičov a polohách pri spaní, je kľúčovým prvkom pri zvyšovaní celkovej úrovne zdravia. Spojené kráľovstvo i Poľsko spustili programy, aby ľudia v chudobnejších oblastiach a/alebo sociálno-ekonomických skupinách mohli dostať patričnú prenatalnú a postnatalnú starostlivosť za účelom zníženia rozdielu v novorodeneckej a dojčenskej úmrtnosti. Podobný program zameraný na migrantov sa pripravuje aj v Holandsku. Takéto programy spolupracujú s obvodnými lekármi a nemocnicami, zahŕňajú návštevy ohrozených matiek od raného tehotenstva až do dvoch rokov dieťaťa.

4. Činnosť na úrovni EÚ

4.1. Oznámenie Komisie o nerovnostiach v oblasti zdravia

20. októbra 2009 prijala Komisia oznámenie „Solidarita v zdraví: zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v EÚ“³. Prácu na oznámení spoločne viedli komitári pre zdravie a pre sociálnu politiku. Oznámenie stavia na existujúcej, nižšie popísanej práci a identifikuje oblasti, kde sú potrebné ďalšie opatrenia.

Medzi kľúčové opatrenia stanovené v oznámení patria:

- Integrovanie spravodlivého rozdelenia oblasti zdravia v rámci celkového hospodárskeho a sociálneho rozvoja. Malo by sa zväziť, či by dôsledné monitorovanie ukazovateľov nerovnosti v oblasti zdravia pomohlo monitorovať aj sociálny rozmer budúcej Lisabonskej stratégie (Europe 2020).
- Zlepšenie spôsobov spolupráce s členskými štátmi, zainteresovanými stranami a regiónmi.
- Zvýšenie podpory EÚ na výskum nerovností v oblasti zdravia.
- Audity politik pre zistenie ich vplyvu na zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia.
- Nabádanie členských štátov, aby pri riešení determinantov nerovností v oblasti zdravia lepšie využívali možnosti v rámci politiky súdržnosti EÚ, štrukturálnych fondov a politiky rozvoja vidieka SPP.

3 KOM(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

- Aktivity cieleňé na určité ohrozené skupiny, ako sú etnické menšiny, migranti a Rómovia.
- Skúmanie možností pre synergie medzi rozvojovou pomocou Komisie a prácou na nerovnostiach v oblasti zdravia.
- Zlepšenie merania a monitorovania nerovností v oblasti zdravia, vydanie prvej správy sa očakáva v roku 2012.

4.2. Európska stratégia zamestnanosti

Na dôležitosť zamestnanosti pre zdravie poukazuje niekoľko usmernení EÚ:

Usmernenie pre zamestnanosť 17 za zameriava na zlepšenie kvality a produktivity práce, a modernizáciu systémov sociálnej ochrany. Ochrana zdravia a bezpečnosť pri práci je jedným z hlavných faktorov pri zaisťovaní dobrých pracovných podmienok. Je tiež rozhodujúcim prvkom na prilákanie väčšieho počtu ľudí na trh práce, najmä s ohľadom na starnúce obyvateľstvo Európy. Prináša teda konkrétny príspevok smerom k zmierňovaniu nerovností v oblasti zdravia.

Usmernenie pre zamestnanosť 18 presadzuje prístup životného cyklu a vyzýva na podporu aktívneho starnutia, vrátane vhodných pracovných podmienok a zlepšenej ochrany zdravia pri práci, aby sa predĺžil pracovný život občanov. Vyzýva tiež na presadzovanie moderných systémov sociálnej ochrany aj v oblasti zdravotnej starostlivosti. Usmernenie tiež zdôrazňuje, že zlepšená ochrana zdravia pri práci zníži zaťaženie spôsobené chorobnosťou, čím sa zvýši produktivita práce.



Usmernenie pre zamestnanosť 21 presadzuje a šíri inovatívne a adaptabilné formy organizácie práce pre zlepšenie kvality a produktivity, ako aj ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci. Nabáda na implementáciu integrovaných prístupov k flexiistote s cieľom pomôcť zamestnancom vrátane tých, ktorí majú nízku kvalifikáciu a sú na okraji trhu práce, aby sa vyrovnali so zložitejším, rozmanitejším a nepravidelnejším, a tým aj náročnejším pracovným životom.

Usmernenie pre zamestnanosť 23 zdôrazňuje potrebu zamerať sa na nové zručnosti pre nové zamestnania za účelom podpory prístupu všetkých na trh práce a zaistenie inovácie a kvality práce.

4.3. Spolupráca s členskými štátmi

EÚ podporuje opatrenia členských štátov na riešenie spoločných výziev uľahčovaním dialógu, výmenou najlepšej praxe a koordináciou politik s členskými štátmi a medzi nimi a so zainteresovanými organizáciami. Medzi mechanizmy pre takúto spoluprácu patrí otvorená metóda koordinácie, Výbor pre sociálnu ochranu a expertná skupina EÚ pre sociálne determinanty a nerovnosti v oblasti zdravia. V roku 2010 prijala Rada závery o rovnosti a zdraví⁴, ktoré členské štáty nabádajú, aby ďalej rozvíjali svoje politiky a opatrenia na zmiernenie nerovností v oblasti zdravia a aktívne sa zúčastňovali na zdieľaní dobrej praxe.

4.4. Stratégia EÚ v oblasti zdravia

Väčšia rovnosť v oblasti zdravia je kľúčovým prvkom stratégie EÚ v oblasti zdravia a dôležitým rozmerom politik a iniciatív v oblastiach, ako sú tabak, obezita, alkohol, mladí ľudia a duševné zdravie. Udržiava sa úzka spolupráca so súvisiacou prácou Svetovej zdravotníckej organizácie, Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj, Rady Európy a vývojových trendov výskumu v tejto oblasti.

⁴ Závery Rady o rovnosti a zdraví vo všetkých politikách: Solidarita v zdraví. 3019. Zasadnutie Rady Zamestnanosť, sociálna politika, zdravie a spotrebiteľské záležitosti, Brusel, 8. júna 2010. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf

4.5. Fondy EÚ

Finančnú podporu na opatrenia proti nerovnostiam v oblasti zdravia poskytuje niekoľko programov a nástrojov EÚ.

Politika súdržnosti poskytuje finančnú podporu členským štátom na riešenie regionálnych rozdielov. Nedávno bolo zdravie definované ako jedna z oblastí podporovaných Európskym fondom regionálneho rozvoja (ERFR) a Európskym sociálnym fondom (ESF) v súlade so strategickými usmerneniami Spoločenstva pre súdržnosť 2007 – 2013.⁵ Podpora zdravia, prevencia chorôb, prenos znalostí, odborná príprava a dostupnosť vysoko kvalifikovaných zamestnancov a infraštruktúra v regiónoch – to je niekoľko z tematických oblastí oprávnených na finančnú podporu. Usmernenia upozorňujú, že existujú „podstatné rozdiely v zdravotnom stave a zdravotnej starostlivosti medzi regiónmi EÚ“... preto „je pre súdržnosť dôležité ... prispievať na zariadenia zdravotnej starostlivosti... Pri zmiernení nerovností musia hrať dôležitú úlohu zlepšovanie zdravia v Spoločenstve a preventívne opatrenia“.

Spoločná poľnohospodárska politika (SPP) nie je sama o sebe sociálna politika, ale obsahuje prvky, ktoré môžu prispieť k zmierneniu nerovností v oblasti zdravia, napríklad zaistenie slušnej životnej úrovne pre farmárov, dostupnosť dodávok potravín a primerané spotrebiteľské ceny. SPP podporuje školský mliečny program a rozdeľovanie poľnohospodárskych výrobkov znevýhodneným skupinám. Posledne boli skúmané možné príspevky zo strany SPP na propagáciu zdravšej stravy, keď sa väčší dôraz kladie na konzumáciu ovocia a zeleniny. Politika rozvoja vidieka EÚ okrem toho podporuje rozvoj a investície do služieb sociálnej a zdravotnej starostlivosti, technológiu a infraštruktúru vo vidieckych oblastiach, ako aj odbornú prípravu a informačné kampane na zdravotné a sociálne témy.

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

Program zdravia EÚ financuje siete akcií, miestne iniciatívy, odborné posudky, konferencie a inovácie politiky v oblasti verejného zdravia.

V rámci programu PROGRESS (Program EÚ pre zamestnanosť a sociálnu solidaritu na obdobie 2007 – 2013) bola v marci 2010 spustená špecifická výzva na predloženie návrhov, aby sa opatrenia popísané v oznámení Komisie pohli vpred, konkrétne poskytnutím podpory národným a regionálnym orgánom krajín, ktoré sa zúčastňujú programu PROGRESS, za účelom posilnenia politik na riešenie nerovností v oblasti zdravia.



Európsky fond pre integráciu štátnych príslušníkov tretích krajín podporuje snahy členských štátov uľahčiť integráciu migrantov do európskych spoločností. Z celkového rozpočtu 825 miliónov eur smeruje 7 % na podporu projektov, ktoré sa zaoberajú aspektmi integrácie, vrátane prístupu k zdravotnej starostlivosti. Zvyšných 93 % je určených pre členské štáty na realizáciu ročného programu dohodnutého s Komisiou.

Rámcové programy EÚ pre výskum tiež ponúkajú možnosti riešiť nerovnosti v oblasti zdravia, predovšetkým v rámci tretieho piliera témy Zdravie programu spolupráce siedmeho rámcového programu EÚ. Zameriava sa na vyvinutie výskumných metód a vytvorenie vedeckého základu pre podloženie politických rozhodnutí a efektívnejších stratégií založených na dôkazoch v oblastiach, ako sú podpora zdravia a širšie determinanty zdravia, vrátane životného štýlu a sociálno-ekonomických a environmentálnych faktorov⁶.

4.6. Legislatíva

EÚ ustanovila právne predpisy v oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci, aby zlepšila pracovné podmienky. Monitoruje implementáciu právnych predpisov a tiež financuje výskum v tejto oblasti.

Aktívne práceschopné obyvateľstvo v súčasnosti predstavuje 48,3 % z celkovej populácie EÚ. Preto má ochrana zdravia a bezpečnosti zamestnancov veľmi výrazne prispieť k celkovému verejnému zdraviu a zmierneniu niektorých hlavných prvkov, ktoré spôsobujú nerovnosti v oblasti zdravia medzi členskými štátmi EÚ a občanmi. Pokiaľ ide o ochranu zdravia a bezpečnosti pri práci, smernica 91/383/ES sa usiluje zaistiť, aby bola zamestnancom na dobu určitú

⁶ ROZHODNUTIE RADY (2006/971/ES) z 19. decembra 2006 týkajúce sa osobitého programu „Spolupráca“, ktorým sa vykonáva siedmy rámcový program Európskeho spoločenstva v oblasti výskumu, technologického rozvoja a demonštračných činností (2007 – 2013), OJ L 400/127).

a agentúrnym zamestnancom poskytovaná rovnaká úroveň ochrany ako iným zamestnancom. V roku 2009 bol vypracovaný koncept správy o implementácii smernice do roku 2007. Správa sa pokúša presne určiť potenciálne rozdiely v smernici, aby nasmerovala budúce opatrenia Komisie.

Posúdenie vplyvu k stratégii Spoločenstva pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci na obdobie 2007 – 2012 ukázalo, že stratégie ochrany zdravia pri práci znižujú počet pracovných nehôd a pomáhajú ich obetiam a chronicky chorým udržať si pracovné miesta alebo sa vrátiť do práce. Poskytujú tiež platformu pre integráciu migrujúcich pracovníkov a môžu zlepšiť stresujúce a monotónne pracovné podmienky, ktoré spôsobujú skoré zhoršenie zdravia, a teda predčasný odchod z pracovného života.

Od roku 2000 sa okrem zákonov týkajúcich sa rovnakého zaobchádzania s mužmi a ženami etablovala aj antidiskriminačná legislatíva EÚ pre zaistenie minimálnej úrovne rovnakého zaobchádzania a ochrany pre všetkých, ktorí žijú a pracujú v Európe bez ohľadu na rasovom alebo etnickom pôvode, náboženstve a vierovyznaní, zdravotnom postihnutí, sexuálnej orientácii a veku. Táto legislatíva zahŕňa mnoho aspektov každodenného života – od pracoviska k vzdelávaniu, zdravotnej starostlivosti a prístupu k tovarom a službám. V roku 2008 Komisia zriadila vládnu expertnú skupinu pre antidiskrimináciu a podporu rovnosti, ktorá skúma dosah antidiskriminačných opatrení na národnej úrovni a úrovni EÚ a potvrdzuje dobrú prax prostredníctvom partnerského učenia.

4.7. Vnútorý trh

Práce na konaniach vo veci porušenia právnych predpisov týkajúcich sa oblasti zdravia môžu pomôcť zmenšiť počet bariér prístupu k zdravotnej starostlivosti a znížiť ceny za ňu, z čoho budú vo veľkej miere profitovať občania zo znevýhodnených sociálno-ekonomických skupín. Medzi príklady toho patrí legislatíva, ktorá sa zaoberá slobodou zriaďovať a poskytovať služby, obmedzením vlastníctva a rozmiestnenia lekární, a vlastníctva laboratórií a ich otváracích hodín.

Všetky iniciatívy teraz prechádzajú rozsiahlejším posudzovaním ich pravdepodobných sociálnych a environmentálnych vplyvov, najmä na rôzne sociálne a ekonomické skupiny a na existujúce nerovnosti.

4.8. Vzdelávanie a mládež

Telesné a duševné zdravie a zdravý životný štýl sú presadzované ako sociálne a občianske kompetencie v odporúčaní o kľúčových kompetenciách⁷, ktoré členské štáty vyzývajú na rozvoj takýchto kompetencií pre všetkých ako súčasť ich stratégií celoživotného vzdelávania. Komisia tiež navrhla novú stratégiu EÚ pre mládež⁸, ktorá zdôrazňuje zraniteľnosť mládeže a identifikuje opatrenia na zlepšenie zdravia mladých ľudí, predovšetkým tých, ktorí sú ohrození sociálnym vylúčením.



Táto brožúra sa snaží poskytnúť široký prehľad o nerovnostiach v oblasti zdravia v EÚ a niektorých politikách EÚ, ktoré prispievajú k ich zmierňovaniu.

Bližšie informácie nájdete v nižšie uvedených odkazoch a referenciách, prípadne kontaktujte Európsku komisiu (bezplatné telefónne číslo Europe Direct **00 800 6 7 8 9 10 11**).

⁷ Odporúčanie Európskeho parlamentu a Rady z 18. decembra 2006 o kľúčových kompetenciách pre celoživotné vzdelávanie (2006/962/ES).

⁸ KOM(2009)200 – 27/04/09. Stratégia EÚ pre mládež – investovanie a posilnenie postavenia mládeže.

Užitočné odkazy a referencie

Európska komisia:

Oznámenie o nerovnostiach v oblasti zdravia

<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

GR pre zdravie a spotrebiteľov / Sociálne determinanty zdravia

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

GR pre zamestnanosť, sociálne záležitosti a rovnaké príležitosti

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

GR pre regionálnu politiku

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

Rada Európskej únie

<http://www.consilium.europa.eu/showPage.aspx?lang=sk>

Záver Rady o rovnosti a zdraví vo všetkých politikách: Solidarita v zdraví.

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/>

Komisia WHO pre oblasť sociálnych determinantov zdravia

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

Ďalšie webové stránky spomenuté v tomto dokumente (informačný/demonštratívny zoznam)

<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>

Stručný zoznam literatúry

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. Oddelenie pre verejné zdravie, Holandsko pre Európsku komisiu.

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

Mackenbach, J. P., 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, 2006. Nezávislá, expertná správa, ktorú si dalo vypracovať britské predsedníctvo EÚ.

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

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

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

Whitehead M, 1990, *The concepts and principles of equity and health*. Kodaň. Regionálna kancelária WHO pre Európu, 1990.

Komisia WHO pre sociálne determinanty zdravia, 2008, *Closing the gap in a generation*.

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

Bližšie informácie a referencie nájdete v dokumente Background document for press pack, ktorý sa týka oznámenia ES č. 2009-567 o nerovnostiach v oblasti zdravia:

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

Európska komisia

Zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v Európskej únii

Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie

2011 – 23 s. – 25 x 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15048-7

doi: 10.2767/97986

Táto brožúra s názvom „Zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v Európskej únii“ poskytuje aktualizované informácie o nerovnostiach v oblasti zdravia medzi členskými štátmi Európskej únie a v rámci nich.

Skúma niekoľko otázok nerovnosti v oblasti zdravia (najmä strednú dĺžku života), ako aj úlohu determinantov zdravia so špecifickým zameraním na „sociálny gradient“, t. j. sociálny rozmer, ktorý existuje prakticky vo všetkých faktoroch ovplyvňujúcich zdravotný stav.

Uvádza konkrétne vysvetlenia o úlohe európskych a národných politík v tejto špecifickej oblasti (vrátane možností financovania) a o ich potenciálnom príspevku k zmierňovaniu nerovností v oblasti zdravia.

Nakoniec svoju pozornosť obracia na tri prípadové štúdie, ktoré popisujú prínosy dosiahnuté v oblastiach, ako sú zdravie detí, zdravie uchádzačov o zamestnanie a zdravotný stav etnických menšín.

Táto publikácia je k dispozícii v tlačenej forme vo všetkých úradných jazykoch Európskej únie.

AKO ZÍSKAŤ PUBLIKÁCIE EÚ

Bezplatné publikácie:

- prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- na zastúpeniach alebo delegáciách Európskej únie.
Ich kontaktné údaje nájdete na (<http://ec.europa.eu>) alebo si ich môžete vyžiadať faxom na číslo +352 2929-42758.

Platené publikácie:

- prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Predplatné (napr. ročné série *Úradného vestníka EÚ*, zbierky rozhodnutí Súdneho dvora Európskej únie):

- prostredníctvom obchodných distribútorov Úradu pre vydávanie publikácií EÚ (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sk.htm).

Zaujali vás publikácie Generálneho riaditeľstva pre zamestnanosť,
sociálne záležitosti a rovnaké príležitosti?

Na adrese <http://ec.europa.eu/social/publications> si ich môžete prevziať
z internetu alebo požiadať o ich pravidelné bezplatné zasielanie.

Na adrese <http://ec.europa.eu/social/e-newsletter> sa zároveň môžete
zaregistrovať a odoberať bezplatný elektronický bulletin Európskej komisie
Social Europe e-newsletter.

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



www.facebook.com/social europe



Úrad pre publikácie

ISBN 978-92-79-15048-7



9 789279 150487