

Kontekst polityki

Zdrowie oznacza nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności, lecz także fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan; jest ono uwarunkowane przez społeczny, polityczny i gospodarczy kontekst ludzkiego życia oraz przez biologię (Światowa Organizacja Zdrowia). Zdrowie jest istotnym obszarem nierówności w traktowaniu kobiet i mężczyzn ze względu na zróżnicowany i nierówny dostęp do podstawowych zasobów opieki zdrowotnej i sposób korzystania z tych zasobów. Jednocześnie kobiety narażone są na pewne zagrożenia dla zdrowia związane z seksualnością i rozrodczością. Kobiety zagrożone są również negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia wynikającymi z ubóstwa i zależności ekonomicznej, doświadczanej przemocy oraz dyskryminacji.

W konkluzjach w sprawie równości i zdrowia we wszystkich obszarach polityki (czerwiec 2010 r.) Rada:

- wyraziła zaniepokojenie różnicami w stanie zdrowia między państwami członkowskimi UE oraz narażeniem niektórych grup osób na zły stan zdrowia,
- zauważyła, że same usługi zdrowotne nie wystarczą do pełnej realizacji potencjału zdrowotnego i zniwelowania nierówności,
- wezwała państwa członkowskie do rozwijania polityki i działań w celu zmniejszenia nierówności, optymalizacji gromadzenia danych i zasobów wiedzy oraz zwiększenia potencjału w zakresie zdrowia publicznego.

W przyjętej w marcu 2011 r. rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie zmniejszenia nierówności zdrowotnych w UE:

- podkreślono wspólne wartości i zasady, takie jak dostęp do opieki o wysokiej jakości, równość i solidarność, a także powtórzono, że płeć ma wpływ na zdrowie,
- wskazano na niedostateczną reprezentację kobiet w badaniach klinicznych oraz konsekwencje dla ich zdrowia związane z doświadczaniem przemocy,
- wezwano Komisję i państwa członkowskie do poprawy dostępu do profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia i świadczeń zdrowotnych oraz do zmniejszenia nierówności między różnymi grupami społecznymi i wiekowymi.

W lutym 2013 r. Komisja Europejska wydała komunikat w sprawie pakietu dotyczącego inwestycji społecznych, w którym uznaje rolę systemu opieki zdrowotnej w realizacji celów strategii „Europa 2020” dotyczących wzrostu gospodarczego sprzyjającego włączeniu społecznemu.

Cele strategiczne pekińskiej platformy działania i wskaźniki na szczeblu UE

- C.1.** Zapewnienie kobietom w ciągu całego ich życia większego dostępu do właściwej, przystępnej finansowo opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, a także do informacji i odpowiednich usług.
- C.2.** Wzmocnienie profilaktycznych programów poprawy zdrowia kobiet.
- C.3.** Podejmowanie inicjatyw uwzględniających aspekt płci w zakresie przeciwdziałania chorobom przenoszonym drogą płciową, HIV/AIDS oraz problemów zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego.
- C.4.** Promocja badań i rozpowszechnianie informacji na temat zdrowia kobiet.
- C.5.** Zwiększenie środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną kobiet oraz monitorowanie sytuacji w tym obszarze.

Trzy wskaźniki dotyczące monitorowania wdrażania tego kluczowego obszaru przyjęto w 2006 r. w czasie austriackiej prezydencji Rady UE. Koncentrują się one na pierwszym celu strategicznym, tj. dostępności i jakości opieki zdrowotnej dla kobiet i dotyczą lat życia w zdrowiu (wskaźnik 1.), dostępu do opieki zdrowotnej (wskaźnik 2.) oraz chorób układu krążenia (wskaźnik 3.). Kluczowe zagadnienia dotyczące szeregu celów w tym obszarze, jak np. skutki profilaktyki dla zdrowia kobiet, wymagają zatem szerszych badań.

Aktualne dane i informacje publikowane są przez Europejski Instytut ds. Równości Kobiet i Mężczyzn w bazie danych „Women and men in the EU – facts and figures” (Kobiety i mężczyźni w UE – fakty i liczby) pod adresem <http://eige.europa.eu/content/women-and-men-in-the-eu-facts-and-figures>



Ustalenia na podstawie danych z UE

Spada udział chorób układu krążenia jako przyczyny umieralności kobiet

Choroby układu krążenia wciąż pozostają główną przyczyną umieralności, niepełnosprawności i zachorowalności kobiet w Europie. Powodują one blisko połowę zgonów w UE.

Wśród chorób układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonów w UE jest choroba wieńcowa, odpowiadająca za 13% zgonów kobiet i 15% zgonów mężczyzn. Drugą w tej grupie chorób najczęstszą przyczyną śmierci w Europie jest udar, czyli choroba naczyniowa mózgu; w 2010 r. zmarło na nią 11% kobiet i 8% mężczyzn w UE. We wszystkich państwach UE odsetek zgonów kobiet spowodowanych udarem jest wyższy niż w przypadku mężczyzn. W ujęciu ogólnym, od 2007 r. w większości państw członkowskich nastąpił spadek odsetka zgonów kobiet na skutek udaru liczonego jako odsetek wszystkich przyczyn umieralności.

W latach 2007–2010 odsetek zgonów kobiet spowodowanych chorobami układu krążenia liczony jako odsetek wszystkich przyczyn zgonów nieznacznie się zmniejszył w większości państw członkowskich.

Coraz częstszy niezdrowy styl życia wśród kobiet stanowi zagrożenie dla wzrostu średniej długości życia

Wskaźnik średniej oczekiwanej długości życia kobiet w UE stale rośnie i przekracza wartość analogicznego wskaźnika

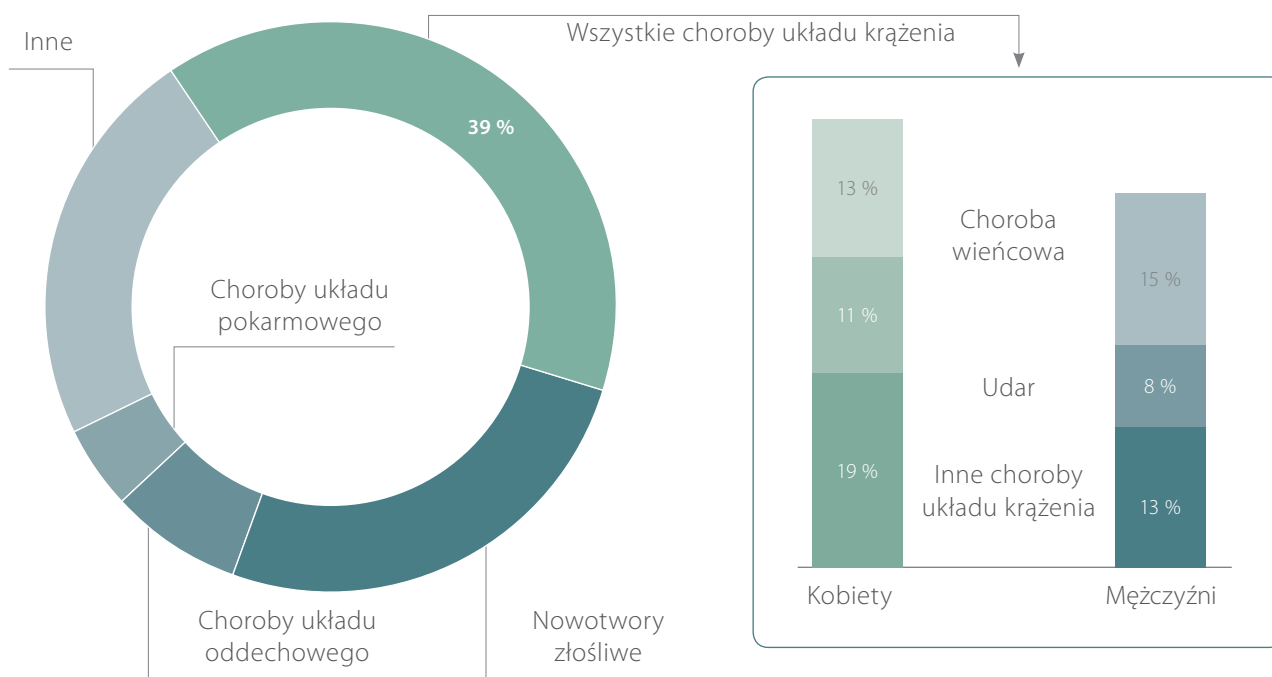
dotyczącego mężczyzn. Jednocześnie w ostatnich latach wyraźnie zanika różnicowanie sytuacji kobiet i mężczyzn w tym zakresie, w większości przypadków na korzyść mężczyzn. Do zmniejszania się różnic wynikających z płci w odniesieniu do średniej długości życia mógł przyczynić się wzrost liczby kobiet wśród osób palących i chorujących na nowotwory płuc, w połączeniu z niewielkim poziomem aktywności sportowej. Na przykład umieralność na nowotwory układu oddechowego w przypadku kobiet wzrosła od 1970 r. o prawie 70%.

Pomimo dłuższego życia kobiety więcej lat przeżywają w złym stanie zdrowia i niepełnosprawności

W latach 2007–2010 średnia liczba lat życia w zdrowiu wśród kobiet i mężczyzn w UE-27 pozostawała na stałym poziomie 63 i 62 lat od chwili urodzenia. W latach 2010–2012 nastąpił niewielki spadek tego wskaźnika, zarówno w przypadku kobiet (z 63 do 62 lat), jak i mężczyzn (z 62 do 61 lat).

W tym samym okresie (lata 2007–2010) na poziomie UE wskaźnik lat życia w zdrowiu od chwili urodzenia liczony jako odsetek średniego trwania życia zmniejszył się o 1 p.p. zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. W przypadku kobiet średnio 76% życia upływa bez niepełnosprawności, podczas gdy w przypadku mężczyzn okres ten wydłuża się do 80%. Fakt, że średnia długość życia kobiet i mężczyzn w UE od 1980 r. systematycznie rośnie – przy czym w większości państw członkowskich (19) wynosi wśród kobiet 80 lat lub więcej – wskazuje jednocześnie na niepokojący trend związany ze wzrostem liczby lat przeżytych z niepełnosprawnością i w złym stanie zdrowia.

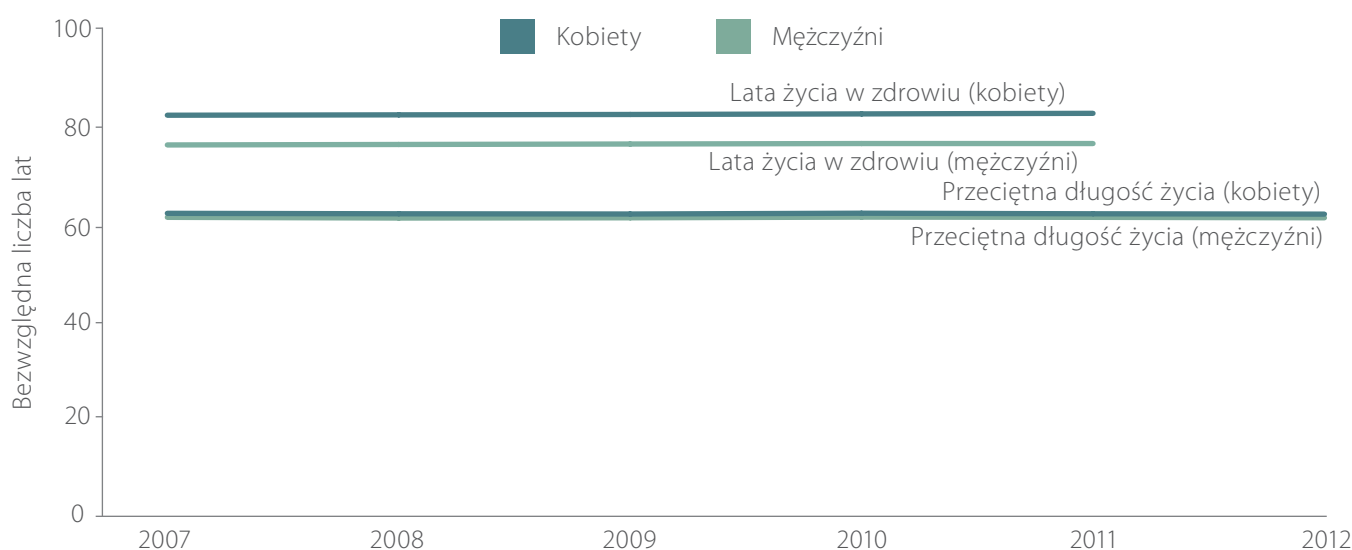
CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA, 2010 R.



Źródło: Eurostat, Przyczyny zgonów.



ŚREDNIA DŁUGOŚĆ ŻYCIA I LATA ŻYCIA W ZDROWIU KOBIET I MĘŻCZYŹN W UE, LATA 2007–2012



Źródło: Eurostat, Statystyki dotyczące zdrowia.

Kobiety nieco częściej niż mężczyźni postrzegają koszt jako barierę w dostępie do opieki zdrowotnej

W 2012 r. na poziomie UE nie występowały istotne różnice w sytuacji kobiet i mężczyzn pod względem niezaspokojonych potrzeb w zakresie badań lekarskich (7% kobiet, 6% mężczyzn) i potrzeb stomatologicznych (7% kobiet, 7% mężczyzn). Różnice takie stały się bardziej zauważalne na poziomie państw członkowskich, gdzie odsetek kobiet deklarujących niezaspokojone potrzeby zdrowotne był o co

najmniej 2 p.p. wyższy niż analogiczny odsetek mężczyzn; w pięciu państwach członkowskich wyniósł on od 2 do 4%. W porównaniu z 2007 r. niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich kobiet i mężczyzn na poziomie UE w 2012 r. nieznacznie się zwiększyły.

W odniesieniu do przyczyn takiej sytuacji elementem odróżniającym kobiety od mężczyzn są koszty („za drogo”) – odpowiedź taką w 2012 r. podało 3% kobiet i 2% mężczyzn, przy czym różnica jest tu niewielka. Dane te są w dużym stopniu porównywalne z sytuacją w 2007 r.

Korzystne inicjatywy

Dzięki **profilaktyce i wczesnej diagnostyce** zmniejszyła się śmiertelność kobiet spowodowana przez niektóre typy nowotworów: w kilkunastu państwach członkowskich wprowadzono nieodpłatne badania przesiewowe pod kątem raka sutka i szyjki macicy (BE, DK, DE, EE, IE, FR, HR, CY, LV, LT, HU, SI); ponadto w kilku państwach członkowskich wprowadzono nieodpłatne szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego dla młodych dziewcząt (pomiędzy 12 a 14 rokiem życia) w ramach profilaktyki raka szyjki macicy (BE, DK, IE, FR, CY, HU, MT, PT, RO). W sprawozdaniach państw członkowskich dla EKG ONZ odnotowano spadek nowych zakażeń HIV/AIDS i chorobami przenoszonymi drogą płciową wśród kobiet i mężczyzn w kilku państwach członkowskich UE, co wskazuje na skuteczność programów profilaktycznych. Niektóre państwa przygotowały kampanie, strony internetowe lub materiały informacyjne (broszury, foldery, ulotki, krótkie opracowania itp.) w celu uwrażliwienia społeczeństwa na problematykę HIV/AIDS (BG, DK, DE, EE, FR, HR, CY, LT, PT, RO). Równolegle organizowane są nieodpłatne badania i konsultacje, opracowuje się też i udostępnia programy edukacji seksualnej (BE, DK, EL, HR, CY, PT, SK).

W ciągu ostatnich kilku lat wiele państw członkowskich opracowało nowe programy i plany **opieki zdrowotnej nad matkami**. Za przykład mogą posłużyć konsultacje i opieka prenatalna, które zapewnia się wszystkim kobietom w ciąży, w większości przypadków nieodpłatnie (BE, DE, EE, HR, CY, PL, RO, SI). Inne podjęte środki to promocja karmienia piersią, wsparcie dla kobiet w okresie karmienia piersią oraz tworzenie szpitali przyjaznych niemowlętom (CY, HU, RO). W Polsce dzięki rozwojowi wczesnej diagnostyki wskaźnik umieralności okołoporodowej spadł z 7,2% w 2009 r. do 6,5% w 2012 r. Kolejnym dobrym przykładem jest wzrost liczby konsultacji dotyczących planowania rodziny oraz poprawa dostępności środków antykoncepcyjnych, szczególnie w celu zmniejszenia liczby legalnych aborcji wśród młodych kobiet (BG, DK, DE, IT, CY, LT, NL, AT, PL, PT, RO, SI, SK). W innych państwach członkowskich, np. we Francji, liczba aborcji utrzymuje się na stałym poziomie od 2006 r., a środki antykoncepcyjne są szeroko rozpowszechnione.

Kilka państw członkowskich opracowało środki służące poprawie dostępu do świadczeń zdrowotnych i informacji dla określonych zmarginalizowanych grup kobiet, takich jak kobiety niepełnosprawne, kobiety z obszarów wiejskich lub kobiety należące do różnych społeczności etnicznych (BE, CZ, DK, DE, EL, LT, PT, RO). Odzwierciedleniem dążenia do zapewnienia całemu społeczeństwu równego dostępu do systemów opieki zdrowotnej w BG, DK, DE, EE, IE, CY, LT, MT, PL, PT, SI, FI są świadczenia zdrowotne administrowane w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.



POSTĘPY I TRUDNOŚCI W OBSZARZE C: KOBIETY I ZDROWIE

POSTĘPY	TRUDNOŚCI
<ul style="list-style-type: none"> • Wydłuża się średnia długość życia kobiet i mężczyzn w UE. • W 15 państwach członkowskich wzrosła liczba lat przeżytych w zdrowiu. • Na ogół kobiety i mężczyźni deklarują dobry dostęp do opieki zdrowotnej i brak niezaspokojonych potrzeb w tym zakresie. • Spadł ogólny udział zgonów spowodowanych przez choroby układu krążenia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Powoli zanika zróżnicowanie sytuacji kobiet i mężczyzn pod względem średniej długości życia. • Wzrost oczekiwanej długości życia u kobiet następuje wolniej ze względu na zmiany związane z niezdrowym trybem życia. • Na poziomie UE liczba lat życia w zdrowiu nieznacznie się zmniejszyła – jest ona niższa w przypadku kobiet. • Koszty opieki zdrowotnej stanowią większe utrudnienie dla kobiet niż dla mężczyzn w dostępie do takiej opieki. • Kobiety częściej niż mężczyźni umierają na skutek chorób układu krążenia. • Najważniejszym wyzwaniem w obszarze zdrowia pozostaje uwzględnienie problematyki związanej z płcią.

Kierunki przyszłych działań UE

- Zastosowanie w obszarze zdrowia perspektywy płci biologicznej i płci społeczno-kulturowej w celu lepszego zrozumienia przyczyn różnic w sytuacji zdrowotnej i częstości występowania chorób wśród kobiet i mężczyzn.
- Traktowanie kwestii prawa i dostępu kobiet do zdrowia reprodukcyjnego jako kluczowego aspektu ich życia, a także podjęcie wyzwania, jakim jest brak konsensu pomiędzy państwami członkowskimi w kwestii środków antykoncepcyjnych i aborcji.
- Zastosowanie w kwestii leczenia kobiet starszych i niepełnosprawnych podejścia uwzględniającego w równym stopniu zmniejszającą się liczbę lat życia w zdrowiu, jak i coraz dłuższą przeciętną długość życia, ze względu na większe zagrożenie niewłaściwym traktowaniem lub zaniedbaniem.
- Ocena czynników wpływających na zdrowie pod kątem płci w celu uwzględnienia zmieniających się wzorców dotyczących stanu zdrowia oraz pogarszającej się kondycji zdrowotnej kobiet.
- Nadanie priorytetowego charakteru kwestii gromadzenia danych w tym obszarze, aby umożliwić ocenę sytuacji.
- Eliminowanie ogólnych i szczególnych barier utrudniających kobietom dostęp do opieki zdrowotnej (takich jak koszty).
- Zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich (np. migrantek).

MISSING TRANSLATIONS

Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE)

Das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE) ist das EU-Kompetenzzentrum für Gleichstellungsfragen. Das EIGE unterstützt politische Entscheidungsträger und alle relevanten Einrichtungen in ihren Bemühungen zur Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern in Europa und darüber hinaus, indem es spezifisches Fachwissen sowie verlässliche und vergleichbare Daten zur Gleichstellung in Europa bereitstellt.

Weitere Informationen: <http://eige.europa.eu>

Das Ressourcen- und Dokumentationszentrum (RDC) des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen (EIGE) ist ein innovatives und praktisches Instrument, das dabei hilft, wichtige Ressourcen zur Geschlechtergleichstellung zu finden, den Austausch von Wissen unter den an der Gleichstellungspolitik und -praxis interessierten Personen erleichtert und einen Online-Bereich für Diskussionen und Debatten bietet.

Weitere Informationen: <http://eige.europa.eu/content/rdc>



Kontakt:

Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen
Gedimino pr. 16, LT-01103 Vilnius, LITAUEN
Tel. +370 521574-44/00

facebook.com/eige.europa.eu



twitter.com/eurogender



youtube.com/eurogender



<https://eurogender.eige.europa.eu>



ISBN 978-92-9493-273-0

doi:10.2839/6993

MH-04-15-022-PL-N