

**FI**

**FI**

**FI**



EUROOPAN YHTEISÖJEN KOMISSIO

Bryssel 20.10.2009

KOM(2009) 567 lopullinen

**KOMISSION TIEDONANTO EUROOPAN PARLAMENTILLE, NEUVOSTOLLE,  
EUROOPAN TALOUS- JA SOSIAALIKOMITEALLE JA ALUEIDEN  
KOMITEALLE**

**SOLIDAARINEN TERVEYDENHUOLTO:  
TERVEYSEROJEN VÄHENTÄMINEN EU:SSA**

{SEK(2009) 1396}

{SEK(2009) 1397}

**KOMISSION TIEDONANTO EUROOPAN PARLAMENTILLE, NEUVOSTOLLE,  
EUROOPAN TALOUS- JA SOSIAALIKOMITEALLE JA ALUEIDEN  
KOMITEALLE**

**SOLIDAARINEN TERVEYDENHUOLTO:  
TERVEYSEROJEN VÄHENTÄMINEN EU:SSA**

**(ETA:n kannalta merkityksellinen teksti)**

**1. YHTÄLÄISET MAHDOLLISUUDET JA SOLIDAARINEN TERVEYDENHUOLTO**

Euroopan unionin kansalaiset elävät keskimäärin pidempään ja terveempinä kuin aiemmat sukupolvet. EU:lla on kuitenkin edessään merkittävä haaste: jäsenvaltioiden välillä ja sisällä on terveyden alalla suuria eroja. Lisäksi on merkkejä siitä, että nämä erot saattavat olla kasvussa. Lisääntynyt työttömyys ja nykyisestä talouskriisistä johtuva epävarmuus pahentavat tilannetta entisestään. Tällä tiedonannolla käynnistetään keskustelu sellaisten mahdollisten EU-tason täydentävien toimien määrittämiseksi, joilla voidaan tukea tätä asiakokonaisuutta käsitteleviä jäsenvaltioiden ja muiden toimijoiden toimia.

EU:n toimielimet ja monet sidosryhmät (myös tästä tiedonannosta käydyn kuulemisen yhteydessä) ovat olleet huolissaan – niin jäsenvaltioiden välisten kuin niiden sisäistenkin – terveyserojen laajuudesta ja seurauksista. Kesäkuussa 2008 kokoontunut Eurooppa-neuvosto korosti, että on tärkeää kuroa umpeen jäsenvaltioiden väliset ja sisäiset erot terveydessä ja elinajanodotteessa.<sup>1</sup> Vuonna 2007 annetussa EU:n terveysstrategiassa<sup>2</sup> esitetään komission aikomus toteuttaa lisätoimia terveyskysymyksiin liittyvän eriarvoisuuden kuromiseksi umpeen. Tämä aikomus toistettiin komission vuonna 2008 antamassa tiedonannossa uudistetusta sosiaalisesta toimintaohjelmasta.<sup>3</sup> Siinä esitettiin Euroopan sosiaaliset perustavoitteet, joihin pyritään luomalla mahdollisuuksia, tarjoamalla väyliä ja osoittamalla yhteisvastuuta, ja ilmoitettiin, että aikomuksena on julkaista terveyseroja käsittelevä komission tiedonanto.

Komissio pitää EU:n eri puolilla elävien ihmisten ja sosiaalisesti parempi- ja heikompiosaisten EU:n kansalaisten välisten terveyserojen laajuutta haasteena EU:n sitoutumiselle solidaarisuuteen, sosiaaliseen ja taloudelliseen yhteenkuuluvuuteen, ihmisoikeuksiin ja yhtäläisiin mahdollisuuksiin. Komissio on tästä syystä vakaasti päättänyt tukea ja täydentää jäsenvaltioiden ja muiden sidosryhmien toimia näiden erojen kaventamiseksi.

**2. TERVEYTEEN LIITTYVÄ ERIARVOISUUS EU:SSA**

Ihmisten keskimääräinen terveydentila on EU:ssa jatkuvasti parantunut viime vuosikymmenten aikana, mutta EU:n eri osissa elävien ja väestön parempi- tai heikompiosaisten ryhmien väliset terveyserot ovat edelleen huomattavat ja joissakin tapauksissa jopa kasvaneet. Alle vuoden ikäisten vauvojen kuolleisuudessa on EU:n

---

<sup>1</sup> Ks. <http://tinyurl.com/n2xl6b>.

<sup>2</sup> KOM(2007) 630.

<sup>3</sup> KOM(2008) 412.

jäsenvaltioiden välillä viisinkertainen ero. Miesten elinajanodotteessa syntymähetkellä on 14 vuoden ero. Naisilla vastaava ero on 8 vuotta. Mittavia terveyseroja löytyy myös alueiden, maaseutu- ja kaupunkialueiden ja eri asuma-alueiden väliltä.

Kaikkialla EU:ssa sosiaalinen asema vaikuttaa terveydelliseen tilanteeseen siten, että heikommin koulutetut, heikommassa ammattiasemassa olevat tai pienituloisemmat kuolevat nuorempina ja kärsivät muita yleisemmin useimmista terveysongelmista.<sup>4</sup> Työntekijöillä, jotka tekevät pääsääntöisesti ruumiillista työtä tai rutiiniluonteisia toistuvia työtehtäviä, on huonompi terveys kuin niillä, joiden työ ei ole ruumiillista ja työtehtävät ovat vähemmän toistuvia. Alimpien ja ylimpien sosioekonomisten ryhmien elinajanodotteessa syntymähetkellä olevat erot ovat miesten kohdalla 10 ja naisten kohdalla 6 vuotta. Myös sukupuolella on suurta merkitystä: naiset elävät yleensä miehiä pidempään mutta saattavat viettää suuremman osan elämästään sairaina.

Muita heikommassa asemassa olevien ja sosiaalisesti syrjäytyneiden ryhmien – kuten joihinkin maahanmuuttaja- tai etnisiin vähemmistöryhmiin kuuluvat, vammaiset tai asunnottomat – keskimääräinen terveydentila on erityisen huono.<sup>5</sup> Esimerkiksi romanien arvioitu elinajanodote on 10 vuotta lyhyempi kuin väestöllä yleensä.<sup>6</sup> Näiden ryhmien heikko terveydentila saattaa johtua muun muassa huonoista asumisolosuhteista, huonosta ravitsemuksesta ja terveyteen liittyvästä käyttäytymisestä sekä syrjinnästä, leimautumisesta ja terveydenhoito- ja muiden palveluiden puutteellisesta saannista.<sup>7</sup>

Terveyserot johtuvat siitä, että väestöryhmät eroavat toisistaan useiden terveyteen vaikuttavien tekijöiden osalta. Näihin tekijöihin kuuluvat elinolosuhteet, terveyteen liittyvä käyttäytyminen, koulutus, ammatti ja tulot, terveydenhoito, sairauksien ehkäisemiseen ja terveyden edistämiseen tähtäävät palvelut sekä näiden tekijöiden määrään, laatuun ja jakautumiseen vaikuttava politiikka. Terveyserot alkavat syntymästä ja jatkuvat vanhuuteen saakka. Ihmisten kokemana eriarvoisuus koulutuksen, työpaikkojen ja terveydenhoidon saannissa varhaisiässä sekä sukupuoleen ja rotuun pohjautuva eriarvoisuus voivat vaikuttaa ratkaisevasti ihmisten terveydentilaan koko heidän elämänsä ajan. Köyhyys yhdessä muiden yksilön asemaa heikentävien tekijöiden kanssa – joita ovat esimerkiksi ikä (lapsuus tai vanhuus), vammaisuus tai vähemmistötausta – lisää terveysriskejä entisestään.

Terveyserot liittyvät useisiin sosioekonomisiin tekijöihin.<sup>8</sup> Taloudellinen tilanne voi vaikuttaa moniin elinolojen osatekijöihin, jotka voivat vaikuttaa terveyteen. Joiltakin EU:n alueilta puuttuvat edelleen peruspalvelut, kuten riittävä vesihuolto ja puhtaanapito. Elämäntapaan ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat kulttuuritekijät vaihtelevat myös selvästi alueiden ja väestöryhmien välillä. Monilla alueilla – erityisesti joissakin uusimmista jäsenvaltioista – on vaikeuksia tarjota väestölle kipeästi kaivattuja terveydenhuoltopalveluja. Terveydenhuoltopalvelujen saantia saattavat estää vakuutuksen puuttuminen, hoidon kalliit kustannukset, puuttuvat tiedot tarjolla olevista palveluista sekä kieli- ja kulttuuriesteet. Joistakin tutkimuksista on ilmennyt, että köyhemmät sosiaaliryhmät käyttävät

---

<sup>4</sup> Health inequalities: Europe in profile. Mackenbach J., 2006.

<sup>5</sup> SEC(2006) 410.

<sup>6</sup> SEC(2008) 2172.

<sup>7</sup> Breaking the barriers: Romani women and access to public health care. Euroopan rasismin ja muukalaisvihan seurantakeskus, 2003.

<sup>8</sup> Monitoring progress towards the objectives of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion, 2008.

terveydenhuoltopalveluja vähemmän kuin varakkaammat ryhmät, vaikka heidän hoidontarpeensa olisikin samaa luokkaa.

Terveyserot eivät ole pelkkää sattumankauppaa, vaan niihin vaikuttavat voimakkaasti ihmisten omat sekä viranomaisten, sidosryhmien ja yhteisöjen toimet, joten ne eivät ole väistämättömiä. Terveyserojen vähentämiseksi on käsiteltävä niitä tekijöitä, joiden vaikutukset väestön terveyteen jakautuvat epätasaisesti ja ovat vältettävissä ja joihin voidaan puuttua politiikalla.

### 3. EU:N NYKYISET TERVEYSPOLITIikkaa TÄYDENTÄVÄT TOIMINTALINJAT

Neuvosto hyväksyi vuonna 2006 päätelmät Euroopan unionin terveysjärjestelmien yhteisistä arvoista ja periaatteista ja painotti yleisenä tavoitteena olevan terveyteen liittyvän epätasa-arvon vähentämisen.<sup>9</sup> Terveystarpeiden ja sairauksien ehkäisemiseen ja terveyden edistämiseen tähtäävien järjestelmien saattaminen paremmin kaikkien ulottuville voisi ehdottomasti vähentää joitakin terveyseroja, kuten EU:n terveysstrategiassa todetaan. Pantaessa täytäntöön sellaisia aloitteita kuin syöpäseulontaa koskeva neuvoston suositus, telelääketiedettä käsittelevä tiedonanto<sup>10</sup>, potilasturvallisuutta käsittelevä tiedonanto<sup>11</sup> sekä rajatylittävissä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista annettu direktiiviehdotus olisi varmistettava, että näillä aloitteilla on myönteinen vaikutus terveyserojen vähentämiseen.

Terveyseroihin puuttuminen on keskeinen toimi EU:n terveysstrategiassa (2008–2013), jossa todetaan oikeudenmukaisuus terveysasioissa peruseriaateeksi ja jolla on suunnattu toimintaa terveyserojen vähentämiseksi esimerkiksi mielenterveyteen, tupakointiin, nuorisoon, syöpään ja hiv:hen/aidsiin liittyvissä kysymyksissä. EU:n kansanterveysalan toimintaohjelmalla on tuettu terveyserojen kaventamiseen tähtäävien toimien määrittämistä ja kehittämistä. Näihin kuuluu esimerkiksi hyviä toimintatapoja koskeva eurooppalainen hakemisto<sup>12</sup>. Tiedon keruun ja jäsenvaltioiden ja keskeisten sidosryhmien verkostoitumisen parantamiseksi on ryhdytty toimiin.

EU:n jäsenvaltiot ovat sosiaalista suojelua ja osallisuutta koskevan avoimen koordinoitimenetelmän (sosiaalialan avoimen koordinoitimenetelmän)<sup>13</sup> puitteissa sopineet tavoitteekseen eriarvoisuuden vähentämisen terveysalalla. Tätä tuetaan yhteisillä indikaattoreilla, jotka pohjautuvat kansanterveystilastoja koskevaan Eurostatin työhön. Sosiaalista suojelua ja osallisuutta koskevista jäsenvaltioiden kansallisista strategiaraporteista tehty EU-tason erittely on auttanut virittämään keskustelua ja toimintaa jäsenvaltioissa. EU:n tasolla on vuodesta 2005 toiminut asiantuntijaryhmä tehtävänänsä näytön tarkastelu ja tiedonvaihto politiikasta ja käytänteistä.<sup>14</sup> EU:n terveysohjelmista on tuettu useita terveyseroihin keskittyviä aloitteita. Tutkimuksen puiteohjelmista (nykyisin jo seitsemänneistä sellaisesta) annetaan merkittävää tukea tämän alan tutkimukselle. Lisäksi useista toimintaohjelmista, kuten kansanterveysalan toimintaohjelmasta ja työllisyyttä ja sosiaalista

---

<sup>9</sup> EUVL C 146, 22.6.2006, s. 1.

<sup>10</sup> KOM(2008) 689.

<sup>11</sup> KOM(2008) 836.

<sup>12</sup> European Directory of Good Practices to reduce health inequalities, <http://tinyurl.com/ybrpdy2>.

<sup>13</sup> KOM(2005) 706.

<sup>14</sup> Ks. <http://tinyurl.com/dmycvx>.

yhteisvastuuta koskevasta yhteisön Progress-ohjelmasta<sup>15</sup>, rahoitetaan tutkimuksia, esimerkkejä hyvistä menettelytavoista ja toimintamallien uudistamista.

Terveyseroja voidaan vähentää myös muulla EU:n politiikalla. Terveyserojen vähentäminen on myös EU:n kestäväen kehityksen strategiassa mainittu tavoitteeksi kansanterveysalan haasteiden yhteydessä.<sup>16</sup> Pyrkimystä terveyden tasapuolisempaan jakautumiseen tuetaan EU:n yleisellä talouskasvun ja sosiaalisen yhteisvastuun luomisen tavoitteella, johon pyritään Lissabonin strategialla. Työoikeutta sekä työterveyttä ja työturvallisuutta koskevalla EU:n lainsäädännöllä vähennetään osaltaan työtapaturmia ja ammattitauteja. EU:n ympäristöpolitiikalla ja yhteiseen maatalouspolitiikkaan kuuluvilla markkinapolitiikoilla tuetaan useita eri aloitteita, jotka voivat osaltaan parantaa terveyttä. EU antaa rahoitustukea koheesiopolitiikan ja Euroopan maaseudun kehittämisen maatalousrahaston välityksellä. Näitä välineitä voidaan käyttää vähentämään alueiden välisiä eroja investoimalla terveyseroihin vaikuttaviin taustatekijöihin, kuten elinoloihin, koulutus- ja työllisyyspalveluihin, liikenteeseen, teknologiaan sekä terveydenhoito- ja sosiaalipalvelujen infrastruktuuriin. EU:n nykyisen politiikan vaikutuksia tarkastellaan lisää tähän tiedonantoon liittyvässä vaikutustenarvioinnissa.

#### **4. TERVEYSEROIHIN PUUTTUMINEN: YHTEISTYÖHÖN PERUSTUVA TOIMINTAMALLI**

Lisätoimia tarvitaan, koska EU:n sisäisten terveyserojen laajuudesta ja yleisyydestä on yhä enemmän näyttöä ja koska terveyseroihin puuttumatta jättämisen pelätään vaikuttavan kielteisesti terveyteen, sosiaaliseen yhteenkuuluvuuteen ja talouden kehitykseen. Tähän mennessä toteutetuilla toimilla näyttää olleen vain rajallinen vaikutus, ja terveyserot ovat vaarassa kasvaa viimeaikaisten talouselämän vaikeuksien seurauksena. Kaikkien väestöryhmien hyvä terveys on lisäksi olennaisen tärkeää väestön ikääntyessä, jotta sosiaalisen suojelun järjestelmät saadaan kestävämmälle pohjalle.

Jäsenvaltioilla on päävastuu terveystalouksesta, mutta kaikilla niistä ei ole käytössään samoja resursseja, välineitä tai asiantuntemusta terveyden alalla nykyisin vallitsevan eriarvoisuuden erilaisten syiden käsittelemiseksi. Euroopan komissio voi osaltaan auttaa varmistamalla, että asian kannalta merkityksellisessä EU:n politiikassa ja toiminnassa otetaan tavoitteeksi puuttua niihin tekijöihin, jotka saavat aikaan tai pahentavat terveyseroja EU:n väestön keskuudessa.

EU:n olisi tältä osin käytettävä saatavilla olevia mekanismeja ja välineitä mahdollisimman tehokkaalla tavalla. EU voi esimerkiksi merkittävästi lisätä tietoisuutta, edistää jäsenvaltioiden välistä tiedon ja tietämyksen vaihtoa ja avustaa siinä, määrittellä ja levittää hyviä toimintatapoja sekä helpottaa jäsenvaltioiden ja/tai tiettyjen sosiaaliryhmien kannalta tärkeisiin erityiskysymyksiin pureutuvien räätälöityjen toimintalinjojen suunnittelua. Lisäksi se seuraa ja arvioi tällaisten toimintalinjojen soveltamisessa tapahtuvaa edistymistä.

#### **5. KESKEISET KÄSITELTÄVÄT KYSYMYKSET**

Tähänastinen kokemus on tuonut esille lukuisia merkittäviä haasteita, joihin on vastattava, jotta terveyserojen vähentämiseen tähtäävää nykyistä toimintaa voidaan vahvistaa.

---

<sup>15</sup> EUVL L 354, 31.12.2008, s. 70.

<sup>16</sup> Euroopan unionin neuvosto, asiak. 10117/06, 9. kesäkuuta 2006.

## **Terveyden tasapuolinen jakautuminen osana yleistä sosiaalista ja talouskehitystä**

Yleisesti ottaen terveys ja varallisuus kulkevat käsi kädessä. Keskimääräinen terveystilanne on useilla mittareilla mitattuna parempi rikkaissa maissa ja rikkailla alueilla. Tämä ei kuitenkaan aina pidä paikkaansa. Suuremmat taloudelliset resurssit tarjoavat paremmat mahdollisuudet pitää terveyttä yllä ja parantaa sitä, mutta tämä pätee vain silloin, kun näitä resursseja käytetään tavalla, joka mahdollistaa tämän päämäärän toteuttamisen. On selvää, etteivät kaikki ryhmät ole yhtäläisesti hyötynneet talouden kehityksestä. Nyt onkin tärkeää luoda yleisen taloudellisen ja sosiaalisen kehityksen malli, joka johtaa parempaan talouskasvuun sekä solidaarisuuden ja yhteenkuuluvuuden lisääntymiseen ja terveystilanteen kohentumiseen. EU:n rakennerahastot ovat tältä osin merkittävässä asemassa.

Lissabonin strategiassa pyritään sekä talouskasvuun että sosiaalisen yhteenkuuluvuuden vahvistumiseen. Terveen elinajan indikaattoria käytetään nykyisin mittaamaan sitä, miten Lissabonin strategiassa edistytään terveystieteissä. Voitaisiin pohtia, olisiko terveyseroja koskevien indikaattorien luotettava seuraaminen hyödyllinen väline strategian sosiaalisen ulottuvuuden seurannassa.

### **Tietopohjan sekä mittaus-, seuranta-, arviointi- ja raportointimekanismien parantaminen**

Tehokkaana toiminnan ensimmäisenä perusedellytyksenä on terveyserojen mittaaminen. Vaikka luotettavaa näyttöä onkin olemassa erinäisillä aloilla, tarvitaan yksityiskohtaisempia tietoja useiden terveyden taustatekijöiden vaikutuksesta ja merkityksestä, jotta voitaisiin toteuttaa tehokkaita toimia tiettyjen väestöryhmien ja taustatekijöiden osalta.

Myös erojen tasoittamiseen tähtäävän politiikan tehokkuudesta on saatava paremmin tietoa. Kansanterveystoimien tehokkuudesta ja muiden terveyteen kohdistuvien toimintalinjojen ja toimien vaikutuksesta on huomattavasti tutkimusta, mutta vain muutamien toimien terveysvaikutusta eri sosiaaliryhmiin tai alueisiin on arvioitu nimenomaisesti. Kansanterveyssektorin ulkopuolisten toimintalinjojen vaikutusten arviointi on vieläkin vähäisempää.

Rutiiniluonteisesti saatavilla olevien ja vertailukelpoisten EU-tietojen ja tutkimustiedon puuttuminen vaikeuttaa nykytilanteen arviointia, politiikan painopisteiden suuntaamista uudelleen, vertailujen tekemistä, parhaiden toimintamallien löytämistä ja resurssien kohdentamista sinne, missä niitä eniten tarvitaan. EU:n tasolla kerätään nykyisin ja vastaisuudessa tietoja erityisesti toteuttamalla täysipainoisesti EU:n tutkimuksia, esimerkkeinä yhteisön tulo- ja elinolotilastot (EU-SILC), terveyttä koskeva eurooppalainen haastattelututkimus ja vammaisuutta käsittelevä EU:n tutkimus, ja antamalla kaikilla kansanterveystilastojen aloilla täytäntöönpanoasetuksia. Näitä saatavilla olevia tietoja olisi käytettävä sellaisten terveyseroja koskevien mittareiden luomiseksi, joilla mahdollistetaan ajallinen ja kautta EU:n tapahtuva vertailu. Olisi myös varmistettava, että nämä tiedot ovat yhdenmukaiset muiden kansainvälisten tietojen kanssa.

Terveyserojen syyt vaihtelevat jäsenvaltiosta ja väestöryhmästä toiseen. Jäsenvaltioiden olisi pyrittävä tiiviissä yhteistyössä komission kanssa luomaan yhteinen joukko indikaattoreita terveyserojen seuraamiseksi ja menetelmä jäsenvaltioiden terveystilanteen tarkistamiseksi tavoitteena määrittää ja priorisoida kohennusta kaipaavia osa-alueita ja parhaita toimintatapoja. Komissio voisi auttaa jäsenvaltioita pääsemään tavoitteisiinsa tarjoamalla saatavilla olevan tiedon pohjalta analyyseja ja tukea. Tämä voisi osoittautua jäsenvaltioille

hyödylliseksi välineeksi niiden suunnitellessa, priorisoidessa ja pannessa täytäntöön omaan erityistilanteeseensa sopivaa tehokkaampaa ja vaikuttavampaa politiikkaa. Lisäksi ne voisivat näin hyödyntää paremmin nykyisiä EU:n välineitä toimintansa tueksi.

Kokeilu- ja kumppanuushankkeiden sekä vertaisarviointiohjelmien rahoittaminen voisi auttaa jäsenvaltioita panemaan tällaista politiikkaa täytäntöön. Vertaisarviointeihin olisi kuuluttava sellaisten käytössä olevien toimintalinjojen, ohjelmien tai institutionaalisten järjestelyjen arviointia, jotka on todettu parhaiksi toimintatavoiksi.

#### **EU-tason toiminta:**

Tuetaan iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja maantieteellisen ulottuvuuden mukaan jaoteltujen tietojen ja terveyseroja koskevien indikaattorien lisäkehittelyä ja keräämistä.

Kehitetään terveyseroihin paneutuva tarkastusmenettely kansanterveysalan toimintaohjelman kautta yhteistyössä niiden jäsenvaltioiden kanssa, jotka haluavat osallistua tähän toimintaan.

Suunnataan EU:n tutkimusta terveyseroja koskevissa tiedoissa olevien puutteiden paikkaamiseksi – tähän kuuluvat Euroopan yhteisön seitsemänteen tutkimuksen puiteohjelmaan sisältyvillä terveyden ja yhteiskunta- ja taloustieteiden sekä humanististen tieteiden aihealueilla toteutettavat toimet.

Tuodaan paremmin esille EU:n elinten, kuten Euroopan elin- ja työolojen kehittämissäätöön, Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskuksen ja Euroopan työterveys- ja työturvallisuusviraston, terveyseroihin puuttumista käsittelevä tutkimus ja hyvien toimintatapojen jakaminen.

#### **Koko yhteiskunnan sitouttaminen**

Terveyserojen vähentäminen tarkoittaa sitä, että ihmisten terveyteen vaikutetaan heidän jokapäiväisessä elämässään, työssä, koulussa ja vapaa-ajalla. Valtionhallinnon lisäksi alueviranomaisilla on monissa maissa tärkeä tehtävä kansanterveys- ja terveydenhuoltopalvelujen alalla, ja niiden aktiivinen osallistuminen on tämän vuoksi varmistettava. Terveyssektori on johtavassa asemassa niin varmistettaessa kaikkien yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää hyväkseen terveydenhuoltopalveluja kuin tuettaessa tiedonsaantia ja koulutusta sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisten keskuudessa että muilla aloilla. Myös paikallisviranomaisilla, työpaikoilla ja muilla sidosryhmillä on tärkeä panos annettavanaan.

Toimintaa voidaan näin ollen tehostaa ja vaikutuksia laajentaa ja yhtenäistää, jos parannetaan tiedonvaihtoa ja politiikan koordinoitua hallinnon eri tasojen ja eri alojen (terveydenhuolto, työllisyys, sosiaalinen suojelu, ympäristö, koulutus, nuoriso ja aluekehitys) välillä. Lisäksi on luotava sidosryhmien kanssa tehokkaampia yhteistyökumppanuuksia, jotka voivat auttaa edistämään erilaisia sosiaalisia taustatekijöitä koskevaa toimintaa ja parantaa näin terveystilannetta.

Tämä on ala, jolla jäsenvaltiot voivat oppia toisiltaan laatiessaan omia poliittisia strategioitaan. EU voi auttaa vahvistamalla politiikan koordinoitumekanismeja ja helpottamalla tietojen ja hyvien toimintatapojen vaihtoa jäsenvaltioiden ja sidosryhmien välillä. EU:n terveystieteiden foorumi, syöväntorjunnan eurooppalainen kumppanuusohjelma, alkoholifoorumi sekä ruokavaliota, liikuntaa ja terveyttä käsittelevä



Euroopan toimintafoorumi ovat esimerkkejä aloitteista, joilla voidaan merkittävästi vaikuttaa terveyserojen vähentämiseen.

Komissio on ilmoittanut<sup>17</sup> aikovansa sosiaalialan avoimen koordinoitimenetelmän puitteissa hyödyntää enemmän vertaisarviointeja ja Progress-ohjelman rahoitusta sekä harkita terveydentilaa koskevia tavoitteita sitoumuksen pitämiseksi yllä ja yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Komissio aikoo lisäksi hyödyntää alueiden komitean tästä tiedonannosta käytävissä neuvotteluissa esittämää kiinnostusta ja kohdentaa huomiota terveyseroihin terveyden alalla toteutettavissa alueellisen yhteistyön järjestelyissä.

#### **EU-tason toiminta:**

Kehitetään tapoja saada merkitykselliset Euroopan tason sidosryhmät edistämään hyvien toimintatapojen käyttöönottoa ja levittämistä

Otetaan terveyserot yhdeksi painopistealaksi Euroopan alueiden ja komission välillä käynnissä oleviin terveysalan yhteistyöjärjestelyihin.

Kehitetään – käyttäen kansanterveysalan toimintaohjelmaa, Euroopan sosiaalirahastoa ja muita mekanismeja – toimia ja välineitä ammattilaisten kouluttamiseksi puuttumaan terveyseroihin.

Edistetään sosiaalisen suojelun komiteassa mietintöjen avulla pohdiskelua tavoitteiden kehittämisestä.

#### **Muita heikommassa asemassa olevien ryhmien tarpeiden täyttäminen**

Tehokas terveyseroihin puuttuminen edellyttää politiikkaa, johon kuuluu niin toimia, joissa otetaan huomioon sosiaalisen aseman merkitys terveyden kannalta koko yhteiskunnassa, kuin erityisesti muita heikommassa asemassa oleviin ryhmiin kohdistettuja toimia. On kiinnitettävä erityistä huomiota seuraavien ryhmien tarpeisiin: köyhydessä elävät, heikompiosaiset maahanmuuttaja- ja etniset vähemmistöryhmät, vammaiset, vanhukset sekä köyhydessä elävät lapset. Jos terveyserot ilmenevät esimerkiksi riittävien terveydenhuoltopalvelujen heikkona saantina, joidenkin ryhmien osalta terveyserojen voidaan katsoa loukkaavan heidän perusoikeuksiaan.

Euroopan unionin perusoikeuskirjassa määrätään seuraavista oikeuksista: oikeus sosiaaliturveen ja asumistukeen tai sosiaalisesti tuettuun asuntoon ihmisarvoisen elämän varmistamiseksi jokaiselle, jolla ei ole riittäviä varoja, oikeus saada ehkäisevää terveydenhoitoa ja lääkinnällistä hoitoa sekä oikeus sellaisiin työoloihin, jotka ovat yksilön terveyden mukaisia. Yhdistyneiden Kansakuntien yleissopimuksessa lapsen oikeuksista täsmennetään useita lapsen perustarpeisiin liittyviä keskeisiä oikeuksia, jotka puolestaan vaikuttavat heidän terveyteensä, ja YK:n yleissopimuksessa vammaisten henkilöiden oikeuksista määrätään vammaisten oikeudesta saada terveystalveluja. Terveyserot ovat yksi komission vuonna 2009 käynnistämän nuorten terveystalvelukampanjan neljästä painopisteestä.

Väestörakenteen muutos ja yhteiskuntien ikääntyminen luovat uusia haasteita terveysalalla.

<sup>17</sup> KOM(2008) 418.

Neuvosto on todennut, että maahanmuuttajien, romanien<sup>18</sup> ja muita heikommassa asemassa olevien nuorten<sup>19</sup> terveyden hyväksi on ryhdyttävä lisätoimiin. Komissio on käynnistämässä romanien osallistamista käsittelevää pilottihanketta, johon kuuluu terveyttä koskevia toimia ja yhtenäisiä toimia koulutus-, sosiaali- ja talouselämän aloilla sekä valtioiden rajat ylittävää yhteistyötä.

Koheesiopolitiikkaa ja siihen liittyviä rakenerahastovaroja olisi käytettävä paremmin edistämään toimia romanien kaltaisten heikompiosaisten ryhmien terveyden hyväksi.

#### **EU-tason toiminta:**

Käynnistetään aloitteita yhteistyössä jäsenvaltioiden kanssa tavoitteena lisätä tietoisuutta ja edistää toimia, joilla parannetaan maahanmuuttajille, etnisille vähemmistöille ja muille heikompiaisille ryhmille tarkoitettujen terveystalvelujen, terveydenedistämistoimien ja ehkäisevän terveydenhoidon saatavuutta ja asianmukaisuutta. Tämä voidaan toteuttaa terveys- ja muiden ohjelmien tuella määrittämällä ja vaihtamalla hyviä toimintatapoja.

Varmistetaan, että terveyserojen vähentäminen otetaan täysipainoisesti huomioon tulevissa aloitteissa, joissa käsitellään terveenä ikääntymistä.

Laaditaan vuonna 2010 pidettävää, romaniväestöä käsittelevää huippukokousta varten raportti romaniväestön osallistamisesta käytettävien yhteisön välineiden ja toimintalinjojen käytöstä. Raportissa on määrä käsitellä myös terveyseroja.

Selvitetään, miten perusoikeusvirasto voisi toimivaltansa rajoissa kerätä tietoa siitä, missä laajuudessa muita heikommassa asemassa olevat ryhmät saattavat kärsiä terveyden eriarvoisuudesta EU:ssa. Erityishuomiota on kiinnitettävä riittävien terveydenhoitopalvelujen saantiin sekä sosiaalitukeen ja asumistukeen.

Toteutetaan terveyseroihin keskittyviä toimia osana köyhyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan Euroopan teemavuotta (2010).

#### **EU:n muun politiikan panoksen tehostaminen**

Kuten jaksossa 3 mainittiin, useilla EU:n eri alojen politiikoilla voidaan vaikuttaa suoraan tai välillisesti terveyserojen poistamiseen ja yhteisön tasolla on käytettävissä useita erilaisia toimintavälineitä. EU:n eri alojen politiikan panosta on kuitenkin mahdollista parantaa lisää, jos näiden politiikkojen vaikutus terveyteen tunnetaan paremmin ja jos politiikkoja yhtenäistetään enemmän. Tämä parantaisi painopisteiden asettelua ja tehostaisi nykyisten välineiden käyttöä.

Vaikka terveyserojen vähentämisen periaate onkin yleisesti hyväksytty, tiedostamisen tasossa ja toiminnan laajuudessa on huomattavia eroja. Yli puolet EU:n jäsenvaltioista ei pidä terveyserojen vähentämistä poliittisena painopisteenä, eikä kattavia alojenvälisiä strategioita ole olemassa.<sup>20</sup> Toteutettuja toimia ei myöskään arvioida eikä niitä koskevia tietoja levitetä, joten toiminnan tehokkuudesta on rajallisesti tietoa. EU:n tehtävänä on parantaa politiikan koordinoitua ja edistää parhaiden toimintatapojen jakamista.

<sup>18</sup> Neuvoston päätelmät romaniväestön osallistamisesta osoitteessa <http://tinyurl.com/kne9s5>.

<sup>19</sup> Neuvoston päätöslauselma, annettu 20. marraskuuta 2008, nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista.

<sup>20</sup> SEC(2006) 410.

Komission eri politiikoilla olisi edelleen autettava jäsenvaltioita luomaan kaikkien kannalta tasaveroisemmat mahdollisuudet saada korkealuokkaisia terveydenhoitopalveluja ja hyödyntää terveydenennaltaehkäisy- ja -edistämisyjärjestelmiä. EU voisi osaltaan edistää terveysjärjestelmien välisen yhteistyön parantamista, kuten rajatylittävissä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista annetussa direktiiviehdotuksessa kaavaillaan. EU voisi myös osaltaan auttaa ymmärtämään paremmin niitä haasteita, joita terveysjärjestelmillä on edessään terveydenhuoltohenkilöstön kapasiteetin osalta, ja ehdottaa niihin ratkaisuja. Se voi myös auttaa arvioimaan, miten uutta teknologiaa voidaan käyttää tehokkaasti terveysalalla.

EU:n koheesipolitiikalla on tärkeä sija pyrittäessä taloudellista ja sosiaalista yhteenkuuluvuutta koskeviin Lissabonin tavoitteisiin, ja sillä voidaan merkittävästi vaikuttaa terveyseroihin. Yhteisön nykyisissä strategisissa suuntaviivoissa esitetään terveyteen liittyviin toimiin osoitettujen varojen mahdollinen käyttö. Jäsenvaltiot ovat kohdentaneet noin 5 miljardia euroa (1,5 prosenttia saatavilla olevista kokonaisvaroista) terveydenhuollon infrastruktuurin luokassa olevista varoista ajanjaksoksi 2007–2013. Jotta koheesipolitiikan tarjoamia rahoitusmahdollisuuksia voitaisiin käyttää laajemmin terveyserojen vähentämiseen, olisi lisättävä tietoa varojen käyttömahdollisuuksista tällä alalla, parannettava kansallisten poliittisten tahojen välistä koordinoitua sekä kohennettava teknisiä valmiuksia kehittää investointeja tällä alalla. Terveyteen pitäisi panostaa enemmän seuraavan ohjelmakauden aikana, ja EU:n koheesipolitiikkaan kuuluvat strategia-asiakirjat olisi saatava paremmin vastaamaan sosiaalialan avoimessa koordinoitimenetelmässä määritellyjä painopisteitä.

Terveyseroja voidaan EU:ssa vähentää panemalla jäsenvaltioissa täytäntöön yhteisön työterveys- ja työturvallisuuslainsäädäntö ja vuosia 2007–2012 koskeva yhteisön työterveys- ja työturvallisuusstrategia, sillä näin voidaan suojella työntekijöiden terveyttä ja vähentää joidenkin työterveyden taustatekijöiden kielteistä vaikutusta. Terveyseroihin olisi kiinnitettävä lisähuomiota pyrittäessä edistämään naisten ja miesten yhtäläisiä mahdollisuuksia.

Nykyisin vain harvoja EU:n politiikkaan liittyviä toimia arvioidaan täytäntöönpanon jälkeen siltä osin, millainen vaikutus niillä on terveydelliseen eriarvoisuuteen. Nykyiseen työhön pohjaavat lisätoimet ovat tarpeen, jotta nykyisten toimintalinjojen eri väestöryhmien terveyteen kohdistuvista vaikutuksista voidaan tehdä (jälki)arviointi ja saada näin tietoa politiikan kehittämiseksi edelleen. Tällaiset mekanismit on kehitettävä aina tapauskohtaisesti, ja niissä on hyödynnettävä jäsenvaltioissa kehitettyjä hyviä toimintatapoja. EU voi lisäksi hyödyntää muita nykyisiä raportteja, kuten koheesioraporttia, työllisyysraporttia ja Lissabon-raporttia, näiden toimintalinjojen ja terveysvaikutusten välisen suhteen analysoimiseksi EU:n eri alueilla ja eri väestöryhmien osalta.

EU on lisäksi sitoutunut tukemaan muita maita terveyden alalla ja siihen liittyvillä aloilla. Terveyden sosiaalisia taustatekijöitä käsittelevä WHO:n komissio<sup>21</sup> kuvasi vastikään maiden ja sosiaaliryhmien välisiä merkittäviä terveyseroja maailmanlaajuisesti ja vaati yhtenäistä toimintaa hallinnon kaikilta tasoilta näiden erojen kaventamiseksi. EU:n toimet voivat vaikuttaa terveystilanteeseen kolmansissa maissa useilla eri tavoilla, kuten kaupan, kehitysavun, kansainvälisten järjestöjen kanssa tehtävän työn ja tiedonvaihdon avulla. EU:n saamista kokemuksista terveyserojen vähentämisen alalla saattaa olla merkitystä myös EU:n ulkopuolella. Tämän vuoksi olisi tarkasteltava niitä mahdollisia yhteisvaikutuksia, joita

---

<sup>21</sup> Commission on Social Determinants of Health Final Report, WHO 2008.

komission kehitysavun ja EU:n sisällä terveyserojen vähentämiseksi tehdyn työn välillä löytyy. EU:n olisi lisäksi oltava yhteyksissä tällä alalla toimiviin kansainvälisiin järjestöihin.

#### **EU-tason toiminta:**

Annetaan lisää tukea terveyseroja koskevien hyvien toimintatapojen vaihtoon ja politiikan koordinoitumismekanismeille jäsenvaltioiden välillä. Esimerkkinä toiminnassa olevasta mekanismista voidaan mainita terveyden ja terveyserojen sosiaalisia taustatekijöitä käsittelevä EU:n asiantuntijaryhmä<sup>22</sup>, joka on yhteydessä niin neuvoston kansanterveystyöryhmään kuin sosiaalisen suojelun komiteaan.

Tarkastellaan mahdollisuuksia auttaa jäsenvaltioita, jotta ne voisivat paremmin käyttää EU:n koheesiopolitiikkaa ja rakennerahastovaroja tukemaan terveyseroihin vaikuttaviin tekijöihin pureutuvia toimia.

Kannustetaan jäsenvaltioita käyttämään entistä enemmän yhteiseen maatalouspolitiikkaan kuuluvan maaseudun kehittämissä politiikan ja markkinapolitiikan puitteissa avautuvia vaihtoehtoja (koulussa tarjottava maito, elintarvikkeet vähäosaisimmille, hedelmien jako kouluissa) muita heikommassa asemassa olevien ryhmien ja apua eniten tarvitsevien maaseutualueiden tukemiseksi.

Käydään jäsenvaltioiden ja sidosryhmien kanssa poliittista vuoropuhelua oikeudenmukaisuudesta ja muista terveyteen vaikuttavista keskeisistä perusarvoista, kuten EU:n terveysstrategiassa on esitetty.

Järjestetään Progress-ohjelman kautta rahoitusta muun muassa vertaisarviointeihin ja ehdotuspyyntöön vuonna 2010, jotta jäsenvaltioita voidaan auttaa kehittämään asiaan liittyviä strategioita.

Järjestetään terveyttä ja rakenneuudistusta käsittelevä foorumi, jolla voidaan tarkastella asianmukaisia toimenpiteitä terveyserojen vähentämiseksi.

Esitetään komission aloite EU:n roolista maailmanlaajuisissa terveyskysymyksissä.

## **6. SEURAAVAT VAIHEET**

Terveyseroihin puuttuminen on aikaa vievä prosessi. Tässä tiedonannossa esitetyillä toimilla on tarkoitus luoda puitteet pitkäaikaiselle toiminnalle tällä alalla. Komissio aikoo tämän tiedonannon ja neuvostossa käytävien tulevien keskustelujen pohjalta lähitulevaisuudessa toimia aktiivisesti yhdessä jäsenvaltioiden ja sidosryhmien kanssa. Ensimmäinen tilannekatsaus laaditaan vuonna 2012.

<sup>22</sup> Ryhmän nykyinen toimeksianto löytyy osoitteesta <http://tinyurl.com/1947z8>.