

Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus

Sotsiaalne Euroopa



Euroopa Komisjon



Käesolevat trükist toetatakse Euroopa Liidu tööhõive ja sotsiaalse solidaarsuse programmi Progress (2007–2013) raames. Programmi haldab Euroopa Komisjoni tööhõive, sotsiaalküsimuste ja võrdsete võimaluste peadirektoraat. Programm on loodud selleks, et toetada rahaliselt Euroopa Liidu tööhõive ja sotsiaalse solidaarsuse valdkonna eesmärkide rakendamist ning aidata seeläbi kaasa Euroopa 2020. aasta strateegia eesmärkide saavutamisele kõnealuses valdkonnas.

Seitsmeaastane programm on suunatud kõikidele huvirühmadele, kes aitavad välja töötada asjakohaseid ja tõhusaid õigusakte ning kujundada tööhõive- ja sotsiaalpoliitikat Euroopa Liidu 27 liikmesriigis, Euroopa Vabakaubanduse Assotsiatsiooni riikides ning Euroopa Liidu kandidaatriikides ja taotlejariikides.

Programmi Progress eesmärk on suurendada ELi toetust liikmesriikide võetud kohustustele ja jõupingutustele luua rohkem ja paremaid töökohti ning muuta ühiskond sidusamaks. Seetõttu hõlmab programm Progress järgmisi meetmeid:

- programmi poliitikavaldkondade analüüs ja poliitiline nõustamine;
- programmi poliitikavaldkondadega seotud ELi õigusaktide rakendamise jälgimine ja aruannete koostamine;
- ELi eesmärkide ja prioriteetidega seotud kogemuste vahetamise ning liikmesriikidevahelise teabevahetuse ja vastastikuse toetamise edendamine ning
- arvamuste vahetamine huvirühmade ja kogu ühiskonna vahel.

Lisateave:

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

Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus

Euroopa Komisjon

Tööhõive, sotsiaalküsimuste ja võrdsete võimaluste peadirektooraat

Üksus E4

Tervise- ja tarbijaküsimuste peadirektooraat

Üksus C4

Käsikiri on valminud juunis 2010

Euroopa Komisjon ega ükski komisjoni nimel tegutsev isik ei vastuta käesolevas trükises sisalduva teabe kasutamise eest.

© Kaanefoto: Euroopa Liit – Michel Loriaux

Et kasutada või reprodutseerida fotosid, mille autoriõigused ei kuulu Euroopa Liidule, tuleb taotleda luba otse autoriõiguse valdaja(te)lt.

Europe Direct on teenus, mis
aitab leida vastused
Euroopa Liiduga seotud küsimustele

Tasuta infotelefon: (*)
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Mõned mobiilsideoperaatorid ei võimalda helistamist 00
800 numbritele või võtavad neile helistamise eest kõnetasu.

Lisateavet Euroopa Liidu kohta saate internetist Euroopa serverist (<http://europa.eu>).
Kataloogimisandmed ja kokkuvõte on esitatud väljaande lõpus.

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus, 2011

ISBN 978-92-79-15034-0
doi:10.2767/95969

© Euroopa Liit, 2011
Allikale viitamisel on reprodutseerimine lubatud.

Printed in Germany

TRÜKITUD VALGELE ELEMENTAARKLOORIVABALE PABERILE (ECF)

Avaldused

John Dalli, tervise- ja tarbijaküsimuste volinik

Usun Euroopasse, kus kõik kodanikud elavad hea tervise juures ja neil on ligipääs headele tervise teenustele sõltumata sellest, kes nad on, kus nad elavad või kui palju teenivad. See on Euroopa, mille poole pürgida. Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine on esmatähtis.



Tervisealase ebavõrdsuse vähendamiseks läheb vaja rahvatervishoiu ja muu tervist mõjutava poliitikaga, sealhulgas sotsiaalse kaitse, hariduse ja keskkonnaga seotud koostööd. Küsimus on, kuidas kasutada erinevaid poliitilisi vahendeid, et luua tõhusaid tegevusele suunatud koalitsioone valitsuses ja ühiskonnas.

Olen igal võimalikul viisil pühendunud sellele, et kindlustada meie tervisealast ebavõrdsust käsitleva teatise „Tervisealane solidaarsus” jõudmine konkreetsete tulemusteni, ja liikmesriikide pingutuste toetamisele tervisealase ebavõrdsuse vähendamiseks.

Parimate tavade ja õpitud kogemuste jagamine ning aitamine, et suunata ELi rahastamisvõimalusi tervise edendamisse puudust kannatavates piirkondades ja halvimas seisus olijatele, on mõned rakendatavatest meetmetest. Komisjon aitab ka tervisealast ebavõrdsust ja suundumusi Euroopas paremini jälgida ning laiendada sellealase teadustöö võimalusi. Lõppude lõpuks töötame ju koos kindlustamaks, et ELi poliitika aitab, kus võimalik, seda probleemi lahendada. Töö arenevates valdkondades, nagu e-tervis ja tervisetehnoloogia hindamine, on äärmiselt oluline tervishoiusüsteemide jätkusuutlikkuse tagamisel ning võib olla ebavõrdsuse vähendamisel esmatähtis.

Tänapäevasel majanduskriisi ja eelarveraskuste ajal usun, et peame ühendama jõud kindlustamaks, et tervisealane ebavõrdsus meie ühiskonnas enam ei suureneks. Olen kindel, et järgnevatel aastatel vaatame uhkusega tagasi ja tunnustame oma pingutuste olulisust tervisealase ebavõrdsuse vähendamisel Euroopas.

László Andor, tööhõive, sotsiaalküsimuste ja sotsiaalse kaasatuse volinik

Tervise valdkonnas on tehtud märkimisväärsed edusamme, kuid sellest hoolimata on tervisealane ebavõrdsus erinevate sotsiaalsete rühmade ja Euroopa Liidu eri piirkondades elavate inimeste vahel vastuvõetamatult suur. Tervisealane ebavõrdsus pole mitte ainult ebaõiglane, vaid tekitab ka tohutuid majanduslikke ja sotsiaalseid kulusid.

Suurema ja süstemaatilise tähelepanu pööramine töö- ja elamistingimustega seotud sotsiaalsetele tervisemõjuritele aitab meil vähendada tegureid, mis kahandavad oodatavat eluiga ja mõjutavad halvemuse suunas inimeste elu, tööviljakust ja kulutusi tervishoiule.

Tööhõive edendamine, töö kvaliteedi tõstmine ning tervisliku ja kõigile ohutu töökeskkonna kindlustamine on hädavajalik tervisealaste tulemuste parandamiseks. Peame ka tegelema pikaajalise töötuse ja vaesuse küsimustega, et vähendada nende negatiivset mõju üldisele tervisele. Lisaks peame püüdma piisava ja ligipääsetava sotsiaalkaitse poole koos tõhusate turvavõrkudega majanduslike ja sotsiaalsete tingimuste tervisele negatiivsete mõjude leevendamiseks.

Kõige olulisem on see, et paranenud ligipääs kvaliteetsele tervishoiuteenusele võib parandada märkimisväärselt tervist ja pikendada eluiga paljudes Euroopa Liidu piirkondades, suurendades sellega majanduslikku, sotsiaalset ja territoriaalset sidusust.



Sisukord

1. Tervisealane ebavõrdsus ELis	7
1.1. Tervisealane ebavõrdsus liikmesriikides ja nende vahel	7
1.2. Ebavõrdsus sotsiaalsete rühmade vahel	8
1.3. Eriti kehv tervis kaitsetutes rühmades	8
2. Tervisealase ebavõrdsuse põhjused	9
2.1. Üldised tervisemõjurid	9
2.2. Tööhõiveküsimused	11
2.3. Jõukus ja tervis: keeruline suhe	11
2.4. Kas sotsiaalkaitse ja -siirded parandavad tervislikku seisundit?	11
2.5. Tulipunkti tervishoiukulud ja eelarved	12
2.6. Milline on praeguse majandus- ja finantskriisi mõju?	13
3. Tervisealase ebavõrdsusega seotud tegevus ELi liikmesriikides	13
1. JUHTUMIANALÜÜS, Ühendkuningriik. Kohalikud Sure Start'i programmid: proportsionaalse universalismi rakendamine	14
2. JUHTUMIANALÜÜS, Ungari. Opre Roma: teadlikkuse tõstmine tervislike ja jätkusuutlike majade projekteerimise kohta Debrecenis elava romade kogukonna hulgas	15
3. JUHTUMIANALÜÜS, Saksamaa. „Job Fit Regional“: tervise ja tööhõive edendamise sidumine	16
4. Tegevus ELis	17
4.1. Tervisealast ebavõrdsust käsitlev komisjoni teatis	17
4.2. Euroopa tööhõivestrateegia	18
4.3. Koostöö liikmesriikidega	19
4.4. ELi tervishoiustrateegia	19
4.5. ELi fondid	19
4.6. Õigusaktid	20
4.7. Siseturg	21
4.8. Haridus ja noored	21
Lisad	
Kasulikud lingid ja viited	22
Lühike bibliograafia	22



© Europa Litt

1. Tervisealane ebavõrdsus ELis

Euroopa Liidu (EL) kodanikud elavad keskmiselt pikemat ja tervislikumat elu kui eelnevad põlvkonnad ning tervishoiu tase on ELis viimastel aastakümnetel pidevalt paranenud. Samal ajal on tervisealane ebavõrdsus nii ELi liikmesriikide sees kui ka vahel suur ja võib kasvada.

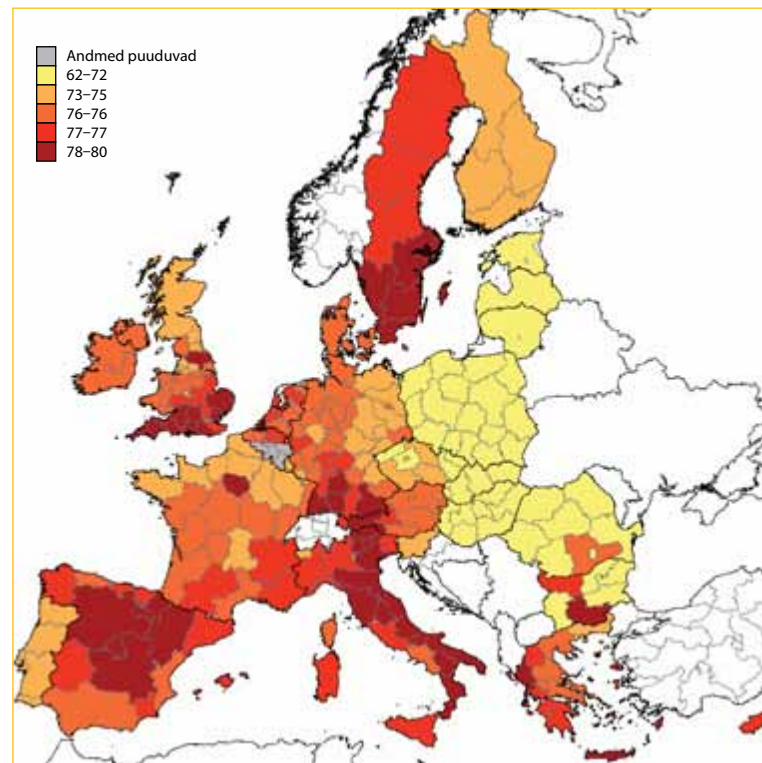
Euroopa Komisjon käsitleb seda ebavõrdsust kui proovikivi ELi kohustusele tagada solidaarsus, sotsiaalne ja majanduslik sidusus, inimõigused ja võrdsed võimalused. Seetõttu on komisjon võtnud eesmärgiks toetada liikmesriikide ja erinevate ühiskonnakihtide sidusrühmade pingutusi nende probleemide lahendamisel.

1.1. Tervisealane ebavõrdsus liikmesriikides ja nende vahel

Oodatav eluiga sünni hetkel näitab mingil määral tervise taset kogu populatsiooni hulgas ja selles on ELi piirkondade vahel olulised erinevused. 2006. aastal oli kõrgeima ja madalaima oodatava elueaga liikmesriikide erinevus naiste puhul kaheksa aastat ja meeste puhul 14 aastat. Mitmes riigis on riikliku oodatava eluea ja ELi keskmise oodatava eluea vahe viimase kahe aastakümne jooksul suurenenud.

Samuti on Kesk- ja Ida-Euroopa inimeste hea tervise juures elatud aastate vahel kuni 20 aasta suurune erinevus, muu hulgas elavad seal mehed hea tervise juures keskmiselt vähem aastaid.

Meeste oodatav eluiga sünni hetkel 2002–2004, NUTS 2



Allikas: Eurostat.



© AFP / Belga

Liikmesriikide vahel on olulised erinevused ka vastsündinute suremuses, enneaegsetes surmades, välditavates surmades ja subjektiivsemates tervise meetmetes, nagu üldine tervisealane enesehinnang ja viimase kuue kuu jooksul põetud pikaajalised haigused või piirangud tegevusele.

Kõrge suremus ja haigestumus südame-veresoonkonna haigustesse, vigastused ja vägivald, vähk ja alkoholiga seotud haigused mõjutavad oluliselt oodatavat eluiga. Nende seisundite põhjuseks olevad ohutegurid, nagu halvemad elu- ja töötingimused, suitsetamine, dieet ja alkoholi tarbimine, on levinumad lühema oodatava elueaga riikides.

1.2. Ebavõrdsus sotsiaalsete rühmade vahel

Peale liikmesriikidevaheliste erinevuste on tuvastatud tervisliku seisundi sotsiaalne gradient. Madalama haridustasemega, madalamasse ühiskonnaklassi kuuluvad või madalama sissetulekuga inimesed ning ka mõned rahvusvahelised paljudes liikmesriikides surevad nooremana ja kannatavad sagedamini paljude eri tüüpi terviseprobleemide käes.

Nende tegurite mõju tervisele algab noores eas ja kestab kogu elu. Oodatava eluea erinevused madalaimate ja kõrgeimate sotsiaal-majanduslike rühmade vahel (nt füüsilise ja mittefüüsilise tööga ametite vahel, alg- ja kõrgharidusega inimeste vahel ja madalaima ning kõrgeima sissetuleku kvintilide vahel) ulatuvad 4–10 aastani meeste puhul ja 2–7 aastani naiste puhul. Mõnes liikmesriigis on vahe viimase mõne aastakümne jooksul isegi kasvanud. Lisaks on imikute suremus suurim madalaimates sotsiaal-majanduslikes rühmades ja selle teguriga seotud ebavõrdsus on samuti mitmes riigis kasvanud.

1.3. Eriti kehv tervis kaitsetutes rühmades

Sellistes rühmades nagu puudust kannatavates piirkondades ja vaesuses elavad inimesed, töötud ja mitteametlikus töösuhtes olevad inimesed, kodutud, invaliidid, vaimselt või krooniliselt haiged, madala pensioniga eakad ja üksikvanemad on haigestumise ja enneaegse surma esinemine tõenäolisem.

Ebavõrdsus kodanike ja mõne sisserändajate rühma vahel püsib nii tervislikus seisundis kui ka tervishoiuteenustele ligipääsus. Sisserändajad võivad olla vastuvõtlikumad nakkushaigustele, nagu tuberkuloos, HIV/AIDS ja hepatiit, mis mõjutavad tervisliku seisundi üldist taset. Neil võib olla ka kõrgem mitte-nakkushaiguste (nt südame-veresoonkonna haigused) ja vaimse tervise probleemide risk. Need võivad tuleneda päritoluriikide sotsiaal-majanduslike ja keskkonnatingimuste kombinatsioonist, välisriiki kolimisest ja kohandumisraskustest võõrustajariigi uue keskkonnaga¹.

Lisaks tundub olevat seos riigisisese tervisealase ebavõrdsuse ja rahva üldise tervise vahel: mida suurem on ebavõrdsus, seda kehvem on kogu rahva üldine tervis. Ebavõrdsuse vähendamine liikmesriikides võib seega aidata vähendada ebavõrdsust liikmesriikide vahel.

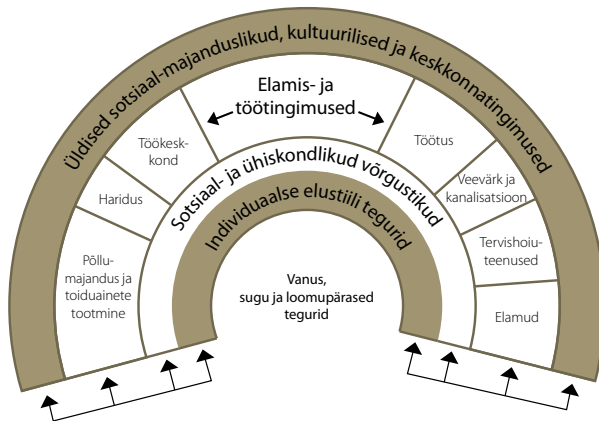
¹ Komisjoni 2007. aasta järeldused tervise ja sisserände kohta Euroopa Liidus.

2. Tervisealase ebavõrdsuse põhjused

2.1. Üldised tervisemõjurid

Mitmed mudelid üritavad näidata seost erinevate mõjurit ja tervise vahel. Dahlgreni ja Whiteheadi mudelis, mida kasutab Maailma Terviseorganisatsioon, on toodud ebavõrdsuse põhjused mitmekihilise vikerkaarena. Tervisliku olukorra erinevus pole juhuslik, vaid on neid mõjutavate tegurite jaotuse süstemaatilise erinevuse tulemus.

Dahlgreni-Whiteheadi tervist mõjutavate tegurite mudel



Allikas: Dahlgren/Whitehead: WHO Euroopa 2007. „European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2“, viide D&G-le / eelmine allikas 1993.

Elu- ja töötingimused mõjutavad tervist otseste ja kaudsete füüsiliste ning füsioloogiliste mehhanismide kaudu. Mõne teguri mõju on tunda pika aja jooksul.





Näiteks võivad halvad tingimused lapsepõlves mõjutada tervist tulevase elu jooksul. Kokkupuude tervist mõjutavate teguritega erineb sõltuvalt inimeste elukohast ja tööalasest seisust. Elamistingimuste poolest puudub osal ELi rahvastikut ligipääs kraaniveele, rahuldavatele pesemis- ja tualettruumidele, taskukohasele energiale, keskküttele ja eraldatusele ning nad elavad niisketes ülerahvastatud tingimustes. Tervist võivad halvasti mõjutada füüsiliselt raske töö, samuti töökontrolli madal tase, kõikumine töötasu ja kokkupuude füüsiliste ja vaimsete ohtudega töökohal. Teisest küljest võivad tõhus haldamine, head töötingimused ja tugevate sotsiaalvõrgustike olemasolu töökohal mõjutada tervist positiivselt.

Tervisega seotud käitumine, nagu dieet, füüsiline aktiivsus, tubaka ja alkoholi tarvitamine ning seksuaalne käitumine, on mõjutatud sotsiaal-majanduslikest ja kultuurilistest teguritest. See selgitab osaliselt tervisealaseid erinevusi sotsiaalsete rühmade ja eri riikide ning piirkondade vahel. Enamikus uuringutes on hinnatud, et üksikisiku käitumine võib põhjustada 25–35% inimeste tervisealastest erinevustest. Euroopa riikide ja sotsiaal-majanduslike rühmade vahel on suur erinevus tervisliku toitumise, suitsetamise leviku, alkoholi tarbimise ja füüsilise aktiivsuse ning nende tegurite tagajärgede osas, nagu ülekaal ja kehv tervis.

Psühhosotsiaalsed tegurid, nagu negatiivsed elusündmused, väljajätetuse ja tähtsusetustunne, kontrolli puudumine elusündmuste üle ja tähelepanu ning oskusi vajava töö tegemine vähesel tasul, võivad kõik tervise halvenemisele kaasa aidata.

Eelnev sotsiaalne seisund võib samuti isiku tervislikku olukorda mõjutada. Näiteks võib perekonna sotsiaal-majanduslik seisund (kaasa arvatud sissetulek ja huvi hariduse vastu) oluliselt mõjutada lapse hariduse omandamist, töövõimalusi, sissetulekut ja tervist. Mõned uuringud on näidanud, et vanemate kõrge sotsiaal-majanduslik seisund vähendab insuldi ja maovähi esinemissagedust täiskasvanueas. Ema kehv sotsiaal-majanduslik seisund on tugevas seoses laste madala sündnakaaluga, mis mõjutab inimese tervist kogu elu vältel. Lisaks, nagu eelnevalt mainitud, võivad kehvad elutingimused lapsepõlves avaldada mõju hiljem.

Elustiili ja elamis- ning tööttingimuste erinevus vanuseti, sooti ja seoses sotsiaal-majandusliku seisundiga
QA24 Õelge palun, kas miski järgmistest väidetest käib Teie kohta. (Mitu vastust on lubatud.)

		Te suitsetate	Te olete ülekaaluline	Te ei tee kunagi trenni või teete väga harva	Te ei söö eriti tervislikku toitu	Te kipute jooma liiga palju alkoholi	Te elate mürarikas keskkonnas	Te elate või töötate kõrge saastatusega keskkonnas	Teil on tööstress	Teil on stress isiklike suhete tõttu	Mitte midagi ülalmainitustest (spontaanne)	Ei oska vastata	
	EU-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%	
	Sugu												
	Meessoost	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%	
	Naissoost	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%	
	Vanus												
	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%	
	Haridus (lõpetatud)												
	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%	
	Õpin endiselt	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%	
	Vastajate ametite tabel												
	Üksikettevõtjad	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%	
	Juhatajad	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%	
	Muud kontoritöölised	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%	
	Füüsilise töö tegijad	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%	
	Kodused	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%	
	Töötud	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%	
	Pensionil	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%	
	Õpilased	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%	

Allikas: Eurobaromeeter 283.



2.2. Töehõiveküsimumused

Töehõiveprobleemid mõjutavad inimeste tervisliku seisundi määramist ja töötust seotatakse vaimse tervise halvenemise, sotsiaalse väljajätuse ja enesetapu riskiga. Nagu eelnevalt mainitud, on ka töö kvaliteedil ja töötingimustel tervisele oluline mõju.

Hea töökeskkond, näiteks selline, kus piiratakse kokkupuudet füüsiliste ohtude või keemiliste ja bioloogiliste ainetega, on tervisele kasulik. Mitmed uuringud näitavad, et töö kvaliteet ja töötingimused võivad tervist olulisel määral mõjutada. Näiteks mõjutavad tervist heas suunas vähene füüsiline pinge ja stress, suur kontroll tööelu üle, võimalused uusi oskusi arendada, kõrge palk ja karjäärivõimalused. Teisest küljest tõstavad tervisekahjustuste, kaasa arvatud depressiooni tekke riski toetuse puudus ning ebakindlus tööl.

Töölane terviserisk erineb tegevusalati oluliselt. Noored töötajad pole tavaliselt tööalastest ohtudest nii teadlikud, mis teeb neid seega vastuvõtlikumaks. Tähtjaliste või ajutiste töösuhetega töötajate puhul on tööalaste õnnetuste ja kutsehaiguste oht suurem.

2.3. Jõukus ja tervis: keeruline suhe

Majanduslik näitaja, mida mõeldakse sisemajanduse koguproduktina (SKP) elaniku kohta, ja vaesusmäär on ELis erinev ning sissetulekutes püsib oluline ebavõrdsus. 2006. aastal oli rahvastiku jõukaima 20% kogusissetulek 4,8

korda kõrgem kui vaeseima 20% kogusissetulek. Paljud uuringud näitavad, et sissetuleku ebavõrdsus on üks mitmest riikide- ja isikutevahelisi tervisealaseid erinevusi põhjustavast tegurist. Sellist ebavõrdsust põhjustab suuresti sotsiaalne kihistumine, mida tekitavad struktuuritegurid, nagu poliitiline kontekst, ühiskondlikud normid ja väärtused ning majandus-, sotsiaal-, haridus-, keskkonna- ja tervise poliitika.

Siiski on üldine suhe majandusliku kasvu ja tervise vahel keeruline. On tõendeid, et majanduslik kasv iseenesest ei pruugi vähendada tervisealast ebavõrdsust. Tervisealase ebavõrdsuse vähendamiseks peavad majandusliku kasvuga kaasuma toetavad poliitilised abinõud ja suurem tähelepanu tulude jagamisele. Lisaks sõltub elaniku kohta arvatud SKP muutmine kodanike hea tervise ja tervisealase võrdsuse nimel suurel määral õigest poliitikast ebavõrdsuse vähendamiseks ja üldise tervise parandamiseks, optimeerides suhet tervise paranemise ja olemasolevate vahendite vahel. Peab mainima ka, et selliste tegurite nagu dieet tõttu on mõnes ELi liikmesriigis ja piirkonnas paremad tervisenäitajad kui mõnes teises majanduslikult edukamas riigis.

2.4. Kas sotsiaalkaitse ja -siirded parandavad tervislikku seisundit?

Sotsiaalkindlustussüsteemide suuruse ja ulatuse erinevust on näha üle kogu ELi, sealhulgas seoses tervishoiu eelarvete ja isikute tööturuvälise kaitsega. Kuna vaesust peetakse oluliseks tervisemõjuriks, võib ümberjaotuse ja sotsiaalkindlustuse ulatus olla seotud tervisealase ebavõrdsusega, kuna on kindlaks tehtud, et sissetulekute ümberjaotuse poliitika vähendab vaesuse riski 38% võrra.

2.5. Tulipunktis tervishoiukulud ja eelarved

Tervishoiu eelarve suurus võib määrata tervishoiusüsteemide suutlikkuse rahvastiku vajadustele vastata. Madalama oodatava elueaga ja kõrgemate tervishoiualaste rahuldamata vajadustega riikide puhul on tihti väiksemad ka tervishoiukulutused elaniku kohta ja protsendina SKPst.

Tervishoiu kättesaadavus (kaasa arvatud taristu, seadmed ja tervishoiuspetsialistide arv), ligipääsetavus ja kvaliteet on esmatähtsad tegurid ebavõrdsuse määramisel, kuna need mõjutavad haigustest paranemise võimalust ja enneaegse surma vältimist. Tervishoiusüsteemid kannatavad ressursside (nii rahaliste kui ka inimressursside) puudumise ning nende ebaühtlase geograafilise ja sotsiaalse jaotamise all. Need küsimused mõjutavad haiguste diagnoosimise ja ravimise viisi ja kiirust ning seega mõju rahvastiku üldisele tervisele.

Tervishoiu kvaliteet on esmatähtis korraliku rahvatervise tagamisel. Näiteks nakatub igal aastal 3 miljonit ja sureb 50 000 ELi patsienti tervishoiuga seotud nakkustesse. Erinevus ligipääsetavuses kvaliteetsele tervishoiule põhjustab väga suuri erinevusi ravitavatesse haigustesse suremises.

Võib täheldada ka sotsiaal-majanduslike erinevusi seoses tervishoiule ligipääsetavusega. Rahuldamata meditsiinilise abi vajadustega seoses on selge sissetulekust põhjustatud vahe. Madalamasse sissetulekukvintiili kuuluvad inimesed teatavad sagedamini rahuldamata vajadusest ooteaegade, otseste rahaliste kulude või kauguse tõttu tervishoiuasutustest. Asjaoludest nähtub, et madalama sissetulekuga perekondade teekond haiglasse või perearsti juurde on keskmisest pikem. Lisaks on madalama sissetulekuga inimestel väiksem võimalus, et neile määratakse haiglaravi või vaatab neid läbi spetsialist. Mitmes sotsiaalkaitse ja sotsiaalse kaasamise ühises aruandes on tuvasta-



tud ligipäasetavuse tõkked, kaasa arvatud tervishoiukindlustuse puudumine, tervishoiu otsesed rahalised kulud, teenuste kättesaadavuse geograafilised erinevused, ooteajad ja kultuurilised takistused.

Samal ajal võivad erasektori kõrged tervishoiukulutused vahekorras leibkonna sissetulekuga takistada madalamate sotsiaal-majanduslike rühmade liikmete juurdepääsu tervishoiule siis, kui nad seda vajavad, suurendades seega tervisealast ebavõrdsust mõnes riigis.

2.6. Milline on praeguse majandus- ja finantskriisi mõju?

Rasketel makromajanduslikel tingimustel võib olla tervisele tugevalt negatiivne mõju. Need põhjustavad tihti kõrgeenenud stressitaset ja riskikäitumist, nagu joomist ja suitsetamist. See võib juba iseenesest mõjutada tervist halvemuse suunas ja põhjustada depressiooni, immuunsüsteemi häireid ja õnnetusi. Neil mõjudel on täiendavad tagajärjed tervisele ja haridusele perekondade ning eriti laste puhul. Pikk majanduskriis võib avaldada tervisele pikaajalist negatiivset mõju. Läbipõlemissündroomi sümptomid võivad tekkida nädalate ja kuude asemel ka aastaid pärast koondamist.

Laienenud piirangud kvaliteetsele tervishoiule ja sotsiaalhoolekandele ligipäasetavusele, eriti madalamate sotsiaal-majanduslike rühmade liikmete puhul, on veel üks majanduslanguse mõjudest. Kui ligipääs hoolekandele sõltub rahalistest vahenditest või liikmesriikide tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandekulude kärpimisest vastusena kriisile, on tagajärjeks hoolekande väiksem ulatus või kvaliteet.

Rahaline surve tervishoiusüsteemidele võib sundida riike üle vaatama oma tervisemõjurialast poliitikat, otsimaks suuremat tõhusust ja kasutegurit. See võib samuti suurendada hoolekandele ligipäasetavuse ebavõrdsust.

3. Tervisealase ebavõrdsusega seotud tegevus ELi liikmesriikides

Kõik ELi liikmesriigid on pühendanud end ebavõrdsuse vähendamisele tervishoiuteenustele ligipäasetavuse ja tervisealaste tulemustega seoses, mis on avatud koordineeritud meetodi eesmärgid. Liikmesriikide aruannetes, mida analüüsitakse osana iga-aastastest sotsiaalkaitse ja sotsiaalse kaasamise ühistest aruannetest, on dokumenteeritud kasutatavad meetodid. Lisaks on arvukalt teabeallikaid liikmesriikide poliitiliste ettevõtmiste kohta, mis on tervisealase ebavõrdsuse vähendamisel tõhusaks osutunud. Nende hulka kuuluvad 2005. aasta Ühendkuningriigi eesistumise aruanne „Health Inequalities: a Challenge for Europe“ („Tervisealane ebavõrdsus: Euroopa proovikivi“), Eurohealthneti kooskõlastatud projekt „Closing the Gap: Strategies for Action to tackle health inequalities“ („Lõhe ületamine: tegevusstrateegiad tervisealase ebavõrdsuse vähendamiseks“) ja käimasolev Eurohealthneti kooskõlastatud projekt „Determine“ („Piiritlemine“) ning sellega seotud veebileht (www.health-inequalities.eu).

Selle käigus kogutakse liikmesriikidelt teavet tervisealase ebavõrdsuse vähendamise strateegiate kohta. Kõige rohkem teavet tuleb Ühendkuningriigist, kus põhjalikke tervisealase ebavõrdsuse vähendamise strateegiaid on arendatud juba üle kümne aasta ning kus on korraldatud mitmeid hindamisi.

Olemasolev teave näitab, et mitu liikmesriiki on jõudnud samade alltoodud tulemusteni. Neist mõne puhul on valitud näitlikustamiseks juhtumiana lüüsid.

1. Proportsionaalne universalism. „Tervisealase sotsiaalse gradiendi järskuse vähendamiseks tuleb kasutada meetmeid, mis on universaalsed, kuid mille ulatus ja intensiivsus on proportsionaalsed ebavõrdsuse tasemega.“ („Fair Society, Healthy Lives – Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010“, avaldanud The Marmot Review, veebruar 2010)². See kehtib iseäranis tervise-dendamise ja haiguste ennetamise programmide kohta ebasood-sates piirkondades, kaitsetutes perekondades ja madalamates sot-siaal-majanduslikes rühmades (nt emad, lapsed, noored vanemad ja üle 50aastased).

1. JUHTUMIANALÜÜS, Ühendkuningriik. Kohalikud Sure Start'i programmid: proportsionaalse universalismi rakendamine

Tervisealase ebavõrdsuse terviklikul lähenemisviisil põhinevad kohali-kud Sure Start'i programmid ühendavad ja lähendavad alla 5-aastaste lastega perekondade lastehoolduse, varase hariduse, tervishoiu- ja pe-reabiteenuseid. See on üks Ühendkuningriigi valitsuse püüetest vähen-dada tervisealast ebavõrdsust laste vaesuse ja sotsiaalse väljajätuse vaatepunktist. Neid programme rakendatakse kohalikult, vaesemates regioonides asuvates kohalikes Sure Start'i keskustes.

Sure Start'i käsitlusviis ühendab nii teenusepakkujaid seadusandlikust sektorist, nagu tervishoid, sotsiaalhoolekanne ja varane haridus, kui ka vabatahtlikke, era- ja ühiskondlikke organisatsioone ja lapsevanemaid endid, et pakkuda lastele ja nende perekondadele integreeritud teenuseid sõltuvalt sellest, mida kohalikud lapsed vajavad ja vanemad tahavad.

Peamised tulemused: Sure Start'i programmi riikliku hindamise mõju uuring keskendus enam kui 9000-le 3-aastasele lapse-le ja nende perekondadele. Kasulikke tulemusi oli näha järgmistes valdkondades: vaktsineerimine, juhuslikud vigastused ja sotsiaalne areng. Vanemate juures oli näha kasulikke mõjusid lapsevanemaks olemisele ja lapse ning pere arengu toetami-seks mõeldud teenuste paranenud kasutamist.

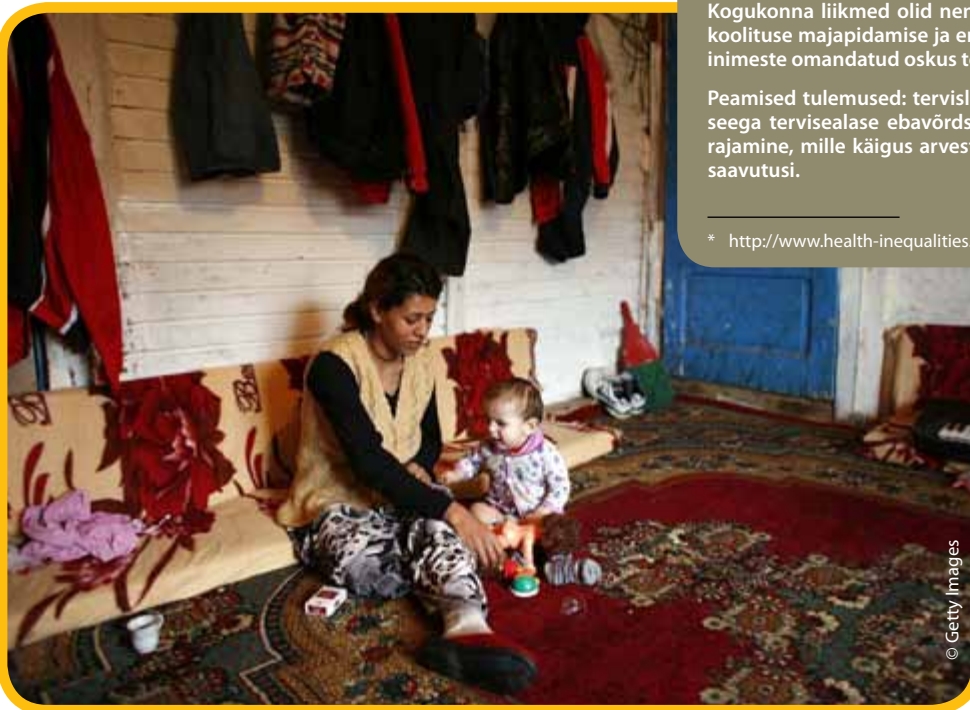
* <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>

² <http://www.marmot-review.org.uk/>



© Getty Images

2. Liikmesriigid leiavad, et piirkondlik ja kohalik tegevus, mida toetab riiklik ja ELi tegevus, on tulemuste saavutamiseks äärmiselt oluline. Kohalikud võimud peavad oma kogukondades kindlaks tegema kehvema tervisliku seisundi riskiga elanikud. Nende elanikeni jõudmiseks peavad piirkondlikud osalejad rajama naabus- ja kogukonnasisese taristu.



2. JUHTUMIANALÜÜS, Ungari. Opre Roma: teadlikkuse tõstmine tervislike ja jätkusuutlike majade projekteerimise kohta Debrecenis elava romade kogukonna hulgas*.

Selle ettevõtmise põhieesmärk oli tõsta kogukonnasisest teadlikkust keskkonna, energia ja tervishoiukäitumisega seotud probleemide suhtes, koostada kavandid kogukonda jätkusuutlike, energiasäästlike ja tervisele ohutute sotsiaalelamute ehitamiseks, aga ka koostada sotsiaalelamute rajamise plaanid, mida oleks võimalik kohe rakendada.

Kogukonna liikmed olid nende plaanide väljatöötamisse täielikult kaasatud ja said sobiva koolituse majapidamise ja energia säästmise alal. Üldisemalt oli peamine projektiga seotud inimeste omandatud oskus tervise, majapidamise ja keskkonna omavaheline seostamine.

Peamised tulemused: tervisliku seisundi põhimäärajaks osutusid elamistingimused, mis on seega tervisealase ebavõrdsuse tegureid. Elamistingimuste parandamine ja uute elamute rajamine, mille käigus arvestati täielikult romade kultuurilist tausta, oli selle projekti põhi-saavutusi.

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



© Getty Images

3. Partnerlussuhete loomine mittetulundussektoriga, äri-sektoriga ja tööturuga võib samuti tõhustada teadlikkuse tõstmist ja suurema terviseprobleemide riskiga inimeste aitamist.

3. JUHTUMIANALÜÜS, Saksamaa „Job Fit Regional“: tervise ja tööhõive edendamise sidumine*

Põhieesmärk oli kasutada tööpakkujaid tervise edendamisel asutusliku tugiraamistikuna. Koolitusasutustes, mis tegelevad tavaliselt töötajate toetamisega, korraldati spetsiifilised koolitused. Selle projekti olulised partnerid on ka seadusjärgsed tervisekindlustuse asutused, kuna nad teostavad ka rühmadele suunatud toiminguid.

Käsitleti töötute inimeste küsimust ning juhendati neid konkreetset metoodikat** kasutades, et hinnata väga täpselt individuaalset tervisesuutlikkust (eriti igakülgete motiveerivate tervisealaste vestluste abil) ja koostada tervise edendamise plaan. Erinevate programmide, eriti ennetuskursuste, stressihalduse ja rühmadele suunatud koolituste rahaline toetus tuleb kohustuslikust ravikindlustusest. Koolitused olid koostatud just kvalifikatsiooni- ning tööpakkujatele mõeldes.

Tänu sellele programmile teevad töötute kvalifikatsiooniasutused ja kohustuslikku ravikindlustust juhtivad asutused tihedat koostööd, et parandada töötute tervist nende endi valdkonnas.

Peamised tulemused: asutused võtsid projekti väga hästi vastu. Tänu sellele programmile on tuvastatud paranemine tervisekäitumises (eriti füüsilise aktiivsuse ja toitumise) ja psühhosotsiaalse stressi vähenemine ning töövõime kasv.

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

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

4. Tervisealase ebavõrdsuse näitajate mõõtmine ja regulaarne aruandlus

on hädavajalik esimene samm tõhusate lahenduste poole, eriti puudust kannatavates piirkondades. Teabe kogumine tervisenäitajate regulaarse jälgimise teel võib aidata kaasa teadlikkuse paranemisele ja võimaldab poliitika kujundajatel tuvastada ebavõrdsuse taset ja põhjusi (haiguste tüüpe ja surmapõhjuseid).

5. Tervisealase ebavõrdsuse näitajate mõõtmine ja regulaarne aruandlus ametkonnasisese poliitikaga seoses on tõhus viis tõsta sektorisisest teadlikkust tervisealase ebavõrdsuse ja selle määravate tegurite suhtes.

Liikmesriigid või uuringute analüüsid on pidanud arvukaid konkreetseid poliitilisi toiminguid tervisealase ebavõrdsuse vähendamisel tõhusaks.

Madalmaades ja Ühendkuningriigis võeti kasutusele meetmed ligipääsu suurenendamiseks teabe suitsetamise ohtude kohta ja ka suitsetamisest loobumise teenustele puudust kannatavates piirkondades ning madalamates sotsiaal-majanduslikes rühmades.

Nendes piirkondades on suitsetamise levik olnud pidevalt suurem kui jõukamates rühmades.

Sünnieelsete (skriinimine ja vaktsineerimine) ja sünnijärgsete tervishoiuteenuste parandamisel, kaasa arvatud vastsündinute skriinimine ja vanemate toetamine, näiteks toitumise, vanemate suitsetamise kahjulikkust ja magamisasendit käsitleva teabe abil, on üldise tervisliku olukorra parandamisel oluline osa. Nii Ühendkuningriigis kui ka Poolas on käivitatud programme eesmärgiga pakkuda vaesemate piirkondade elanikele ja/või vaesematesse sotsiaal-majanduslikesse rühmadesse kuulujatele korralikke sünnieelseid ja sünnijärgseid tervishoiuteenuseid, et vähendada erinevust vastsündinute ja imikute suremuses võrreldes rikkamate piirkondade/rühmadega. Madalmaades käib praegu sarnane sisseerandajatele suunatud programm. Nendes programmides tehakse koostööd perearstide ja haiglatega ning programmide hulka kuuluvad kodukülastused haavatavamatele emadele alates raseduse esimestest kuudest kuni lapse kaheaastaseks saamiseni.

4. Tegevus ELis

4.1. Tervisealast ebavõrdsust käsitlev komisjoni teatis

20. oktoobril 2009 võttis komisjon vastu teatise „Solidaarsus ja tervishoid: tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus”³. Tööd teatise kallal juhtisid ühiselt tervishoiu- ja sotsiaalpoliitika volinikud. Teatis tugineb allkirjeldatud tööle ja selles nimetatakse valdkonnad, mille puhul on vajalik täiendav tegevus.

Teatises toodud tähtsaimate eesmärkide hulka kuuluvad:

- tervishoiu võrdse jaotamise integreerimine üldise majandusliku ja sotsiaalse arenguga. Arutlemine, kas tervisealase ebavõrdsuse näitajate korralik jälgimine aitaks jälgida ka tulevase Lissaboni strateegia (Euroopa 2020) sotsiaalset mõõdet;
- liikmesriikide, sidusrühmade ja piirkondade koostöö täiustamine;
- ELi panuse suurendamine tervisealase ebavõrdsuse uuringutesse;
- poliitika auditeerimine, tegemaks kindlaks selle mõju tervisealase ebavõrdsuse vähendamisele;
- liikmesriikide julgustamine, et nad kasutaks ELi ühtekuuluvuspoliitika võimalusi, struktuurifonde ja ühise põllumajanduspoliitika (ÜPP) maaelu arengu poliitikat tervisealase ebavõrdsuse määravate teguritega tegelemiseks;

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

- kindlatele haavatavatele rühmadele, nagu rahvusvähemused, sisserändajad ja romad, suunatud tegevused;
- komisjoni arenguabi ja tervisealase ebavõrdsusega seotud töö omavahelise võimenduva koostoime võimaluste uurimine;
- tervisealase ebavõrdsuse mõõtmise ja jälgimise täiustamine; esimene aruanne avaldatakse eeldatavalt 2012. aastal.

4.2. Euroopa tööhõivestrategia

Tööhõive seos tervisega on oluline paljudes ELi suunistes.

Tööhõivesuunis nr 17 keskendub töö kvaliteedi ja -jõudluse parandamisele ning sotsiaalkaitstesüsteemide nüüdisajastamisele. Töötervishoid ja -ohutus on heade töötingimuste tagamise peamisi tegureid. See on ka hädavajalik rohkemate inimeste tööturule kaasamiseks, eriti Euroopa vananeva rahvastiku puhul. Seega tõhustab see selgelt tervisealase ebavõrdsuse vähendamist.

Tööhõivesuunis nr 18 edendab elutsükli põhilist käsitlusviisi ja nõuab aktiivse vananemise toetamist, kaasa arvatud sobivaid töötingimusi ning töötervishoiu seisundi paranemist, pikendamaks kodanike tööiga. See nõuab ka moodsate sotsiaalkaitstesüsteemide edendamist, kaasa arvatud tervishoiu. Suunis rõhutab ka, et töötervishoiu paranemine vähendab haiguskoormust, tõstes seega tööviljakust.



Tööhõivesuunis nr 21 edendab ja levitab uuenduslikke ning kohandatavaid töökorralduse vorme, et parandada kvaliteeti, tootlikkust, töötervishoidu ja -ohutust. See soodustab integreeritud turvalise paindlikkuse käsitlusviisi kasutamist eesmärgiga aidata töölistel, kaasa arvatud lihttöölised ja tööturul tõrjutud, kohaneda keerulisema, mitmekülgsema, ebareeglipärasema ning seega nõudlikuma tööeluga.

Tööhõivesuunis nr 23 rõhutab vajadust keskenduda uute töökohtade uutele oskustele, et suurendada kõigi ligipääsu tööturule ning tagada uuenduslikkus ja töö kvaliteet.

4.3. Koostöö liikmesriikidega

EL toetab liikmesriikide ühiste probleemidega seotud tegevust, aidates kaasa dialoogile, parimate tavade vahetamisele ja poliitika koordineerimisele liikmesriikides ja nende vahel ning sidusorganisatsioonidega. Selliste koostöömehhanismide hulka kuuluvad avatud suhtluse meetod, sotsiaalkaitsekomitee ning sotsiaalsete tegurite ja tervisega seotud ebavõrdsusega tegelev ELi ekspertrühm. 2010. aastal võttis nõukogu vastu järelduse võrdsuse ja tervishoiu kohta⁴, milles julgustatakse liikmesriike tervisealase ebavõrdsuse vähendamise poliitikat ja tegevust edasi arendama ning heade tavade jagamises aktiivselt osalema.

4.4. ELi tervishoiustrategia

Suurem tervisealane võrdsus on ELi tervishoiustrategia oluline osa ja tubaka, ülekaalulisuse, alkoholi, noorsoo ning vaimse tervisega seotud poliitika ja ettevõtmiste tähtis mõõde. Tehakse tihedat koostööd Maailma Terviseorganisatsiooni, Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni ja Euroopa Nõukoguga ning teadusuuringute arenguga nendes valdkondades.

⁴ Nõukogu järeldused „Võrdsus ja tervis kõigis poliitikates: solidaarsus ja tervishoid“. 3019. tööhõive-, sotsiaalpoliitika-, tervise- ja tarbijatealane nõukogu kohtumine Brüsselis 8. juunil 2010, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf

4.5. ELi fondid

Rahalist abi tervisealase ebavõrdsusega seotud tegevusaladele pakuvad arvuks ELi programmid ja vahendid.

Ühtekuuluvuspoliitika pakub liikmesriikidele rahalist tuge piirkondlike erinevustega tegelemisel. Viimasel ajal on tervist peetud üheks Euroopa Regionaalarengu Fondilt (ERF) ja Euroopa Sotsiaalfondilt (ESF) toetust saavaks valdkonnaks vastavalt ühenduse ühtekuuluvuspoliitika 2007.–2013.⁵ aasta strateegilistele suunistele. Tervisedendus, haiguste ennetamine, teadmiste jagamine, hea väljaõppega tööliste olemasolu ja koolitus ning lähenemispriikondade taristu on vaid mõned päevakajalised valdkonnad, millel on õigus toetust saada. Suunistes on välja toodud, et ELi piirkondade vahel on märkimisväärne erinevus tervisliku olukorra ja tervishoiu valdkondades; seega on sidususe seisukohalt tähtis toetada tervishoiuasutusi. Kogukonnapõhisel tervisedendamisel ja ennetustegevustel on ebavõrdsuse vähendamisel oluline osa.

Ühine põllumajanduspoliitika (ÜPP) ei ole iseenesest sotsiaalpoliitika, kuid selles on osi, mis võivad aidata tervisealast ebavõrdsust vähendada, nagu näiteks talunikele rahuldava elatustaseme, toiduvarede ligipääsetavuse ja mõistlike jaehindade kindlustamine. ÜPP toetab koolipiima programmi ja põllumajandussaaduste jagamist puudust kannatavatele rühmadele. Hiljuti uuriti ÜPP võimalikku osatähtsust tervislikuma dieedi edendamises, pannes suuremat rõhku puu- ja juurviljade söömisele. Lisaks toetab ELi maaelu arengu poliitika investeerimist sotsiaal- ja tervishoiuteenustesse, tehnoloogiasse ning maapiirkondade taristusse ja nende arengut ning koolitus- ja teabejagamisprogramme tervishoiu- ja sotsiaalteenustel.

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

ELi terviseprogramm rahastab rahvatervisealaseid tegevusvõrgustikke, kohalikke algatusi, eksperthinnanguid, konverentse ja poliitikauuendusi.

Programmi Progress (ELi tööhõive ja sotsiaalse solidaarsuse programm 2007–2013) raames käivitati märtsis 2010 spetsiaalne konkursikutse võtta kasutusele komisjoni teatise kirjeldatud meetmed, nimelt pakkudes tuge programmist Progress osa võtvate riikide riiklikele ja piirkondlikele asutustele, et tugevdada tervisealase ebavõrdsusega tegelevat poliitikat.



Euroopa Kolmandate Riikide Kodanike Integreerimise Fond toetab liikmesriikide pingutusi sisserändajate Euroopa ühiskonda integreerimise hõlbustamiseks. 825 miljoni eurosest kogueelarvest on 7% eraldatud integreerimisega, kaasa arvatud tervishoiule ligipääsetavusega tegelemiseks. Ülejäänud 93% on liikmesriikidele iga-aastase komisjoniga kokkulepitud programmi elluviimiseks.

ELi teadusuuringute raamprogrammid pakuvad samuti võimalusi tervisealase ebavõrdsuse vähendamiseks, eriti ELi seitsmenda raamprogrammi koostööprogrammi tervishoiu kolmanda samba raames. Nende eesmärk on teadusuuringute meetodite arendamine ja poliitiliste otsuste ja tõhusamate tõendus põhiste strateegiate põhendamiseks teadusliku aluse loomine sellistel aladel nagu tervisedendus ja laiaulatuslikumad tervist määravad tegurid, kaasa arvatud elustiil ja sotsiaal-majanduslikud ning keskkonnategurid⁶.

4.6. Õigusaktid

ELis on tervishoiu ja tööohutuse alal töötingimuste parandamiseks kindlaks kujunenud õigusaktid. EL jälgib õigusaktide rakendamist ja rahastab sellealaseid teadusteid.

Aktiivselt töötav rahvastik moodustab praegu ELi kogurahvastikust 48,3%. Seega saab tööliste tervise ja ohutuse kaitsmisega mõjutada väga oluliselt ülddist rahvatervist ja mõne ELi liikmesriigi ja kodanike vahelist tervisealast ebavõrdsust põhjustavate põhiosade vähendamist. Direktiivi 91/383/EMÜ eesmärk on kindlustada, et tähtjalist ja renditööd tegevad töötajad on tööalase ohutuse ja tervishoiu suhtes kaitstud võrdselt muude töötajatega. 2009.

⁶ Nõukogu 19. detsembri 2006. aasta otsus (2006/971/EÜ), mis käsitleb Euroopa Ühenduse teadusuuringute, tehnoloogiaarenduse ja tutvustamistegevuse seitsmenda raamprogrammi (2007–2013) rakendamise eriprogrammi Koostöö (ELT L 400, lk 127).

aastal koostati aruanne direktiivi rakendamise kohta kuni aastani 2007. Aruandes on püütud täpselt ära näidata direktiivi võimalikud puudused, et suunata komisjoni tulevast tegevust.

Ühenduse tööohutuse ja tervishoiu strateegia mõju hindamine aastatel 2007–2012 näitas, et tervishoiu strateegiad vähendavad tööõnnetuste hulka ning aitavad õnnetuste ohvritel ja krooniliselt haigetel töökohti säilitada või tööle naasta. Nad pakuvad ka platvormi võõrtöölise integreerimiseks ja võivad vähendada stressirohkeid ja monotoonseid töötingimusi, mis põhjustavad tervise enneaegset halvenemist ja seega varast tööturult lahkumist.

Alates 2000. aastast on lisaks meeste ja naiste võrdõiguslikkust tagavatele seadustele kehtinud ELi diskrimineerimisvastased õigusaktid, et tagada minimaalne võrde kohtlemise ja kaitse tase kõigile Euroopas elavatele ja töötavatele inimestele, sõltumata rassist või rahvuslikust päritolust, religioonist ja uskumustest, puudest, seksuaalsest sättumusest ja vanusest. See seadusandlus katab paljusid igapäevaelu külgi: töökohast hariduse, tervishoiu ning toodetele ja teenustele ligipääsuni. 2008. aastal pani komisjon kokku diskrimineerimisvastase ja võrdsuse edendamise valitsuseksperptide rühma, mis uurib riiklikul ja ELi tasemel diskrimineerimisvastaste meetmete mõju ja kehtestab vastastikku õpitavaid häid tavasid.

4.7. Siseturg

Töö tervisega seotud rikkumismenetlustega võib aidata vähendada tervishoiule ligipääsetavuse tõkkeid ja langetada tervishoiu hindu, aidates seega oluliselt ebasoodsas olukorras sotsiaal-majanduslikesse rühmadesse kuuluvaid kodanikke. Selle näidete hulka kuuluvad asutamisevabadust ja teenuste pakkumist käsitlevad õigusaktid, piirangud apteekide asukoha ja omandiõiguse suhtes ning laborite omandiõiguse ja lahtiolekutundide suhtes.

Üldiselt läbivad kõik komisjoni ettepanekud nüüd nende eeldatavate majanduslike, sotsiaalsete ja keskkonnamõjude hindamise, eriti erinevate sotsiaalsete ja majanduslike rühmade ja olemasoleva ebavõrdsusega seoses.

4.8. Haridus ja noored

Füüsilist ja vaimset tervist ning tervislikku elustiili reklaamitakse kui sotsiaalset ja kodanikupädevust põhivädevust käsitlevas soovitus⁷, mis kutsub liikmesriike arendama kõigil seda oskust osana elukestvat õpet käsitlevatest strateegiatest. Komisjon on teinud ettepaneku rakendada uut ELi noorsoostrategiat, milles rõhutatakse noorsoo haavatavust⁸ ja tuuakse välja noorte, eriti sotsiaalse tõrjutuse riskiga noorte tervise parandamise meetodid.



Käesoleva brošüüri eesmärk on anda ulatuslik ülevaade tervisealasest ebavõrdsusest ELis ja mõnest ebavõrdsuse vähendamist soodustavast ELi poliitikast.

Lisateabe saamiseks vaadake palun allolevaid linke ja viiteid või võtke ühendust Euroopa Komisjoniga (Europe Directi tasuta telefoninumbri **00 800 6 7 8 9 10 11**).

⁷ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 18. detsembri 2006. aasta soovitus 2006/962/EÜ võtmepädevuste kohta elukestvas õppes.

⁸ KOM(2009) 200 (lõplik), 27.4.2009. ELi noorsoostrategia – investeerimine ja mobiliseerimine.

Kasulikud lingid ja viited

Euroopa Komisjon:

Tervisealast ebavõrdsust käsitlev teatis

<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

Tervise- ja tarbijaküsimuste peadirektooraat. Sotsiaalsed tegurid ja tervisehoiualane ebavõrdsus:

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

Tööhõive, sotsiaalküsimuste ja võrdsete võimaluste peadirektooraat:

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

Regionaalpoliitika peadirektooraat:

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

Euroopa Liidu Nõukogu:

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

Nõukogu järeldused „Võrdsus ja tervis kõigis poliitikates: solidaarsus ja tervishoid“:

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/>

Maailma Terviseorganisatsioon:

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

Sotsiaalsete tervist mõjutavate tegurite WHO komisjon:

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

Muud käesolevas dokumendis mainitud veebilehed (teave; ebatäielik nimekiri):

<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>

Lühike bibliograafia

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, rahvatervise osakond, Madalmaad, Euroopa Komisjon:

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

Mackenbach, J. P., 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, 2006, iseseisev ekspertaruanne, tellitud ELi eesistujamaa Ühendkuningriigi poolt:

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*. Kopenhagen, Maailma Terviseorganisatsiooni regionaalkontor Euroopas, 1990:

Maailma Terviseorganisatsiooni tervist mõjutavate sotsiaalsete tegurite komisjon, 2008, *Closing the gap in a generation*:

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

Täiendavat teavet ja viiteid vaadake pressirühma EÜ tervisealase ebavõrdsuse teatisega 2009-567 seotud taustdokumendist:

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

Euroopa Komisjon

Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus

Luxembourg: Euroopa Liidu Väljaannete Talitus

2011 – 23 lk – 25 × 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15034-0

doi:10.2767/95969

Käesolevas brošüüris „Tervisealase ebavõrdsuse vähendamine Euroopa Liidus” on toodud uuendatud teave tervisealase ebavõrdsuse kohta Euroopa Liidu liikmesriikide sees ja liikmesriikide vahel.

Antakse ülevaade mitmest tervisealase ebavõrdsuse küsimusest (iseäranis oodatavast elueast) ja uuritakse lähemalt tervisemõjurite rolli, keskendudes eriti „sotsiaalsele gradiendile”, st praktiliselt iga terviseseisundit mõjutava teguri sotsiaalsele mõõtmele.

Euroopa ja riikliku poliitika rolli kohta selles kindlas küsimuses (k.a rahastamisvõimalused) ning nende võimaliku panuse kohta tervisealase ebavõrdsuse vähendamisse on toodud üksikasjalikud selgitused.

Lõpuks on välja toodud kolm juhtumianalüüsi, kus kirjeldatakse edusamme, mis on saavutatud sellistel aladel nagu laste tervis, töötajate tervis ja rahvuslike vähemuste tervislik seisund.

Käesolev väljaanne on saadaval trükisena kõigis ELi ametlikes keeltes.

KUST SAAB ELI VÄLJAANDEID?

Tasuta väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>);
- Euroopa Liidu esindustest või delegatsioonidest. Nende kontaktandmed saab veebisaidilt (<http://ec.europa.eu>) või saates faksi numbrile +352 2929-42758.

Tasulised väljaanded:

- EU Bookshopi kaudu (<http://bookshop.europa.eu>).

Tasulised tellimused (nt Euroopa Liidu Teataja aastatellimused ja Euroopa Liidu Kohtu kohtulahendite kogumikud):

- Euroopa Liidu Väljaannete Talituse edasimüüjate kaudu (http://publications.europa.eu/others/agents/index_en.htm).

Kas olete huvitatud tööhõive, sotsiaalküsimuste ja võrdsete võimaluste peadirektoraadi väljaannetest?

Kui olete, siis saate neid alla laadida või end tasuta tellijaks registreerida aadressil

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

Samuti võite end registreerida tellijaks Euroopa Komisjoni tasuta väljaandele Sotsiaalse Euroopa E-uudiskiri aadressil

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

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



■ Väljaannete talitus



www.facebook.com/socialeurope

ISBN 978-92-79-15034-0



9 789279 150340