

# Zmanjševanje neenakosti na področju zdravja v Evropski uniji

Socialna Evropa



Evropska komisija



Ta publikacija je izšla ob podpori programa Evropske unije za zaposlovanje in socialno solidarnost (2007–2013). Program upravlja Generalni direktorat za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti pri Evropski komisiji. Ustanovljen je bil za finančno podporo uresničevanju ciljev Evropske unije na področju zaposlovanja in socialnih zadev, kot so opredeljeni v socialni agendi, in tako prispeva k doseganju ciljev strategije Evropa 2020 na teh področjih.

Sedemletni program je namenjen vsem zainteresiranim stranem, ki lahko pomagajo razviti ustrezne in učinkovite zakonodaje in politike na področju zaposlovanja in socialnih zadev v EU-27, državah Efte-EGP ter državah kandidatkah in državah potencialnih kandidatkah za članstvo v EU.

Cilj programa Progress je povečati prispevek EU v podporo zavezam in prizadevanjem držav članic za ustvarjanje novih in boljših delovnih mest ter oblikovanje tesneje povezane družbe. V ta namen je program Progress ključen pri:

- zagotavljanju analiz in strateškega svetovanja na področju politik Progress;
- spremljanju izvajanja zakonodaje in politik EU na področju politik Progress;
- spodbujanju prenosa politik, znanja in podpore med državami članicami glede ciljev in prednostnih nalog EU ter
- izmenjavi stališč zainteresiranih strani in širše družbe

Več informacij je na voljo na spletni strani:

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

# Zmanjševanje neenakosti na področju zdravja v Evropski uniji

## **Evropska komisija**

Generalni direktorat za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti

Enota E4

Generalni direktorat za zdravje in potrošnike

Enota C4

Rokopis je bil dokončan junija 2010

Niti Evropska komisija niti osebe, ki delujejo v njenem imenu, niso odgovorne za uporabo podatkov iz te publikacije.

© Fotografija na naslovnici: Evropska unija – Michel Loriaux

Za uporabo ali reprodukcijo fotografij, za katere Evropska unija nima avtorskih pravic, je treba za dovoljenje zaprositi neposredno imetnika ali imetnike avtorskih pravic.

Europe Direct je služba za pomoč  
pri iskanju odgovorov na vprašanja  
v zvezi z Evropsko unijo

Brezplačna telefonska številka (\*):  
**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\*) Nekateri operaterji mobilne telefonije ne dovoljujejo  
vzpostavitve zveze s števkami 00 800 ali pa te klice  
zaračunavajo.

Veliko dodatnih informacij o Evropski uniji je na voljo na internetu. Dostop je mogoč na strežniku Europa (<http://europa.eu>).  
Kataloški podatki in povzetek so navedeni na koncu te publikacije.

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2011

ISBN 978-92-79-15049-4

doi:10.2767/98058

© Evropska unija, 2011

Reprodukcija je dovoljena z navedbo vira.

*Printed in Germany*

TISKANO NA BELEM PAPIRJU, KI NE VSEBUJE ELEMENTARNEGA KLORA (ECF)

## Izjavi

### John Dalli – komisar za zdravje in potrošniško politiko

Verjamem v Evropo, kjer so vsi državljani dobrega zdravja in imajo dostop do dobrih zdravstvenih storitev ne glede na to, kdo so, kje živijo in koliko zaslužijo. To je Evropa, za katero si moramo prizadevati. Zmanjševanje neenakosti na področju zdravja je ključna prednostna naloga.

Zmanjševanje neenakosti na področju zdravja zahteva usklajeno delovanje med javnim zdravstvom in vrsto drugih politik, ki vplivajo na zdravje, vključno s socialno zaščito, izobraževanjem in okoljsko politiko. Izziv pri tem je, kako različna orodja politike uporabiti za ustvarjanje učinkovitih koalicij za delovanje v vladi in družbi.

Prizadeval si bom zagotoviti, da bo naše sporočilo o neenakostih na področju zdravja „Solidarnost na področju zdravja“ vodilo h konkretnim rezultatom, in hkrati podpiram prizadevanja držav članic za premostitev vrzeli v zdravstvu na vse mogoče načine.

Izmenjava najboljših praks in usvojenih lekcij ter pomoč pri usmerjanju možnosti financiranja EU za pomoč zdravstvu v ogroženih regijah in v tistih v najslabšem položaju so nekatere izmed možnosti, ki jih bomo uresničili v praksi. Komisija bo zagotovila tudi boljše spremljanje neenakosti na področju zdravja in zdravstvenih trendov v Evropi in razširila priložnosti za raziskave na tem področju. Ne nazadnje, skupaj si bomo prizadevali zagotoviti, da bodo politike EU, kjer je mogoče, prispevale k reševanju problema. Delovanje na razvojnih področjih, kot sta e-zdravje in ocenjevanje zdravstvene tehnologije, kritično prispeva k trajnosti zdravstvenih sistemov in lahko ključno prispeva k odpravljanju neenakosti.

Menim, da moramo v teh časih gospodarske krize in proračunskih pritiskov združiti moči in zagotoviti, da se zdravstvene vrzeli v naših družbah ne bodo



še povečale. Verjamem, da se bomo v prihodnjih letih ponosno ozrli nazaj in spoznali, da so naša prizadevanja pripomogla k zmanjšanju neenakosti na področju zdravja v Evropi.

### László Andor – komisar za zaposlovanje, socialne zadeve in vključevanje

Na področju zdravja je bil dosežen velik napredek, kljub temu pa ostaja stopnja neenakosti med različnimi družbenimi skupinami in med ljudmi, ki živijo v različnih delih Evropske unije, nesprejemljivo visoka. Neenakosti na področju zdravja niso le nepravilne, povezane so tudi z velikimi gospodarskimi in socialnimi stroški.

Rednejše namenjanje večje pozornosti socialnim dejavnikom zdravja pri delovnih in življenjskih razmerah nam lahko pomaga zmanjšati dejavnike, ki znižujejo pričakovano življenjsko dobo in negativno vplivajo na življenje ljudi, ravni produktivnosti in izdatke za zdravstveno varstvo.

Spodbujanje zaposlovanja, izboljšanje kakovosti dela ter zagotavljanje zdravega in varnega delovnega okolja za vse so ključni za izboljšanje zdravstvenih rezultatov. Rešiti moramo tudi dolgoročno brezposelnost in revščino, da bi kar najbolj zmanjšali negativne učinke na splošno zdravje. Poleg tega si moramo prizadevati, da bi priskrbeli zadostno in dostopno socialno zaščito z učinkovitimi varnostnimi mrežami, ki bi ublažile vpliv škodljivih gospodarskih in družbenih okoliščin na zdravje.

Nazadnje in najpomembnejše, izboljšanje dostopnosti do kakovostnih zdravstvenih storitev lahko močno pripomore k boljšemu zdravju in daljšemu življenju v mnogih regijah Evropske unije, kar bo prispevalo h gospodarski, socialni in ozemeljski koheziji.





# Vsebina

<b>1. Neenakosti na področju zdravja v Evropski uniji</b>	<b>7</b>
1.1 Neenakosti na področju zdravja med državami članicami in v njih	7
1.2 Neenakosti med družbenimi skupinami	8
1.3 Posebno slabo zdravje ranljivih skupin	8
<b>2. Vzroki za neenakosti na področju zdravja</b>	<b>9</b>
2.1 Splošni dejavniki zdravja	9
2.2 Zaposlitev	11
2.3 Bogastvo in zdravje: zapleten odnos	11
2.4 Socialna zaščita in transferji: prispevek k zdravstvenemu stanju?	11
2.5 V ospredju: izdatki za zdravstveno varstvo in proračuni	12
2.6 Trenutna gospodarska in finančna kriza: kakšen je njen vpliv?	13
<b>3. Ukrepanje glede neenakosti na področju zdravja v državah članicah EU</b>	<b>13</b>
ŠTUDIJA PRIMERA 1, Združeno kraljestvo – lokalni programi Sure Start: prenos „sorazmernega univerzalizma“ v prakso	14
ŠTUDIJA PRIMERA 2, Madžarska – Opre Roma: ozaveščanje pri načrtovanju zdravih in trajnostnih hiš v romski skupnosti, ki živi v Debrecenu	15
ŠTUDIJA PRIMERA 3, Nemčija – „Job Fit Regional“: povezanost zdravja in napredovanja pri zaposlitvi	16
<b>4. Ukrepanje na ravni Evropske unije</b>	<b>17</b>
4.1 Sporočilo Komisije o neenakostih na področju zdravja	17
4.2 Evropska strategija zaposlovanja	18
4.3 Sodelovanje z državami članicami	19
4.4 Zdravstvena strategija Evropske unije	19
4.5 Sredstva Evropske unije	19
4.6 Zakonodaja	20
4.7 Notranji trg	21
4.8 Izobraževanje in mladina	21
<b>Prilogi</b>	
Uporabne povezave in viri	22
Kratka bibliografija	22



© Evropska unija



# 1. Neenakosti na področju zdravja v Evropski uniji

Državljeni Evropske unije (EU) živijo v povprečju dlje in bolj zdravo kot prejšnje generacije, raven zdravja v EU pa se je v zadnjih desetletjih stalno izboljševala. Sočasno so med državami članicami EU in v njih velike in morda čedalje večje neenakosti na področju zdravja.

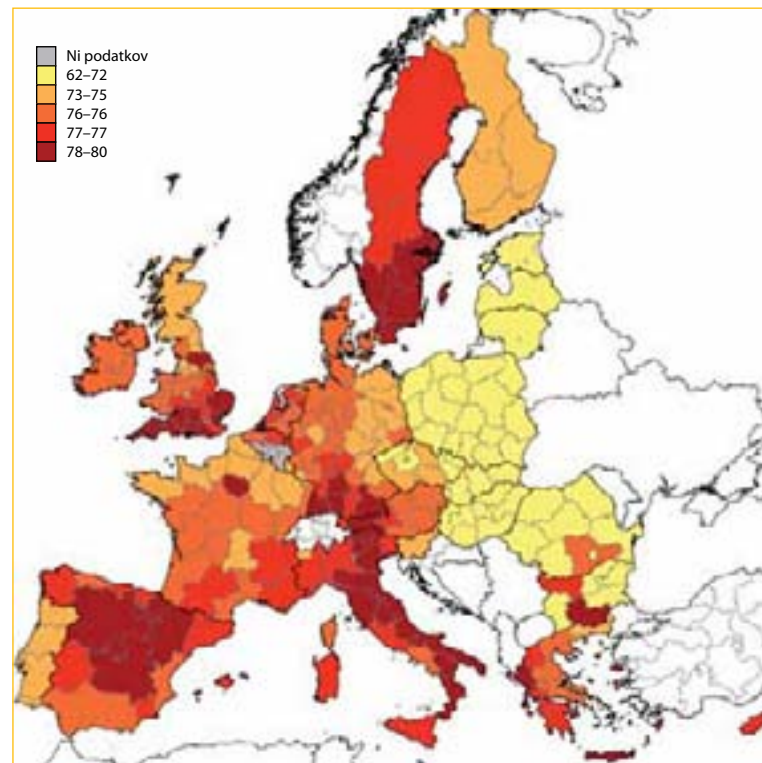
Evropska komisija obravnava te neenakosti kot izziv za zavezanost EU k solidarnosti, socialni in ekonomski koheziji, človekovim pravicam in enakim možnostim. Komisija je tako odločena podpirati države članice in zainteresirane skupine na različnih družbenih ravneh v njihovih prizadevanjih za boj proti tem neenakostim.

## 1.1 Neenakosti na področju zdravja med državami članicami in v njih

Pričakovana življenjska doba ob rojstvu je pokazatelj stopenj zdravja prebivalstva kot celote, pri tem pa so velike razlike med regijami EU. Leta 2006 je bila razlika med državami članicami z najdaljšo in najkrajšo pričakovano življenjsko dobo osem let pri ženskah in štirinajst let pri moških. V številnih državah se je vrzel med nacionalno pričakovano življenjsko dobo in povprečjem EU v zadnjih dveh desetletjih povečala.

Tudi pri številu let dobrega zdravja (zdrava leta) so razlike do 20 let, pri čemer so prebivalci osrednjega in vzhodnega dela EU, zlasti moški, v povprečju zdravi manjše število let.

Pričakovana življenjska doba ob rojstvu, moški, 2002–2004, NUTS 2



Vir: Eurostat.



Precejšnje razlike med državami članicami so tudi pri umrljivosti dojenčkov, prezgodnji umrljivosti, preprečevanju smrtnosti in bolj subjektivnih zdravstvenih merilih, kot so splošno zdravje na podlagi lastne ocene in dolgotrajna bolezen ali omejitev aktivnosti v preteklih šestih mesecih.

K razlikam v pričakovani življenjski dobi prispevajo visoka umrljivost in obolevnost zaradi srčno-žilnih bolezni, poškodb in nasilja, raka in bolezni, povezanih z uživanjem alkohola. Ključni dejavniki tveganja za ta stanja, kot so slabše življenjske in delovne razmere, kajenje, prehrana in uživanje alkohola, so izrazitejši v državah s krajšo pričakovano življenjsko dobo.

## 1.2 Neenakosti med družbenimi skupinami

Poleg razlik med državami članicami so bile ugotovljene še zdravstvene razlike med družbenimi sloji prebivalstva. Ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe, v nižjem poklicnem razredu ali z nižjim dohodkom ter nekatere etnične manjšine v mnogih državah članicah umirajo mlajši, večina zdravstvenih težav pa je pri njih tudi bolj razširjena.

Vpliv teh spremenljivk na zdravje se začne v mladih letih in se nadaljuje vse življenje. Razlike v pričakovani življenjski dobi ob rojstvu med najnižjimi in najvišjimi družbenoekonomskimi skupinami (na primer med fizičnimi in strokovnimi poklici, ljudmi z osnovnošolsko in višješolsko izobrazbo ter tistimi z najnižjimi in najvišjimi prihodki) so od 4 do 10 let za moške in od 2 do 7 let za ženske. Ta razlika se je v zadnjih nekaj desetletjih v nekaterih državah članicah celo povečala. Poleg tega je umrljivost dojenčkov večja v najnižjih družbenoekonomskih skupinah, neenakosti, povezane s tem dejavnikom, pa so se v več državah povečale.

## 1.3 Posebno slabo zdravje ranljivih skupin

Pri skupinah, kot so prebivalci na ogroženih območjih in revni, brezposelni in neuradno zaposleni, brezdomci, invalidi, duševni ali kronični bolniki, starejši z nižjimi pokojninami in starši samohranilci je obolevnost večja in prezgodnja smrt pogostejša.

Neenakosti so med državljani in nekaterimi migrantskimi skupinami, in to tako glede njihovega zdravstvenega stanja kot dostopa do zdravstvenih storitev. Migranti so lahko ranjivejši glede prenosljivih bolezni, kot so tuberkuloza, HIV/AIDS ali hepatitis, ki vplivajo na splošne ravni zdravja. Lahko so izpostavljeni tudi večjim tveganjem za neprenosljive bolezni (na primer srčno-žilne bolezni) in težave z duševnim zdravjem. Te lahko izhajajo iz kombinacije družbenoekonomskih in okoljskih razmer v državi njihovega izvora, selitve iz države in potrebe po prilagajanju novemu okolju v državah gostiteljicah. (1)

Poleg tega se zdi, da obstaja povezava med neenakostmi na področju zdravja v državi in splošnim zdravstvenim stanjem prebivalstva, in sicer večja je neenakost, slabše je zdravje prebivalstva kot celote. Zmanjšanje neenakosti v državah članicah tako lahko pomaga zmanjšati tiste med državami članicami.

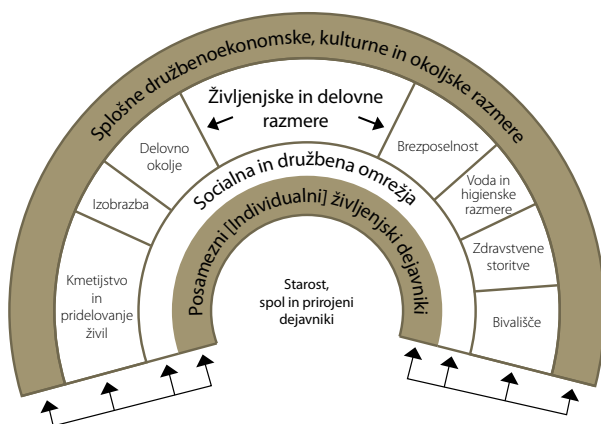
(1) Sklepi Sveta o zdravju in migracijah v EU iz leta 2007.

## 2. Vzroki za neenakosti na področju zdravja

### 2.1 Splošni dejavniki zdravja

Več modelov skuša prikazati odnos med različnimi dejavniki in zdravjem. Model Dahlgrena in Whiteheada, ki ga uporablja Svetovna zdravstvena organizacija, ponazarja pregled vzrokov za neenakosti v obliki mavrice. Stopnje zdravja se ne razlikujejo naključno, temveč so rezultat sistematičnih razlik v razporeditvi dejavnikov, ki vplivajo nanje.

#### Dahlgren-Whiteheadov model dejavnikov zdravja



Vir: Dahlgren, Whitehead: WHO Europe 2007 „European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2“. Sklicevanje na D&G, prejšnji vir, 1993.

**Življenjske in delovne razmere** vplivajo na zdravje z neposrednimi in posrednimi fizičnimi in psihološkimi mehanizmi. Vpliv nekaterih dejavnikov se čuti v dolgih obdobjih. Slabe razmere v otroštvu lahko na primer vplivajo na





zdravje pozneje v življenju. Izpostavljenost dejavnikom, ki vplivajo na zdravje, se razlikuje glede na to, kje ljudje živijo, in njihove delovne razmere. Kar se tiče bivalnih razmer, deli prebivalstva EU nimajo dostopa do tekoče vode, primernih prostorov za umivanje in toaletnih prostorov, cenovno ugodne energije, centralnega ogrevanja in izolacije ter živijo v vlažnih, prenaseljenih prostorih. Fizično zahtevno delo lahko negativno vpliva na zdravje, tako kot nizke ravni nadzora nad delom, neskladnost pri nagrajevanju za prizadevanje ter izpostavljenost fizičnim in duševnim tveganjem na delovnem mestu. Po drugi strani lahko na zdravje pozitivno vplivajo dobro upravljanje, dobre delovne razmere in močna socialna omrežja na delovnem mestu.

**Na z zdravjem povezane navade**, kot so prehrana, telesna dejavnost, kajenje in uživanje alkohola ter spolne prakse, vplivajo družbenoekonomski in kulturni dejavniki. To lahko delno razloži razlike v zdravju med družbenimi skupinami ter med državami in področji. Večina študij ocenjuje, da je od 25 % do 35 % razlik v zdravju ljudi mogoče pripisati posameznikovemu vedenju. Med evropskimi državami in družbenoekonomskimi skupinami so velike razlike glede zdrave prehrane, razširjenosti kajenja, uživanja alkohola in telesne dejavnosti ter posledicami teh dejavnikov, kot sta debelost in slabo zdravje.

**Psihosocialni dejavniki**, kot so negativni življenjski dogodki, občutki izključenosti in marginalizacije, pomanjkanje nadzora nad življenjskimi dogodki in opravljanje zahtevnega dela za skromno denarno nadomestilo, lahko pripomorejo k poslabšanju zdravja.

Tudi **pretekli socialni položaj** lahko vpliva na posameznikovo zdravstveno stanje. Družinski družbenoekonomski položaj (vključno z dohodkom in zanimanjem za izobraževanje) ima na primer lahko pomembno vlogo pri tem, kakšno izobrazbo bo dosegel otrok, zaposlitvenih možnostih, dohodku in zdravju. Nekatere študije kažejo, da visok družbenoekonomski položaj staršev zmanjša tveganje kapi in raka na želodcu v odrasli dobi. Materina družbenoekonomska prikrajanost je tesno povezana z majhno porodno težo, ki vpliva na zdravje otroka še vse življenje. In še, kot je že znano, slabi življenjski pogoji v otroštvu lahko vplivajo na poznejše življenje.

Razlike med življenjskimi stili ter življenjskimi in delovnimi razmerami glede na starost, spol in družbenoekonomski položaj  
QA24 Ali mi lahko poveste, če se kaj od navedenega nanaša na vas (možnih je več odgovorov)?

		Kadite	Ste pretežki	Nikoli ne telovadite ali pa zelo redko	Ne jeste prav zdrave hrane	Radi spijete malo preveč alkohola	Živate v hrupnem okolju	Živate in delate v močno onesnaženem okolju	Trpite zaradi stresa pri delu	Trpite zaradi stresa v osebnih odnosih	Niž od zgoraj navedenega (spontano)	Ne vem
	EU-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%
	<b>Spol</b>											
	Moški	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%
	Ženska	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%
	<b>Starost</b>											
	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%
	<b>Izobrazba (končana)</b>											
	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%
	Še vedno študiram	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	<b>Obseg dejavnosti anketirancev</b>											
	Samozaposleni	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Menedžerji	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Drugi višji položaji	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Fizični delavci	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Vzdrževalci	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Nezaposleni	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Upokojenci	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
	Študenti	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%

Vir: Eurobarometer 283.



## 2.2 Zaposlitev

Zaposlitveni položaj znatno vpliva na zdravstveno stanje ljudi, brezposelnost pa je povezana z večjim tveganjem za duševne težave, socialno izključenost in samomorilnost. Kot omenjeno zgoraj, imajo tudi kakovost delovnega mesta in delovne razmere precejšen vpliv na zdravje.

Dobro delovno okolje, na primer tako, ki omejuje izpostavljenost *fizičnim tveganjem ali kemičnim in biološkim dejavnikom*, je dobrodejno za zdravje. Številne študije kažejo, da kakovost delovnega mesta in delovne razmere precej vplivajo na zdravje. Delo, ki *ne zahteva velikega fizičnega napora* in zaradi katerega delavec ni pod stresom, *velik nadzor*, ki ga ima delavec nad svojim poklicnim življenjem, priložnosti za usvajanje novih znanj, *visoka plača* in *možnosti za napredek* pripomorejo k temu, da je posameznik zdrav. Po drugi strani pa pomanjkanje podpore na delovnem mestu in občutek negotovosti glede zaposlitve povečujeta tveganje za zdravstvene težave, vključno z depresijo.

Poklicna zdravstvena tveganja se v posameznih sektorjih zelo razlikujejo. Mladi delavci so običajno manj seznanjeni s poklicnimi tveganji in so jim zato bolj izpostavljeni. Delavci z zaposlitvijo za določen čas ali začasno zaposlitvijo se srečujejo z večjim tveganjem nesreč pri delu in poklicnih boleznih.

## 2.3 Bogastvo in zdravje: zapleten odnos

Gospodarska uspešnost, kot se meri z bruto domačim proizvodom (BDP) na prebivalca, in stopnja revščine se v EU razlikujeta, še vedno obstaja tudi precejšnja dohodkovna neenakost. Leta 2006 je bil celoten dohodek 20 % najbogatejših prebivalcev 4,8-krat večji od dohodka 20 % najrevnejših. Več študij

kaže, da je dohodkovna neenakost eden od številnih dejavnikov, ki vodijo do razlik pri zdravju med državami in posamezniki. Takšna neenakost je v veliki meri posledica družbene stratifikacije, ki jo ustvarjajo strukturni gonilniki, kot so politični kontekst, družbene norme in vrednote ter gospodarska, socialna, izobrazbena, okoljska in zdravstvena politika.

Vendar je splošni odnos med gospodarsko rastjo in zdravjem zapleten. Vse kaže, da gospodarska rast sama po sebi ne more zmanjšati neenakosti na področju zdravja. Za zmanjšanje neenakosti na področju zdravja morajo gospodarsko rast spremljati dopolnilni politični ukrepi, poleg tega pa je treba večjo pozornost nameniti razporejanju dobrin. Poleg tega sta prenos BDP na prebivalca na zdrave državljanke in pravičnost na področju zdravja močno odvisna od pravilne kombinacije politik za zmanjšanje razlik in izboljšanje splošnega zdravja z optimizacijo odnosa med izboljševanjem zdravja in dostopnimi viri. Treba je še omeniti, da imajo zaradi dejavnikov, kot je prehrana, nekatere države članice EU in regije boljše kazalnike zdravja kot nekatere države, ki so gospodarsko uspešnejše od njih.

## 2.4 Socialna zaščita in transferji: prispevek k zdravstvenemu stanju?

V EU je mogoče opaziti razlike v velikosti in obsegu sistemov socialne varnosti, vključno pri proračunih za zdravstveno varstvo in zaščito ljudi zunaj trga dela. Glede na to, da revščina močno vpliva na zdravje, je lahko obseg prerazporeditve in socialnega varstva povezan z neenakostjo na področju zdravja, saj je bilo ocenjeno, da politike prerazporeditve dohodkov zmanjšajo tveganje revščine za 38 %.

## 2.5 V ospredju: izdatki za zdravstveno varstvo in proračuni

Od višine zdravstvenih proračunov je odvisno, ali bodo zdravstveni sistemi lahko izpolnili potrebe prebivalstva. Države članice, ki poročajo o krajši pričakovani življenjski dobi in visokih ravneh neizpolnjene potrebe po zdravstveni oskrbi, običajno poročajo tudi o manjših izdatkih v zdravstvu na prebivalca in v odstotnem deležu BDP.

Razpoložljivost (vključno z infrastrukturo, opremo in številom zdravstvenih delavcev), dostopnost in kakovost zdravstvenega varstva so ključni dejavniki pri ugotavljanju neenakosti, saj vplivajo na verjetnost premagovanja obolenosti in preprečevanja prezgodnje umrljivosti. Zdravstveni sistemi se srečujejo s pomanjkanjem virov (finančnih in človeških) in njihovo neenakomerno geografsko in socialno porazdelitvijo. Vse to vpliva na način in hitrost odkrivanja in zdravljenja bolezni ter tako tudi na zdravje celotnega prebivalstva.

Kakovost zdravstvenega varstva ima ključno vlogo pri zagotavljanju visoke ravni javnega zdravja. Vsako leto na primer v EU zbolijo trije milijoni bolnikov zaradi okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, in 50 000 jih zaradi tega umre. Razlike pri dostopu do kakovostne oskrbe se kažejo v zelo velikih razlikah pri preprečljivi umrljivosti.

Družbenoekonomske razlike so opazne tudi pri dostopu do nege. Pri neizpolnjenih potrebah po zdravstveni oskrbi obstaja jasna razlika med dohodki. Tisti z najnižimi dohodki pogosteje poročajo o nezadovoljeni potrebi zaradi čakanja, neposrednih finančnih stroškov ali oddaljenosti od zdravstvenih ustanov. Dognanja kažejo, da so družine z nižjimi dohodki v povprečju bolj oddaljene od bolnišnice ali svojega družinskega zdravnika. Poleg tega imajo prebivalci z nizkimi dohodki manj možnosti za sprejem v bolnišnico ali pregled pri specialistu. Več skupnih poročil o socialni zaščiti in socialni vključenosti je opredelilo ovire pri dostopu, vključno s pomanjkanjem kritja zdravstvenega



zavarovanja, neposrednimi finančnimi stroški oskrbe, geografskimi razlikami pri dostopu do storitev, čakalnimi časi in kulturnimi razlikami.

Sočasno lahko veliki izdatki za zasebno zdravstveno varstvo v primerjavi z dohodkom gospodinjstva nižjim družbenoekonomskim skupinam preprečijo dostop do zdravstvene oskrbe, ko jo potrebujejo, kar prispeva k povečani neenakosti na področju zdravja v nekaterih državah.

## 2.6 Trenutna gospodarska in finančna kriza: kakšen je njen vpliv?

Težke makroekonomske razmere lahko močno negativno vplivajo na zdravje. Pogosto vodijo do povečanega stresa in tveganega vedenja, kot sta pitje alkoholnih pijač in kajenje. To lahko samo po sebi negativno vpliva na zdravje in pripelje do depresije, motenj imunskega sistema in nesreč. Ti učinki lahko imajo v družinah nadaljnje posledice za zdravje in izobraževanje, zlasti pri otrocih. Dolga gospodarska kriza lahko vodi v dolgoročno negativne posledice za zdravje. Simptomi izgorelosti se lahko pojavijo ne le v tednih ali mesecih po izgubi zaposlitve, temveč še več let zatem.

Povečane omejitve pri dostopu do kakovostne zdravstvene oskrbe in socialnega varstva, zlasti za prebivalce iz nižjih družbenoekonomskih skupin, so še en učinek gospodarske recesije. Če je dostop do oskrbe odvisen od razpolaganja s finančnimi sredstvi ali če države članice v odziv na krizo zmanjšajo vire, namenjene za zdravstveno oskrbo in socialno varstvo, bosta rezultat manjša pokritost z oskrbo ali njena slabša kakovost.

Zaradi finančnega pritiska na zdravstvene sisteme države za doseganje večje uspešnosti in učinkovitosti znova preučijo svojo kombinacijo politik v zvezi z dejavniki zdravja. Tudi to lahko poveča neenakost pri dostopu do oskrbe.

## 3. Ukrepanje glede neenakosti na področju zdravja v državah članicah Evropske unije

Vse države članice EU so se zavezale, da bodo kot cilj odprte metode usklajevanja zmanjšale neenakosti pri dostopu do zdravstvene oskrbe in zdravstvenih rezultatih. Poročila držav članic, ki so analizirana kot del letnih skupnih poročil o socialni zaščiti in socialni vključenosti, navajajo ukrepe, ki jih sprejemajo. Poleg tega obstajajo številni viri informacij o političnih pobudah na ravni držav članic, ki so se izkazale za učinkovite pri reševanju neenakosti na področju zdravja. Mednje spadajo poročilo, pripravljeno za predsedovanje Združenega kraljestva leta 2005, „Neenakosti na področju zdravja: izziv za Evropo“, projekt, ki ga usklajuje Eurohealthnet, „Zapolnitev vrzeli: strategije ukrepanja za odpravo neenakosti na področju zdravja“ in projekt „Determine“, ki ga usklajuje Eurohealthnet in še poteka, ter njegova spletna stran (<http://www.health-inequalities.eu>).

Tako se od držav članic zbirajo informacije o strategijah za odpravo neenakosti na področju zdravja. Največ dokazov prihaja iz Združenega kraljestva, kjer so bile v več kot desetletju razvite celovite strategije za odpravo neenakosti na področju zdravja in opravljene številne ocene.

Razpoložljivi dokazi kažejo, da so mnogim državam članicam skupni sklepi, navedeni v nadaljevanju. Za nekatere izmed njih je bila za ponazoritev izbrana študija primera.

**1. Sorazmerni univerzalizem:** „Da bi zmanjšali pospešeno socialno razslojenost, morajo biti ukrepi splošni, vendar v takem obsegu in tako intenzivni, kot je sorazmerno z ravniyo slabšega položaja.“ („Pravična družba, zdravo življenje – strateški pregled neenakosti na področju zdravja v Angliji po letu 2010“, izdala The Marmot Review, februar 2010) (²). To še zlasti velja za programe spodbujanja zdravja in preprečevanja bolezni na prikrajšanih območjih, za ranljive družine in nižje družbenoekonomske skupine (na primer matere, otroke, mlade starše in starejše od 50 let).

### ŠTUDIJA PRIMERA 1 Združeno kraljestvo – lokalni programi Sure Start (\*): prenos „sorazmernega univerzalizma“ v prakso

Na podlagi celostnega pristopa k neenakostim na področju zdravja lokalni programi Sure Start združujejo otroško varstvo, zgodnje izobraževanje ter zdravstvene in družinam prijazne storitve za družine z otroki, mlajšimi od 5 let. Gre za enega od prispevkov britanske vlade k zmanjševanju neenakosti na področju zdravja s stališča revščine otrok in socialne izključenosti. Ti programi se izvajajo na lokalni ravni, v lokalnih centrih Sure Start na prikrajšanih območjih.

Pristop Sure Start združuje ponudnike storitev iz državnega sektorja, kot so ponudniki zdravstvenih in socialnih storitev ter zgodnjega izobraževanja, ob teh pa še prostovoljne, zasebne in skupnostne organizacije ter starše za zagotavljanje celostnih storitev za majhne otroke in njihove družine na podlagi tega, kaj lokalni otroci potrebujejo in starši želijo.

Ključni rezultati: študija učinkov nacionalnega vrednotenja programa Sure Start se je osredotočila na več kot 9 000 triletnih otrok in njihovih družin. Koristi so bile ugotovljene na naslednjih področjih: pri imunizaciji, poškodbah zaradi nesreč in socialnem razvoju. Rezultati, povezani s starši, pa kažejo koristne učinke na starševstvo in povečano uporabo storitev, namenjenih podpori otrokovemu in družinskemu razvoju.

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

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





**2. Države članice menijo, da sta regionalno in lokalno ukrepanje, ki ga podpirata nacionalno ukrepanje in ukrepanje Evropske unije, zelo pomembni za doseganje rezultatov.** Lokalne oblasti morajo opredeliti posameznike, pri katerih obstaja tveganje za nižji zdravstveni status v njihovih skupnostih. Da bi dosegli te posameznike, lahko akterji na regionalni ravni vzpostavijo sosedsko in skupnostno infrastrukturo.



## ŠTUDIJA PRIMERA 2

### Madžarska – Opre Roma: ozaveščanje pri načrtovanju zdravih in trajnostnih hiš v romski skupnosti, ki živi v Debrecenu (\*)

Glavni cilji te pobude so bili ozaveščanje skupnosti o okoljskih in energetskih vprašanjih ter o zdravju škodljivih navadah, da bi pripravili načrte skupnosti za trajnostna, energetska varčna in zdravstveno primerna socialna stanovanja ter načrte za socialna stanovanja, ki se lahko izvedejo nemudoma.

Člani skupnosti so bili v celoti vključeni v razvoj teh načrtov in so se ustrezno usposabljali na področjih upravljanja gospodinjstva in varčevanja z energijo. Na splošno je bila povezanost med zdravjem, bivališčem in okoljem ključno znanje, ki so ga pridobili udeleženi v projektu.

Ključni rezultati: stanovanjske razmere so bile opredeljene kot ključni dejavnik zdravstvenega stanja, ki imajo zato vlogo pri neenakostih na področju zdravja. Izboljšanje stanovanjskih razmer, vključno z gradnjo novih hiš, je bilo ob celovitem upoštevanju kulturnega ozadja Romov en od ključnih dosežkov tega projekta.

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



**3. Tudi ustvarjanje partnerstva z neprofitnim sektorjem, poslovnim in zaposlitvenim trgom je lahko učinkovito sredstvo ozaveščanja in spodbujanja ukrepov za pomoč tistim, pri katerih obstaja večje tveganje zdravstvenih težav.**

### **ŠTUDIJA PRIMERA 3 Nemčija – „Job Fit Regional“: povezanost zdravja in napredovanja pri zaposlitvi (\*)**

Glavni cilj je bil uporabiti ponudnike zaposlitve kot institucionalni okvir za izvajanje spodbujanja zdravja. Izobraževalne ustanove, ki običajno skrbijo za podporo iskalcem zaposlitve, so izvedle posebna usposabljanja. Ključne partnerke v tem projektu so tudi državne ustanove za zdravstveno zavarovanje, saj izvajajo ukrepe, usmerjene v skupine.

Pristop in delo z brezposelnimi sta potekala po posebni metodologiji (\*\*) za zelo natančno oceno posameznikovega znanja o zdravju (zlasti celosten motivacijski pogovor o zdravju) in pripravo načrta za spodbujanje zdravja. Različne programe, zlasti preventivne tečaje, za obvladovanje stresa in skupinske oblike usposabljanja, finančno podpirajo državne zdravstvene zavarovalnice. Usposabljanja so bila posebno oblikovana tudi za osebe izbranih ponudnikov in ponudnikov zaposlitve.

Zaradi tega programa ustanove za izobraževanje in kvalifikacije za brezposelne ter državne ustanove za zdravstveno zavarovanje tesno sodelujejo, da bi izboljšale zdravje brezposelnih ljudi v njihovem okolju.

Ključni rezultati: ustanove so projekt zelo dobro sprejele. Zaradi tega programa je bilo zaznано izboljšanje pri zdravju škodljivih navadah (zlasti glede fizične aktivnosti in prehrane), zmanjšanju psihosocialnega stresa in izboljšanju delovne sposobnosti.

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

\*\* [http://www.gib.nrw.de/service/downloads/BKK\\_JobFit\\_guidelines\\_RZweb\\_Einzelseiten.pdf](http://www.gib.nrw.de/service/downloads/BKK_JobFit_guidelines_RZweb_Einzelseiten.pdf)

**4. Merjenje in redno poročanje o kazalnikih neenakosti na področju zdravja** je temeljni prvi korak k učinkovitemu ukrepanju, posebej na ogroženih območjih. Zbiranje informacij z rednim spremljanjem kazalnikov zdravja lahko podpira ozaveščanje, oblikovalcem politik pa omogoča opredelitev obsega in vzrokov neenakosti (vrste bolezni in vzroki umrljivosti).

**5. Uporaba ocen vplivov na zdravje, preskusov pravičnosti na področju zdravja in revizij pri vseh politikah** je učinkovit način ustvarjanja medsektorskega zavedanja neenakosti na področju zdravja in njihovih socialnih dejavnikov.

Države članice ali raziskovalne pregledne študije so številne posebne politične ukrepe ocenile kot učinkovite pri odpravi neenakosti na področju zdravstvenega varstva.

Na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu so potekala prizadevanja za izboljšanje dostopa do informacij o tveganjih, povezanih s kajenjem, in storitev za prenehanje kajenja za prebivalce na ogroženih območjih in iz nižjih družbenoekonomskih skupin.

Pri teh skupinah je delež kadilcev dosledno večji kot pri premožnejših skupinah.

Izboljšanje predporodne (preiskave in imunizacija) ter poporodne oskrbe, vključno z neonatalnimi pregledi in podporo staršem, kot je zagotavljanje informacij o prehrani, kajenju staršev in spalnih položajih, je ključni element pri izboljševanju splošne ravni zdravja. Združeno kraljestvo in Poljska sta uvedla programe, da lahko tisti na manj premožnih območjih in/ali iz manj premožnih družbenoekonomskih skupin dobijo primerno predporodno in poporodno oskrbo za zmanjšanje vrzeli pri neonatalni umrljivosti in umrljivosti otrok. Podoben program, namenjen migrantom, poteka na Nizozemskem. Taki programi sodelujejo z družinskimi zdravniki in bolnišnicami ter vključujejo obiske ranljivih mater na domu od zgodnje nosečnosti do otrokovega drugega leta starosti.

## 4. Ukrepanje na ravni Evropske unije

### 4.1 Sporočilo Komisije o neenakostih na področju zdravja

Komisija je 20. oktobra 2009 sprejela sporočilo „Solidarnost na področju zdravja: zmanjšanje neenakosti na področju zdravja v EU“ <sup>(3)</sup>. Pripravo sporočila sta skupaj vodila komisarja za zdravje in za socialno politiko. Sporočilo nadgrajuje obstoječe delo, opisano v nadaljevanju, in opredeljuje področja, na katerih so potrebni nadaljnji ukrepi.

#### Ključni ukrepi, opredeljeni v sporočilu, vključujejo:

- vključevanje enakosti na področju zdravja v splošni gospodarski in družbeni napredek. Preučiti bi bilo mogoče, ali bi bilo smotno spremljanje kazalnikov neenakosti na področju zdravja uporabno orodje za spremljanje njene socialne razsežnosti (Evropa 2020);
- izboljšanje načina sodelovanja z državami članicami, zainteresiranimi stranmi in regijami;
- povečanje podpore EU za raziskave o neenakosti na področju zdravja;
- revizije politik za določitev njihovega vpliva na zmanjševanje neenakosti na področju zdravja;
- spodbujanje držav članic za boljšo uporabo možnosti v sklopu kohezijske politike EU, strukturnih skladov in politike razvoja podeželja SKP za obravnavo dejavnikov neenakosti na področju zdravja;

<sup>(3)</sup> COM(2009)567. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=619&furtherNews=yes>  
[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm)

- dejavnosti, ki se osredotočajo na določene ranljive skupine, kot so etnične manjšine, migranti in Romi;
- preučitev možnih sinergij med razvojno pomočjo Komisije in ukrepi za zmanjševanje neenakosti na področju zdravja;
- izboljšanje meritev in spremljanja neenakosti na področju zdravja, pri čemer naj bi bilo prvo poročilo objavljeno leta 2012.

## 4.2 Evropska strategija zaposlovanja

Pomen zaposlitve za zdravje poudarja več smernic EU:

**Zaposlitvena smernica 17** se osredotoča na izboljšanje kakovosti in produktivnosti pri delu ter posodobitev sistemov socialnega varstva. Zdravje in varnost pri delu sta med najpomembnejšimi dejavniki za zagotavljanje dobrih delovnih razmer. Sta tudi ključna elementa za privabljanje več ljudi na trg dela, zlasti ob upoštevanju staranja evropskega prebivalstva. Zato lahko konkretno prispevata k zmanjševanju neenakosti na področju zdravja.

**Zaposlitvena smernica 18** spodbuja vseživljenjski pristop in poziva k podpori aktivnega staranja, vključno s primernimi delovnimi pogoji in izboljšanim poklicnim zdravstvenim stanjem z namenom podaljšanja delovnega življenja državljanov. Poziva tudi k spodbujanju sodobnih sistemov socialnega varstva, vključno s področjem zdravstvenega varstva. Smernica še poudarja, da bo izboljšano poklicno zdravstveno stanje zmanjšalo bremena bolezni, s čimer se bo povečala produktivnost dela.



© Evropska unija

**Zaposlitvena smernica 21** spodbuja in širi inovativne in prilagodljive oblike organizacije dela za izboljšanje kakovosti in produktivnosti ter zdravja in varstva pri delu. Spodbuja izvajanje pristopov integrirane prožne varnosti s ciljem pomagati delavcem, tudi tistim na nizko kvalificiranih delovnih mestih in na obrobju trga dela, da se lahko spoprimejo z bolj zapletenim, raznovrstnim in nerednim ter zato zahtevnejšim delovnim življenjem.

**Zaposlitvena smernica 23** poudarja potrebo po osredotočenju na nova znana dela za nova delovna mesta z namenom spodbujati dostop za vse na trg dela in zagotoviti inovacije ter kakovost delovnega mesta.

### 4.3 Sodelovanje z državami članicami

EU podpira ukrepe držav članic za reševanje skupnih izzivov z omogočanjem dialoga, izmenjavo najboljših praks in usklajevanjem politik z državami članicami in med njimi ter z organizacijami zainteresiranih strani. Mehanizmi za tako sodelovanje vključujejo odprto metodo usklajevanja, Odbor za socialno zaščito in Skupino strokovnjakov EU za socialne dejavnike in neenakosti v zdravju. Leta 2010 je Svet sprejel sklepe o enakosti in zdravju <sup>(4)</sup>, ki države članice spodbujajo k nadaljnjemu razvijanju lastnih politik in ukrepov za zmanjševanje neenakosti na področju zdravja in aktivno sodelovanje pri širjenju dobrih praks.

### 4.4 Zdravstvena strategija Evropske unije

Večja enakost na področju zdravja je ključni element zdravstvene strategije EU in pomembna dimenzija politik in pobud na področjih, kot so tobak, debelost, alkohol, mladina in duševno zdravje. Tesno sodelovanje se ohranja s povezanim delom Svetovne zdravstvene organizacije, Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj, Svetom Evrope in raziskovalnim delom na tem področju.

---

<sup>(4)</sup> Sklepi Sveta o enakosti in zdravju v vseh politikah: Solidarnost na področju zdravja. 3019. sestanek Sveta za zaposlovanje, socialno politiko, zdravje in potrošniške zadeve v Bruslju, 8. junija 2010, [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf)

### 4.5 Sredstva Evropske unije

Finančna podpora za ukrepanje glede neenakosti na področju zdravja se zagotavlja s številnimi programi in instrumenti EU.

**Kohezijska politika** zagotavlja državam članicam finančno podporo pri obravnavi regionalnih neravnovesij. Zdravje je bilo nedavno opredeljeno kot eno od področij podpore Evropskega sklada za regionalni razvoj (ESRR) in Evropskega socialnega sklada (ESS) v skladu s strateškimi smernicami Skupnosti za kohezijo 2007–2013. <sup>(5)</sup> Spodbujanje zdravja, preprečevanje bolezni, prenos znanja, usposabljanje in razpoložljivost visoko usposobljenega osebja ter infrastrukture v konvergenčnih regijah so nekatera izmed aktualnih področij, ki so upravičena do podpore. Smernice kažejo, da „med evropskimi regijami obstajajo velike razlike v zdravstvenem stanju in dostopu do storitev zdravstvenega varstva“, zato „je pomembno, da kohezijska politika prispeva k zmogljivosti zdravstvenega varstva ... Ukrepi Skupnosti na področju zdravja in preventive imajo pomembno vlogo pri zmanjševanju neenakosti na področju zdravstva“.

**Skupna kmetijska politika (SKP)** ni socialna politika sama po sebi, ima pa elemente, ki lahko prispevajo k zmanjševanju neenakosti na področju zdravja, npr. zagotavljanje primernega življenjskega standarda kmetom, dostopnost zalog hrane in razumne potrošniške cene. SKP podpira program Mleko za šole in distribucijo kmetijskih proizvodov ogroženim skupinam. Nedavno so bili raziskani morebitni prispevki SKP k spodbujanju bolj zdrave prehrane z večjim poudarkom na uživanju sadja in zelenjave. Poleg tega politika razvoja podeželja EU podpira vlaganja v socialne in zdravstvene storitve, tehnologije in infrastrukture na podeželju, usposabljanje in informacijske ukrepe glede zdravstvenih in socialnih tem ter njihov razvoj.

---

<sup>(5)</sup> [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docoffic/2007/osc/l\\_29120061021en00110032.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021en00110032.pdf)

**Program Evropske unije Zdravje** financira akcijske mreže, lokalne pobude, strokovne preglede, konference in inovativne pristope v politikah na področju javnega zdravja.

**V okviru programa Progress** (*Program Evropske unije za zaposlovanje in socialno solidarnost 2007–2013*) je bil marca 2010 objavljen poseben poziv za zbiranje predlogov za izvedbo ukrepov, določenih v sporočilu Komisije, ki zlasti podpirajo nacionalne ali regionalne oblasti v državah, ki sodelujejo v programu Progress, za okrepitev politik, ki obravnavajo neenakosti na področju zdravja.



**Evropski sklad za vključevanje državljanov tretjih držav** podpira prizadevanja držav članic za vključevanje migrantov v evropske družbe. Od skupnega proračuna, ki znaša 825 milijonov EUR, je 7 % namenjenih podpori projektom, ki obravnavajo vidike vključevanja, vključno z dostopom do zdravstvenega varstva. Preostalih 93 % je namenjenih izvajanju letnega programa, dogovorjenega s Komisijo, v državah članicah.

Tudi **okvirni programi Evropske unije za raziskave** omogočajo možnosti za odpravo neenakosti na področju zdravja, zlasti v skladu s tretjim stebrom programa sodelovanja na temo zdravje v sedmem okvirnem programu EU. Cilj je razvoj raziskovalnih metod in vzpostavitev znanstvene podlage za podporo odločitvam politik in učinkovitejšim strategijam, ki temeljijo na dokazih, na področjih, kot so spodbujanje zdravja in širši dejavniki zdravja, vključno z življenjskim slogom ter družbenoekonomskimi in okoljskimi dejavniki. <sup>(6)</sup>

## 4.6 Zakonodaja

EU je na področju zdravja in varstva pri delu vzpostavila zakonodajo, da bi izboljšala delovne pogoje. Spremlja izvajanje zakonodaje in financira raziskave na tem področju.

Delovno aktivno prebivalstvo trenutno zajema 48,3 % celotnega prebivalstva EU. Varstvo zdravja in varnosti delavcev zato pomembno prispeva k splošnemu javnemu zdravju in zmanjšanju nekaterih glavnih elementov, ki med državami članicami EU in državljani povzročajo neenakosti na področju zdravja. Cilj Direktive 91/383/ES je zagotoviti, da imajo z vidika varnosti in zdravja pri delu delavci, zaposleni za določen čas, in najeti delavci enako raven varstva

<sup>(6)</sup> Odločba Sveta (2006/971/ES) z dne 19. decembra 2006 o posebnem programu Sodelovanje za izvajanje Sedmega okvirnega programa Evropske skupnosti za raziskave, tehnološki razvoj in predstavitvene dejavnosti (2007–2013) (UL L 400, str. 127).

kot drugi delavci. Leta 2009 je bilo pripravljeno poročilo o izvajanju direktive do leta 2007. Poročilo želi izpostaviti morebitne pomanjkljivosti te direktive za usmeritev nadaljnjih ukrepov Komisije.

Presoja vpliva Strategije Skupnosti za varnost in zdravje pri delu 2007–2012 je pokazala, da strategije zdravja pri delu zmanjšajo delovne nesreče in pomagajo žrtvam nesreč in kronično bolnim, da obdržijo svoja delovna mesta ali se vrnejo na delo. So tudi podlaga za vključevanje delavcev migrantov in lahko zmanjšajo stresne in monotone delovne razmere, ki povzročajo zgodnje poslabšanje zdravja in posledično zgodnji izstop iz delovnega življenja.

Od leta 2000 je poleg zakonov, ki se nanašajo na enako obravnavanje moških in žensk, v veljavi protidiskriminacijska zakonodaja EU za zagotovitev minimalnih ravni enakega obravnavanja in zaščite za vse, ki živijo in delajo v Evropi, ne glede na rasni ali etnični izvor, veroizpoved in prepričanje, invalidnost, spolno usmerjenost in starost. Ta zakonodaja pokriva številne vidike vsakodnevnega življenja – od delovnega mesta do izobrazbe, zdravstvenega varstva in dostopa do dobrin in storitev. Leta 2008 je Komisija ustanovila vladno strokovno skupino za boj proti diskriminaciji in prizadevanje za enakost, ki proučuje vpliv protidiskriminacijskih ukrepov na nacionalni ravni in ravni EU ter potrjuje dobro prakso preko vzajemnega učenja.

## 4.7 Notranji trg

Ukvarjanje s postopki za ugotavljanje kršitev, povezanih z zdravjem, lahko pomaga zmanjšati ovire pri dostopu do zdravstvenega varstva in zniža njegove cene, od česar imajo velike koristi državljani iz prikrajšanih družbenoekonomskih skupin. Primeri tega vključujejo zakonodajo, ki obravnava svobodo ustanavljanja in opravljanja storitev, omejitve glede lastništva in lokacije lekarn ter glede lastništva laboratorijev in njihovega delovnega časa.

Širše so zdaj vse pobude Komisije ocenjene z vidika njihovih verjetnih gospodarskih, družbenih in okoljskih vplivov, zlasti na različne družbene in gospodarske skupine in na obstoječe neenakosti.

## 4.8 Izobraževanje in mladina

**Fizično in duševno zdravje ter zdrav življenjski slog** se v Priporočilu o ključnih kompetencah <sup>(7)</sup>, ki države članice vabi, naj razvijejo take kompetence za vse kot del njihovih strategij vseživljenjskega učenja, promovirajo kot socialne in državljanske kompetence. Komisija je predlagala tudi novo Strategijo EU za mlade – vlaganje v mlade in krepitev njihove vloge in položaja <sup>(8)</sup>, ki poudarja ranljivost mladih in opredeljuje ukrepe za izboljšanje zdravja mladih, zlasti tistih, ki jim grozi socialna izključenost.

**Namen te knjižice je podati širok pregled nad neenakostmi na področju zdravja v EU in nekaterimi politikami EU, ki prispevajo k njihovem zmanjševanju.**

Za nadaljnje informacije, prosimo, glejte povezave in vire, navedene spodaj, ali navežite stik z Evropsko komisijo (brezplačna telefonska številka Europe Direct **00 800 6 7 8 9 10 11**).

<sup>(7)</sup> Priporočilo Evropskega parlamenta in Sveta z dne 18. decembra 2006 o ključnih kompetencah za vseživljenjsko učenje (2006/962/EC).

<sup>(8)</sup> COM(2009) 200 – 27/04/09 – Strategija EU za mlade – vlaganje v mlade in krepitev njihove vloge in položaja.



## Uporabne povezave in viri

Evropska komisija:

Sporočilo o neenakostih na področju zdravja

<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](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm)

Generalni direktorat za zdravje in potrošnike (socialni dejavniki zdravja)

[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_en.htm)

Generalni direktorat za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti

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

Generalni direktorat za regionalno politiko

[http://ec.europa.eu/dgs/regional\\_policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/dgs/regional_policy/index_en.htm)

Svet Evropske unije

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

Sklepi Sveta o enakosti in zdravju v vseh politikah: Solidarnost na področju zdravja

[http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf](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/>

SZO – OMS

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

Komisija SZO za socialne dejavnike zdravja

[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/index.html)

Druge spletne strani, omenjene v tem dokumentu (informacije/nepopoln seznam)

<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>

## Kratka bibliografija

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, Oddelek za javno zdravje, Nizozemska, za Evropsko komisijo.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/socioeco\\_inequalities\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf)

Mackenbach, J. P., 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, 2006, neodvisno strokovno poročilo, ki ga je naročilo britansko predsedstvo EU.

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](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](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*. København. Regionalni urad SZO za Evropo, 1990.

Komisija SZO za socialne dejavnike zdravja, 2008, *Closing the gap in a generation*.

[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)



Za nadaljnje informacije in vire si oglejte osnovni dokument za objavo, ki se nanaša na Sporočilo ES 2009-567 o neenakostih na področju zdravja:

[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/com2009\\_background\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf)

Evropska komisija

## Zmanjševanje neenakosti na področju zdravja v Evropski uniji

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije

2011 – 23 str. – 25 × 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15049-4

doi:10.2767/98058

Brošura z naslovom „Zmanjševanje neenakosti na področju zdravja v Evropski uniji“ podaja najnovejše informacije o neenakostih na področju zdravja med državami članicami Evropske unije in v njih.

Prinaša pregled več postavk neenakosti na področju zdravja (zlasti pričakovane življenjske dobe) in proučuje vlogo dejavnikov zdravja z namenjanjem posebne pozornosti socialni razslojenosti, to je socialni dimenziji, ki obstaja pri skoraj vseh dejavnikih, ki vplivajo na zdravstveno stanje.

Podane so posebne razlage glede vloge evropskih in nacionalnih politik na tem posebnem področju (vključno z možnostmi financiranja) in njihovega potencialnega prispevka k zmanjševanju neenakosti na področju zdravja.

Na koncu so v ospredje postavljene tri študije primerov, ki opisujejo koristi, dosežene na področjih, kot so zdravje otrok, zdravje iskalcev zaposlitve in zdravstveno stanje etničnih manjšin.

Publikacija je v tiskani obliki na voljo v vseh uradnih jezikih Evropske unije.

## KAKO DO PUBLIKACIJ EVROPSKE UNIJE

### **Brezplačne publikacije:**

- na spletni strani EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- na predstavništvih ali delegacijah Evropske unije. Njihovi kontaktni podatki so na voljo na spletni strani <http://ec.europa.eu> ali po faksu +352 2929-42758.

### **Publikacije, ki so naprodaj:**

- na spletni strani EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Plačljive naročnine (na primer na *Uradni list Evropske unije* ali zbirke odločb sodne prakse Sodišča Evropske unije):**

- pri prodajnih zastopnikih Urada za publikacije Evropske unije ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_en.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_en.htm)).

Vas zanimajo **publikacije** Generalnega direktorata za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti?

Lahko si jih prenesete oziroma se nanje brezplačno naročite na spletni strani:

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

Na spletnem mestu

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

se lahko naročite tudi na brezplačno elektronsko glasilo Evropske komisije *Socialna Evropa*.

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



Urad za publikacije



[www.facebook.com/socialeurop](http://www.facebook.com/socialeurop)

ISBN 978-92-79-15049-4



9 789279 150494