

Terveyserojen kaventaminen Euroopan unionissa

Sosiaalinen Eurooppa



Euroopan komissio

Tämä julkaisu on työllisyyttä ja sosiaalista yhteisvastuuta koskevan Euroopan unionin ohjelman (2007–2013) mukainen. Ohjelmaa hallinnoi Euroopan komission työllisyys-, sosiaali- ja tasa-arvoasioiden pääosasto. Se perustettiin tukemaan taloudellisesti Euroopan unionin työllisyyteen ja sosiaaliasioiden liittyviä tavoitteita sellaisina kuin ne sosiaalipoliittisessa ohjelmassa määritellään, ja näin ollen se osaltaan auttaa saavuttamaan Eurooppa 2020 -strategian tavoitteet näillä aloilla.

Seitsemänvuotisen ohjelman kohteena ovat kaikki sidosryhmät, jotka voivat auttaa hahmottamaan asianmukaisen ja tehokkaan työllisyys- ja sosiaalilainsäädännön ja näiden alojen politiikkojen kehittämistä kaikkialla 27 jäsenvaltion EU:ssa, ETA:n EFTA-valtioissa, EU:n ehdokasmaissa ja mahdollisissa jäsenehdokasmaissa.

Progress-ohjelman tavoitteena on tehostaa EU:n osallistumista jäsenvaltioiden sitoumusten tukena ja sen tavoitteena on luoda uusia ja parempia työpaikkoja sekä lujittaa sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Progress-ohjelma on tässä avuksi seuraavin tavoin:

- se tarjoaa tutkimusapua ja toimintalinjoja koskevia neuvoja Progress-ohjelman politiikkojen alueilla
- se valvoo ja raportoi EU:n lainsäädännön ja politiikkojen täytäntöönpanoa Progress-ohjelman politiikkojen alueilla
- se edistää EU:n tavoitteita ja prioriteetteja koskevien menettelytapojen siirtoa, oppimista ja tukea jäsenvaltioiden keskuudessa
- se välittää sidosryhmien ja koko yhteiskunnan näkemyksiä edelleen.

Lisätietoja:

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

Terveyserojen kaventaminen Euroopan unionissa

Euroopan komissio

Työllisyys-, sosiaali- ja tasa-arvoasioiden pääosasto

Yksikkö E4

Terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto

Yksikkö C4

Käsikirjoitus valmistunut kesäkuussa 2010

Euroopan komissio tai kukaan komission nimissä toimiva henkilö ei ole vastuussa siitä, miten tämän julkaisun sisältämiä tietoja käytetään.

© Kannen kuva: Euroopan unioni – Michel Loriaux

Muiden kuin Euroopan unionin tekijänoikeuksin suojattujen valokuvien käytön tai jäljentämisen osalta lupaa on anottava suoraan tekijänoikeuksien omistajilta.

Europe Direct -palvelu auttaa sinua löytämään vastaukset Euroopan unioniin liittyviin kysymyksiisi.

Yhteinen maksuton palvelunumero (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(* Jotkin matkapuhelinoperaattorit eivät salli pääsyä 00 800 -alkuisiin numeroihin, tai niistä voidaan laskuttaa.

Suuri määrä muuta tietoa Euroopan unionista on käytettävissä internetissä Europa-palvelimen kautta (<http://europa.eu>). Luettelointitiedot sekä tiivistelmä ovat teoksen lopussa.

Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto, 2011

ISBN 978-92-79-15050-0
doi:10.2767/98255

© Euroopan unioni, 2011
Tekstin jäljentäminen on sallittua, kunhan lähde mainitaan.

Printed in Germany

PAINETTU KLOORIVALKAISEMATTOVALLE PAPERILLE (ECF)

Puheenvuoroja

John Dalli – terveys- ja kuluttajapolitiikasta vastaava komission jäsen



Uskon Eurooppaan, jossa kaikilla kansalaisilla on hyvä terveys ja mahdollisuus saada hyviä terveyspalveluja riippumatta siitä, keitä he ovat, missä he asuvat tai kuinka paljon he ansaitsevat. Tällaiseen Eurooppaan meidän olisi pyrittävä. Terveyserojen kaventaminen on toimintamme keskeinen tavoite.

Terveyserojen kaventaminen edellyttää yhteistä toimintaa kansanterveyspolitiikan ja terveyteen vaikuttavien useiden muiden politiikanalojen, kuten sosiaaliturva-, koulutus- ja ympäristöpolitiikan välillä. Haasteena on selvittää, miten erilaisia poliittisia ohjauskeinoja voidaan hyödyntää eri maiden hallinto- ja yhteiskuntarajat ylittävien tehokkaiden toimintakoalitioiden rakentamiseksi.

Sitoudun huolehtimaan siitä, että tiedonantomme *Solidaarinen terveydenhuolto: terveyserojen vähentäminen* johtaa konkreettisiin tuloksiin, ja sitoudun kaikkiin tavoin tukemaan jäsenvaltioiden toimia terveyskuilun kaventamiseksi.

Aiomme ottaa käyttöön muun muassa keinoja parhaiden toimintatapojen ja kokemusten jakamiseksi ja EU:n rahoitusmahdollisuuksien kanavoimiseksi siten, että edistetään köyhillä alueilla asuvien ja heikoimmin toimeentulevien ihmisten terveyttä. Komissio parantaa myös terveyserojen ja -trendien seurainta eri puolilla Eurooppaa ja avaa niiden osalta uusia tutkimusmahdollisuuksia. Teemme myös yhteistyötä sen varmistamiseksi, että EU on toimintapolitiikoillaan tarvittaessa mukana etsimässä ratkaisua ongelmaan. Sähköiset terveyspalvelut (e-health), terveysteknologian arviointi ja muut kehittyvät osa-alueet tukevat tärkeällä tavalla terveydenhuoltojärjestelmien kestävyyttä ja voivat olla tärkeä apu terveyserojen poistamisessa.

Meidän on näinä talouskriisin ja talousarviopaineiden aikoina yhdistettävä voimamme huolehtiaksemme siitä, että yhteiskunnissamme vallitsevat terveyskuilut eivät syvene entisestään. Olen varma, että voimme tulevaisuudessa olla ylpeitä tuloksista, joita toimillamme on saatu aikaan Euroopassa vallitsevien terveyserojen poistamiseksi.

László Andor – työllisyydestä, sosiaalasioista ja osallisuudesta vastaava komission jäsen

Terveyden osa-alueella on saatu aikaan huomattavaa edistystä, mutta eriarvoisuus Euroopan unionin eri yhteiskuntaryhmien ja eri osissa asuvien ihmisten välillä on siitä huolimatta pysynyt tavattoman suurena. Terveyserot ovat epäoikeudenmukaisia, ja niistä maksetaan myös suunnaton taloudellinen ja sosiaalinen hinta.

Kiinnittämällä enemmän ja säännöllisemmin huomiota työ- ja elinoloihin liittyviin terveyden sosiaalisiin taustatekijöihin voimme ehkä vähentää niitä seikkoja, jotka lyhentävät elinajanodotetta ja vaikuttavat haitallisesti ihmisten elämään, tuottavuustasoihin ja terveydenhuoltomeneihin.

Tukemalla työllisyyttä, parantamalla työn laatua ja varmistamalla kaikille terveellinen ja turvallinen työympäristö voidaan ratkaisevasti kohentaa terveys-tilannetta. Meidän on myös löydettävä ratkaisu pitkäaikaistyöttömyyteen ja köyhyyteen voidaksemme vähentää niiden haittavaikutuksia yleiseen terveys-tilanteeseen. Lisäksi meidän on yritettävä järjestää riittävä ja vaivattomasti saatavilla oleva sosiaaliturva tehokkaine turvaverkkoineen voidaksemme lieventää huonon talous- ja yhteiskuntatilanteen vaikutuksia terveyteen.

Lopuksi ja kaikkein tärkeimpänä mainittakoon, että parantamalla laadukkaiden terveydenhuolto- ja palvelujen saatavuutta voidaan huomattavasti kohentaa ihmisten terveyttä ja pidentää heidän elinikäänsä monilla Euroopan unionin alueilla. Näin lisätään myös taloudellista, sosiaalista ja alueellista yhteenkuuluvuutta.



Sisältö

1	Terveyserot EU:ssa	7
1.1	Terveyserot jäsenvaltioissa ja niiden välillä	7
1.2	Yhteiskunnallisten ryhmien väliset erot	8
1.3	Huono-osaisilla ryhmillä erityisen heikko terveys	8
2	Terveyserojen aiheuttajat	9
2.1	Terveyteen vaikuttavat yleiset tekijät	9
2.2	Työhön liittyvät kysymykset	11
2.3	Terveys on monimutkaisesti sidoksissa vaurauteen	11
2.4	Vaikuttavatko sosiaalinen suojele ja tulonsiirrot terveydentilaan?	11
2.5	Terveydenhuollon menojen ja rahoituksen tarkastelu	12
2.6	Tämänhetkisen talous- ja rahoituskriisin vaikutus	13
3	Terveyserojen kaventamistoimet EU:n jäsenvaltioissa	13
	TAPAUSTUTKIMUS 1 Yhdistynyt kuningaskunta – Sure Start -paikallishjelmat: Suhteellisen universalismin soveltaminen käytännössä	14
	TAPAUSTUTKIMUS 2 Unkari – Opre Roma: Tietoisuuden lisääminen terveellisten ja kestävien asuntojen suunnittelemiseksi Debrecenissä asuvalle romaniyhteisölle	15
	TAPAUSTUTKIMUS 3 Saksa "Job Fit Regional": Terveyden yhdistäminen työllisyyden edistämiseen	16
4	EU:n toiminta	17
4.1	Terveyseroja koskeva komission tiedonanto	17
4.2	Euroopan työllisyysstrategia	18
4.3	Yhteistyö jäsenvaltioiden kanssa	19
4.4	EU:n terveysstrategia	19
4.5	EU:n tarjoama rahoitus	19
4.6	Lainsäädäntö	20
4.7	Sisämarkkinat	21
4.8	Koulutus ja nuoriso	21
	Liitteet	
	Hyödyllisiä linkkejä ja lähteitä	22
	Lyhyt kirjallisuusluettelo	22



© European unioni

1 Terveyserot EU:ssa

Euroopan unionin (EU) kansalaiset elävät keskimäärin pitempään ja terveempinä kuin aiemmat sukupolvet, ja terveyden taso EU:ssa on viime vuosikymmeninä parantunut jatkuvasti. Samaan aikaan niin EU:n jäsenvaltioissa kuin niiden välilläkin esiintyy suuria ja ehkä jopa kasvavia terveydellisiä eroja.

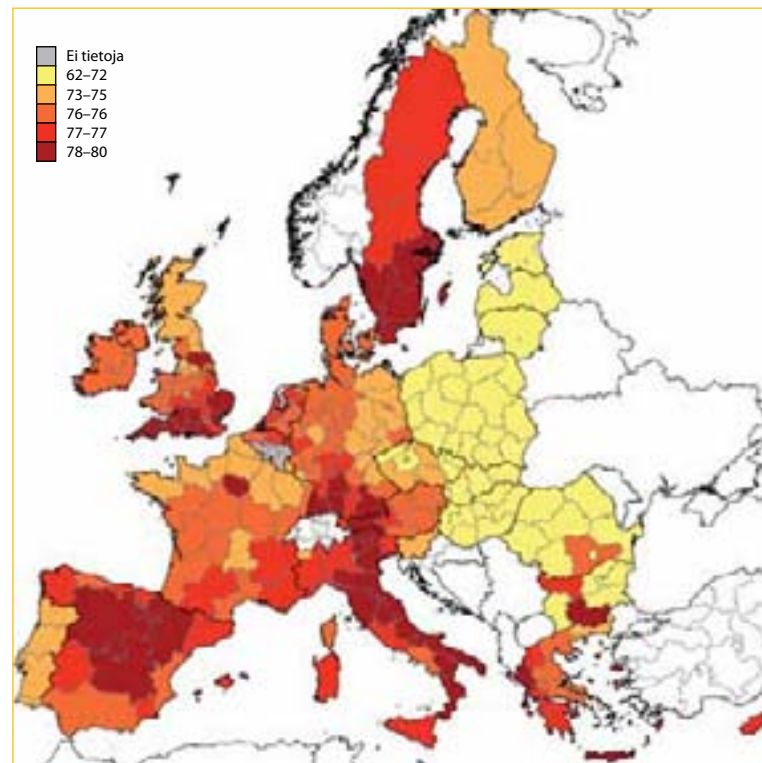
Euroopan komission mielestä nämä erot ovat haaste solidaarisuudelle, sosiaaliselle ja taloudelliselle yhteenkuuluvuudelle, ihmisoikeuksille ja yhdenvertaisille mahdollisuuksille, joihin EU on sitoutunut. Komissio onkin päättänyt tukea jäsenvaltioiden ja yhteiskunnan eri tasoilla toimivien sidosryhmien työtä erojen poistamiseksi.

1.1 Terveyserot jäsenvaltioissa ja niiden välillä

Vastasyntyneen elinajanodote voi tarjota jonkinlaisen käsityksen koko väestön terveyden tasosta, jossa on EU:n eri alueiden välillä huomattavia eroja. Vuonna 2006 pisimpien ja lyhimpien elinajanodotteiden jäsenvaltioiden välinen ero oli naisilla kahdeksan vuotta ja miehillä 14 vuotta. Kansallisen elinajanodotteen ja EU:n keskimääräisen elinajanodotteen välinen ero on kasvanut useissa maissa kahden viime vuosikymmenen aikana.

Terveenä elettyjen vuosien (terve elinaika) lukumäärässä on jopa 20 vuoden suuruisia eroja Keski- ja Itä-Euroopassa asuvilla ihmisillä ja varsinkin miehillä, joilla terve elinaika on keskimääräistä lyhyempi.

Miesten elinajanodote syntymähetkellä 2002–2004, NUTS 2



Lähde: Eurostat.



Jäsenvaltiot eroavat huomattavasti toisistaan myös imeväiskuolleisuuden, ennenaikaisen kuolleisuuden ja estettävissä olevan kuolleisuuden osalta sekä itse koetun yleisen terveydentilan, pitkäaikaissairauden, kuuden viime kuukauden aikana koettujen toimintarajoitteiden ja muiden henkilökohtaisten terveysmitareiden osalta.

Sydän- ja verisuonitautien, vammojen ja väkivallan, syövän ja alkoholisairauksien aiheuttama suuri kuolleisuus ja sairastuvuus vaikuttavat elinajanodotteessa ilmeneviin eroihin. Tällaisten vaivojen taustalla vaikuttavia riskitekijöitä ovat muun muassa heikot työ- ja elinolot, tupakointi, epäterveellinen ruokavalio ja alkoholinkäyttö, jotka ovat lyhyemmän elinajanodotteen maissa yleisempiä.

1.2 Yhteiskunnallisten ryhmien väliset erot

Jäsenvaltioiden välisten erojen lisäksi myös sosiaalisen aseman on havaittu vaikuttavan terveydentilaan. Heikommin koulutetut, heikommassa ammatiasemassa olevat tai pienituloisemmat sekä eräät etniset vähemmistöt kuolevat monissa jäsenvaltioissa nuorempina ja kärsivät muita yleisemmin useimmista terveysongelmista.

Nämä tekijät alkavat vaikuttaa terveyteen jo hyvin varhaisessa iässä, ja vaikutus kestää koko elämän. Syntymähetken elinajanodotteen erot alimpien ja ylimpien sosioekonomisten ryhmien välillä (esimerkiksi ruumiillisen työn tekijöiden ja vapaiden ammattien harjoittajien välillä, perus- ja korkeakoulutuksen saaneiden välillä sekä alimpien ja ylimpien tulokvinttiilien välillä) ovat 4–10 vuotta miehillä ja 2–7 vuotta naisilla. Joissakin jäsenvaltioissa ero on muutaman viime vuosikymmenen aikana jopa kasvanut. Lisäksi imeväiskuolleisuus on suurempaa alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä, ja myös tähän tekijään liittyvät erot ovat useissa maissa kasvanneet.

1.3 Huono-osaisilla ryhmillä erityisen heikko terveys

Muun muassa köyhillä alueilla ja köyhissä oloissa elävien ihmisten, työttömien ja harmaata työtä tekevien, kodittomien, vammaisten, mielenterveyspotilaiden tai pitkäaikaissairaiden, iäkkäiden tai pienituloisten eläkkeensaajien ja yksinhuoltajien muodostamiin ryhmiin kuuluvia kohtaavat muita todennäköisemmin sairaudet ja ennenaikainen kuolema.

Kantaväestön ja joidenkin maahanmuuttajaryhmien välillä on edelleen niin terveydentilaan kuin terveyspalvelujen saatavuuteenkin liittyviä eroja. Maahanmuuttajat voivat altistua muita herkemmin tartuntataudeille, kuten tuberkuloosille, HIV:lle/aidsille tai hepatiitille, mikä vaikuttaa yleiseen terveystasoon. Heillä voi myös olla suurempi riski saada muita sairauksia (esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteja) ja mielenterveysongelmia. Tämä voi johtua heidän lähtömaidensa sosioekonomisesta tilanteesta ja ympäristöoloista, muuttamisesta toiseen maahan sekä siitä, että he joutuvat sopeutumaan vastaanottavien maiden uuteen ympäristöön (!).

Maan sisäiset terveyserot näyttävät lisäksi olevan yhteydessä väestön yleiseen terveydentilaan: mitä eriarvoisemmin terveys jakautuu, sitä heikompi on koko väestön terveydentila. Jäsenvaltioiden sisäisten terveyserojen kaventaminen voi siis hyvinkin auttaa vähentämään terveyseroja myös jäsenvaltioiden välillä.

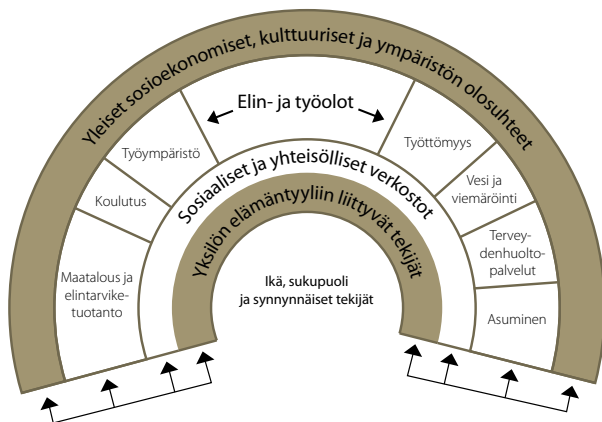
(!) Neuvoston päätelmät terveydestä ja maahanmuutosta EU:ssa (2007).

2 Terveyserojen aiheuttajat

2.1 Terveysten vaikuttavat yleiset tekijät

Terveyden ja siihen vaikuttavien eri tekijöiden välistä suhdetta on yritetty selittää useiden mallien avulla. Maailman terveysjärjestön käyttämässä Dahlgrenin ja Whiteheadin mallissa terveyseroja aiheuttavat tekijät esitetään eräänlaisena sateenkaarena. Terveystasot eivät vaihtelee satunnaisesti vaan johtuvat niihin vaikuttavien tekijöiden jakautumisesta ilmenevistä järjestelmällisistä eroista.

Dahlgren–Whitehead-malli terveyden vaikuttavista tekijöistä



Lähde: Dahlgren, G. & Whitehead, M., *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. WHO Europe, 2007. Teoksessa viitataan samojen tekijöiden aiempaan lähdeoteeseen 1993.

Elin- ja työolot vaikuttavat terveyteen välittömien ja välillisten fyysisten ja psyykkisten mekanismien kautta. Joidenkin tekijöiden vaikutus tuntuu pitkiäkin ajanjaksoja. Esimerkiksi lapsen huonot elinolot voivat vaikuttaa hänen





terveyteensä myöhemmin elämässä. Altistuminen terveyteen vaikuttaville tekijöille vaihtelee ihmisten asuinpaikan ja työtilanteen mukaan. EU:ssa on väestöryhmiä, joilla ei ole juoksevaa vettä, riittäviä peseytymis- ja wc-tiloja, kohtuuhintaista energiaa, keskuslämmitystä tai lämmöneristystä ja jotka asuvat kosteissa ja liian ahtaissa oloissa. Kova ruumiillinen työ voi vaikuttaa haitallisesti terveyteen, samoin heikko työnhallinta, työn ja palkitsemisen välinen epäsuhta sekä altistuminen fyysisille ja henkisille vaaroille työpaikalla. Toisaalta hyvä johtaminen, hyvät työolot ja työpaikan vahvat sosiaaliset verkostot voivat vaikuttaa myönteisesti terveyteen.

Sosioekonomiset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat **terveyskäyttäytymiseen**, kuten ruokavalioon, liikunnan määrään, tupakan ja alkoholin käyttöön sekä seksuaaliseen käyttäytymiseen. Tämä voi osittain selittää eri sosiaaliryhmien sekä eri maiden ja alueiden välisiä terveyseroja. Useimmissa tutkimuksissa on todettu, että yksilön käyttäytyminen voi olla syynä 25–35 prosenttiin ihmisten terveyseroista. Euroopan maiden ja sosioekonomisten ryhmien välillä on suurta vaihtelua terveellisen ravinnon, tupakoinnin yleisyyden, alkoholinkäytön, liikunnan ja näiden tekijöiden tai niiden puutteen aiheuttamien seurausten, kuten liikalihavuuden ja heikon terveydentilan osalta.

Psykososiaaliset tekijät, kuten kielteiset elämäntapahtumat, vieraantuneisuuden ja syrjäytyneisyyden tunteet, elämäntilanteiden hallitsemattomuus sekä vaativan työn tekeminen nälkäpalkalla voivat kaikki heikentää terveyttä.

Aiempi sosiaalinen asema voi myös vaikuttaa yksilön terveydentilaan. Esimerkiksi perheen sosioekonominen asema (kuten tulot ja kiinnostus koulutukseen) voi määrittää suuresti lapsen koulusuoritusta, myöhempiä työllisyysnäkömiä, tulotasoa ja terveyttä. Joidenkin tutkimusten mukaan vanhempien korkea sosioekonominen asema vähentää aikuisen riskiä sairastua aivohalvaukseen ja vatsasyöpään. Äidin heikko sosioekonominen tilanne liittyy voimakkaasti lapsen pieneen syntymäpainoon, joka vaikuttaa ihmisen terveyteen hänen koko elämänsä ajan. Lapsuusajan heikot elinolot voivat niin ikään vaikuttaa myöhempään terveyteen, kuten jo todettiin.

Elämäntyylin sekä elin- ja työolojen erot iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaan
 QA24 Kerro, pitääkö mikään seuraavista väitteistä sinun kohdallasi paikkansa. (Useampi vastaus mahdollinen.)

		Tupakoin	Olen ylipainoinen	En harrasta lainkaan liikuntaa tai harrastan sitä hyvin harvoin	En syö kovin terveellistä ruokaa	Minulla on taipumusta juoda hieman liikaa alkoholia	Asun meluisassa ympäristössä	Asun tai työskentelen erittäin saastuneessa ympäristössä	Olen stressaantunut työpaikallani	Olen stressaantunut yksityiselämässäni	Ei mikään (spontaani vastaus)	En tiedä
	EU-27	30%	20%	24%	14%	7%	8%	6%	17%	10%	32%	1%
	Sukupuoli											
	Mies	35%	19%	22%	16%	12%	8%	7%	19%	7%	29%	1%
	Nainen	24%	22%	25%	12%	3%	7%	5%	15%	13%	34%	1%
	Ikä											
	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%
	Koulutuksen päättämiskä											
	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%
	Opinnot kesken	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%
	Vastaajan ammatti											
	Yrittäjä / itsenäinen ammatinharjoittaja	37%	18%	22%	13%	10%	8%	8%	28%	10%	27%	1%
	Johtavassa asemassa oleva	21%	19%	20%	12%	10%	6%	5%	39%	8%	30%	1%
	Toimihenkilö	33%	21%	27%	17%	8%	7%	7%	29%	9%	26%	1%
	Ruumiillisen työn tekijä	42%	19%	23%	17%	9%	9%	10%	27%	9%	24%	1%
	Omaehtoisesti työelämän ulkopuolella oleva	23%	20%	28%	9%	2%	7%	3%	2%	14%	36%	2%
	Työtön	53%	24%	26%	19%	12%	12%	6%	5%	19%	22%	1%
	Eläkeläinen	18%	27%	26%	8%	5%	5%	3%	1%	8%	41%	1%
Opiskelija	25%	8%	15%	20%	9%	11%	5%	8%	11%	43%	1%	

Lähde: Eurobarometri 283.



2.2 Työhön liittyvät kysymykset

Työhön liittyvät seikat vaikuttavat ihmisen terveydentilaan, ja työttömyys lisää mielenterveysongelmien, sosiaalisen syrjäytymisen ja itsemurhan vaaraa. Kuten edellä mainittiin, myös työn laatu ja työolot vaikuttavat merkittävästi terveyteen.

Hyvä työympäristö, jossa esimerkiksi altistuminen *fyysisille riskeille tai kemiallisille ja biologisille aineille* on vähäistä, edistää terveyttä. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että työn laatu ja työolot vaikuttavat terveyteen huomattavasti. Esimerkiksi vähäinen *fyysinen paine ja stressi, oman työuran hyvä hallinta*, mahdollisuudet uusien taitojen kehittämiseen sekä *hyvä palkka ja etenemismahdollisuudet* edistävät kaikki hyvää terveyttä. Toisaalta tuen puute työpaikalla ja epävarmuus työpaikan säilymisestä lisäävät huonon terveydentilan riskiä ja masentuneisuutta.

Työterveydelliset riskit vaihtelevat merkittävästi eri aloilla. Nuorilla työntekijöillä on yleensä vähemmän tietoa työperäisistä riskeistä, joten he altistuvat niille muita herkemmin. Määräaikaisessa tai vuokratyösuhteessa olevat työntekijät altistuvat muita herkemmin työtapaturmille ja ammattitaudeille.

2.3 Terveys on monimutkaisesti sidoksissa vaurauteen

Asukaskohtaisella bruttokansantuotteella (BKT) mitattu talouden suorituskyky ja köyhyysasteet vaihtelevat EU:ssa, jossa esiintyy myös huomattavia tuloeroja. Vuonna 2006 väestön rikkaimman viidenneksen yhteenlasketut tulot olivat 4,8 kertaa suuremmat kuin köyhimmän viidenneksen. Useissa tut-

kimuksissa on havaittu, että tuloerot ovat yksi monista maiden ja henkilöiden välisten terveyserojen taustalla vaikuttavista tekijöistä. Tuloerot johtuvat paljolti poliittisen kontekstin, yhteiskunnallisten normien ja arvojen sekä talous-, sosiaali-, koulutus-, ympäristö- ja terveyspolitiikan ja muiden rakenteellisten syiden aiheuttamasta sosiaalisesta kerrostuneisuudesta.

Terveys on kuitenkin yleensä monimutkaisesti sidoksissa talouskasvuun. Tutkimustulokset osoittavat, että talouskasvu ei välttämättä sinänsä vähennä terveyseroja. Jotta eroja voitaisiin kaventaa, talouskasvun ohella on toteutettava poliittisia ohjaustoimenpiteitä ja kiinnitettävä enemmän huomiota etuuksien jakautumiseen. Asukaskohtaisen BKT:n muuttaminen kansanterveydeksi ja oikeudenmukaisuudeksi terveysasioissa on lisäksi paljolti riippuvainen oikeanlaisesta poliittikkavalikoimasta, jolla vähennetään eroja ja parannetaan yleistä terveydentilaa optimoimalla terveyden lisäämisen ja käytettävissä olevien resurssien välinen suhde. On myös huomattava, että tiettyjen EU:n jäsenvaltioiden ja alueiden terveysindikaattorit ovat ruokavalion ja muiden tekijöiden ansiosta paremmat kuin joidenkin taloudellisesti menestyksekkäämpien jäsenvaltioiden ja alueiden.

2.4 Vaikuttavatko sosiaalinen suojele ja tulonsiirrot terveydentilaan?

Sosiaaliturvajärjestelmien koko ja kattavuus vaihtelevat EU:n eri puolilla myös suhteessa terveydenhuoltobudjetteihin ja työmarkkinoiden ulkopuolella oleville ihmisille tarjottavaan turvaan. Koska köyhyys on tärkeä terveyteen vaikuttava tekijä, tulojen uudelleenjaon ja sosiaalisen suojelun laajuus voi olla yhteydessä terveyseroihin. On nimittäin arvioitu, että tulojen uudelleenjakopolitiikat vähentävät köyhyysriskiä 38 prosentilla.

2.5 Terveydenhuollon menojen ja rahoituksen tarkastelu

Terveydenhuoltobudjettien koko voi määrätä terveysjärjestelmien kyvyn tyydyttää väestön tarpeet. Jäsenvaltioissa, joissa ilmoitetaan elinajanodotteen olevan lyhyempi ja sairaanhoidollisten tarpeiden jäävän suurelta osin tyydyttämättä, on myös pienet terveysmenot sekä asukasta kohden laskettuna että osuutena BKT:stä.

Terveydenhuollon valmiudet (kuten infrastruktuuri, laitteisto ja terveydenhoitohenkilöstön lukumäärä), saatavuus ja laatu määrittävät merkittäväällä tavalla terveyseroja, sillä ne vaikuttavat siihen, miten todennäköisesti sairastuvuutta voidaan pienentää ja ennenaikainen kuolleisuus välttää. Terveydenhuoltojärjestelmillä ei ole riittävästi (taloudellisia ja inhimillisiä) voimavaroja, jotka ovat lisäksi jakautuneet epätasaisesti sekä maantieteellisellä että sosiaalisella kartalla. Nämä seikat vaikuttavat siihen, miten ja kuinka nopeasti tauteja määritetään ja hoidetaan, ja niillä on siten vaikutusta koko väestön terveyteen.

Laadukkaalla terveydenhuollolla on tärkeä osa korkeatasoisen kansanterveyden turvaamisessa. Kolme miljoonaa potilasta kärsii EU:ssa vuosittain esimerkiksi hoitoon liittyvistä infektioista ja 50 000 kuolee niihin. Laadukkaan sairaanhoidon saatavuudessa ilmenevät erot näkyvät myös hyvin suurina terveydenhuollon keinoin estettävissä olevan kuolleisuuden eroina.

Hoitoon pääsyssä voidaan myös havaita sosioekonomisia eroja. Tyydyttämättä jäänyt sairaanhoidon tarve on selvästi sidoksissa tuloeroihin. Alimpaan tulokvintiiliin kuuluvat kertovat muita useammin jääneensä ilman tarvitsemaansa hoitoa odotuksen, suorien kustannusten tai hoitolaitoksen kaukaisuuden vuoksi. Tutkimustulokset osoittavat, että pienituloisilla perheillä on keskimäärin pitempi matka sairaalaan tai perhelääkäriinsä luo. Pienituloisilla on myös heikommat mahdollisuudet päästä sairaalahoitoon tai erikoislääkärin vastaanotolle. Useissa sosiaalista suojelua ja sosiaalista osallisuutta koskevissa yhteisissä ra-



porteissa on havaittu hoitoon pääsyn esteitä, kuten sairausvakuutusturvan puuttuminen, suorat hoitokustannukset, maantieteelliset erot palvelujen saatavuudessa, odotusajat ja kulttuuriset esteet.

Myös yksityisen terveydenhuollon korkeat hinnat suhteessa kotitalouksien tuloihin voivat estää alempia sosioekonomisia ryhmiä saamasta tarvitsemaansa terveydenhuoltoa ja lisäävät siten joidenkin maiden sisäisiä terveyseroja.

2.6 Tämänhetkisen talous- ja rahoituskriisin vaikutus

Vaikealla makrotaloudellisella tilanteella voi olla erittäin haitallinen vaikutus terveyteen. Se lisää usein stressiä ja riskikäyttäytymistä, kuten juopottelua ja tupakointia. Tämä voi jo sinänsä olla haitallista terveydelle mutta saattaa myös johtaa muihin tekijöihin, kuten masennukseen, immuunijärjestelmän häiriöihin ja onnettomuuksiin. Näillä saattaa edelleen olla seurauksia perheiden ja erityisesti lasten terveydelle ja koulutukselle. Pitkä talouskriisi voi aiheuttaa pitkäaikaista haittaa terveydelle. Työuupumuksen oireet eivät välttämättä ilmene viikkojen tai kuukausien kuluttua irtisanomisesta, vaan vasta vuosien päästä.

Taloudellinen taantuma saattaa myös heikentää varsinkin alempien sosioekonomisten ryhmien mahdollisuuksia saada laadukkaita terveys- ja sosiaalipalveluja. Jos hoidon saanti alkaa riippua varallisuudesta tai jos jäsenvaltiot leikkaavat kriisin vuoksi sosiaali- ja terveyspalveluihin tarkoitettuja varoja, hoitoturva tai hoidon laatu heikkenee.

Terveysjärjestelmien taloudelliset paineet voivat saada maat tehokkuus- ja tuottavuussyistä tarkistamaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä koskevaa politiikkavalikoimaansa. Tämä puolestaan voi lisätä eriarvoisuutta hoidon saamisessa.

3 Terveyserojen kaventamistoimet EU:n jäsenvaltioissa

EU:n kaikki jäsenvaltiot ovat sitoutuneet vähentämään eroja terveydenhuoltopalvelujen saatavuudessa ja terveystilanteessa yhtenä avoimen koordinoitimenetelmän tavoitteena. Jäsenvaltiot dokumentoivat toteuttamansa toimet raporteissa, joita tarkastellaan vuosittain laadittavassa sosiaalista suojelua ja sosiaalista osallisuutta koskevassa yhteisessä raportissa. Lisäksi tehokkaiksi terveyserojen kaventamiskeinoiksi osoittautuneista jäsenvaltioiden poliittisista aloitteista on olemassa useita tietolähteitä. Näitä ovat muun muassa vuonna 2005 puheenjohtajavaltiona toimineen Yhdistyneen kuningaskunnan tilaama raportti "Health Inequalities: a Challenge for Europe" (Terveyserot – haaste Euroopalle), EuroHealthNet-verkoston koordinoima hanke "Closing the Gap: Strategies for Action to tackle health inequalities" (Erojen kurominen umpeen – toimintastrategioita terveyserojen vähentämiseksi) sekä parhaillaan käynnissä oleva EuroHealthNet-verkoston koordinoima "Determine"-hanke ja siihen liittyvä verkkosivusto (www.health-inequalities.eu).

Tässä hankkeessa jäsenvaltioilta kerätään tietoja terveyserojen kaventamistrategioista. Valtaosa tiedoista on peräisin Yhdistyneestä kuningaskunnasta, jossa on yli 10 vuoden ajan kehitetty kattavia terveyserojen kaventamistrategioita ja suoritettu useita arviointeja.

Saatujen tietojen perusteella monet jäsenvaltiot yhtyvät jäljempänä esitettyihin päätelmiin. Joitakin niistä havainnollistetaan esimerkkitaapauksin.

1. Suhteellinen universalismi: "Toimien, joilla pyritään lieventämään sosiaalisen aseman vaikutusta terveyteen, on oltava universaaleja mutta laajuudeltaan ja voimakkuudeltaan oikeassa suhteessa sosiaalisen aseman heikkouteen" ("Fair Society, Healthy Lives – Strategic Review of Health Inequalities in England post 2010", julkaisija The Marmot Review, helmikuu 2010) (?). Tämä pätee erityisesti terveydenedistämistä ja tautien ehkäisyä koskeviin ohjelmiin, joita toteutetaan köyhillä alueilla tai joiden kohteena ovat haavoittuvassa asemassa olevat perheet ja alemmat sosioekonomiset ryhmät (esim. äidit, lapset, nuoret vanhemmat ja yli 50-vuotiaat).

TAPAUSTUTKIMUS 1 Yhdistynyt kuningaskunta – Sure Start -paikallishjelmat (*): Suhteellisen universalismin soveltaminen käytännössä

Sure Start -paikallishjelmat perustuvat kokonaisvaltaiseen näkemykseen terveyseroista ja tarjoavat lapsenhoito-, varhaiskasvatus-, terveys- ja perhetukipalveluja perheille, joissa on alle viisivuotiaita lapsia. Ne ovat yksi Yhdistyneen kuningaskunnan hallituksen keinoista vähentää terveyseroja torjumalla lapsiköyhyyttä ja sosiaalista syrjäytymistä. Ohjelmat toteutetaan lähiperiaatteella Sure Start -paikalliskeskuksissa, joita on perustettu huono-osaisille alueille.

Sure Start -ohjelmissä sekä lakisääteiset viranomaiset, kuten terveys-, sosiaali- ja varhaiskasvatusviranomaiset, että vapaaehtoiset, yksityiset ja yhteisöperustaiset järjestöt ja vanhemmat itse tarjoavat pienille lapsille ja heidän perheilleen paikkakunnan lasten tarpeisiin ja vanhempien toiveisiin perustuvia kokonaisvaltaisia palveluja.

Merkittävimmät tulokset: Sure Start -ohjelmien kansalliseen arviointiin sisältyneen vaikutusselvityksen aineiston muodostivat yli 9 000 3-vuotiaasta lasta ja heidän perheensä. Ohjelmista todettiin koituneen hyötyä rokotusten, tapaturmien ja sosiaalisen kehityksen aloilla. Vanhemmuustaitojen todettiin parantuneen ja lasten ja perheiden kehitystä tukevien palvelujen käytön lisääntyneen.

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

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



2. Jäsenvaltioiden mielestä alueelliset ja paikalliset toimet, joita tuetaan kansallisilla ja EU:n toimilla, ovat hyvin tärkeitä tulosten aikaansaamiseksi. Paikallisviranomaisten on tunnistettava yhteisöissään henkilöt, joiden terveydentila voi olla heikko. Nämä henkilöt voidaan tavoittaa alueellisten toimijoiden rakentamien lähi- ja yhteisöinfrastruktuurien kautta.



TAPAUSTUTKIMUS 2 Unkari – Opre Roma: Tietoisuuden lisääminen terveellisten ja kestävien asuntojen suunnittelemiseksi Debrecenissä asuvalle romaniyhteisölle (*)

Aloitteen päätavoitteina oli lisätä romaniyhteisön tietoisuutta ympäristöön, energiaan ja terveyskäyttäytymiseen liittyvistä kysymyksistä ja laatia maankäyttösuunnitelma kestäviä, energiaa säästäviä ja terveellisiä, yhteiskunnan tuella rakennettavia asuntoja varten. Tavoitteena oli myös suunnitella asuntoja, jotka voitaisiin rakentaa välittömästi yhteiskunnan tuella.

Romaniyhteisön jäsenet osallistuivat suunnittelun kaikkiin vaiheisiin ja saivat kotitalous- ja energiansäästökoulutusta. Tärkeää oli myös se, että hankkeessa mukana olleet oppivat yleisemmin ymmärtämään terveyden, asumisen ja ympäristön välisiä yhteyksiä.

Merkittävimmät tulokset: Hankkeessa todettiin, että asumisolot olivat merkittävä terveydentilaan ja siten myös terveyseroihin vaikuttava seikka. Hankkeen keskeisiä saavutuksia olivat asumisolojen parantaminen ja sellaisten uusien asuntojen rakentaminen, joissa romanien kulttuurista otetaan kaikilta osin huomioon.

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



© Getty Images

3. Kumppanuusien muodostaminen voittoa tavoittelemattoman sektorin, liike-elämän ja työmarkkinoiden välillä on myös tehokas valistuskeino ja tapa käynnistää toimia niiden auttamiseksi, jotka ovat suurimmassa vaarassa kohdata terveysongelmia.

TAPAUSTUTKIMUS 3 Saksa "Job Fit Regional": Terveiden yhdistäminen työllisyyden edistämiseen (*)

Tärkeimpänä tavoitteena oli käyttää työvoimatoimistoja terveydenedistämisen institutionaalisina puitteina. Oppilaitokset, jotka yleensä vastaavat työnhakijoiden tukemisesta, järjestivät erityiskoulutusta. Muita keskeisiä hankekumppaneita olivat lakisääteiset sairausvakuutuslaitokset, jotka järjestivät ryhmätoimintaa.

Työttömiä lähestyttiin ja ohjattiin tietyn menetelmän (**) mukaisesti, jota käyttäen myös arvioitiin hyvin tarkasti heidän terveystietouttaan (kattava ja motivoiva terveyskeskustelu oli tärkeä osa arviointia) ja laadittiin terveydenedistämissuunnitelma. Lakisääteiset sairausvakuutuslaitokset tukivat rahallisesti erilaisia ohjelmia, erityisesti sairaudenehkäisykurseja sekä stressinhallinta- ja ryhmäkoulutusta. Myös koulutus- ja työvoimaviranomaisille suunniteltiin erityistä koulutusta.

Ohjelman ansiosta työttömiä palvelevat työvoima- ja koulutuslaitokset ja lakisääteiset sairausvakuutuslaitokset tekivät läheistä yhteistyötä työttömien terveydentilan kohentamiseksi näiden omassa ympäristössä.

Merkitävimmät tulokset: Laitokset ottivat hankkeen erittäin hyvin vastaan. Sen on todettu parantaneen terveyskäyttäytymistä (erityisesti liikunta- ja ravintokäyttäytymistä), vähentäneen psykososiaalista stressiä sekä kohentaneen työllistävyyttä.

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

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

4. Terveyseroja koskevien indikaattorien arviointi ja tulosten säännöllinen raportointi ovat tärkeä tehokkaan toiminnan perusedellytys erityisesti ongelma-alueilla. Terveysindikaattoreita säännöllisesti seuraamalla saadaan kerättyä tietoja, joita voidaan käyttää valistustoiminnan tukena. Ne myös auttavat päättäjiä ymmärtämään, kuinka laajoja terveyserot ovat ja missä niitä esiintyy (sairaustyyppit ja kuolinsyyt).

5. Arvioimalla kaikkien toimintapolitiikkojen terveysvaikutuksia ja soveltamalla niihin terveyseroja koskevaa testiä ja tarkastusmenettelyä voidaan tehokkaasti tuoda terveyserot ja niihin vaikuttavat sosiaaliset tekijät eri alojen tietoisuuteen.

Jäsenvaltioissa ja tutkimusarvioinneissa on todettu monien erilaisten toimien tasoittavan tehokkaasti terveyseroja.

Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa on pyritty parantamaan ongelma-alueilla asuvien ja alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien mahdollisuuksia saada tietoa tupakoinnin vaaroista ja hyödyntää tupakoinnin lopettamispalveluja.

Näissä ryhmissä tupakointi on poikkeuksetta yleisempää kuin vauraammissa väestöryhmissä.

Yleistä terveystilannetta voidaan kohentaa merkittävästi parantamalla raskaudenaikaista (sikiöseulonta ja rokotukset) ja synnytyksenjälkeistä hoitoa, johon kuuluvat myös vastasyntyneiden seulonta ja vanhempien tukeminen esimerkiksi tarjoamalla tietoa ravinnosta, vanhempien tupakoinnista sekä nukkumis- asennoista. Sekä Yhdistyneessä kuningaskunnassa että Puolassa on käynnistetty ohjelmia, joissa vähemmän vauraiden alueiden asukkailla ja/tai alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluville tarjotaan asianmukaista raskaudenaikaista ja synnytyksenjälkeistä hoitoa. Tarkoituksena on pienentää eroja syntymä- ja imeväiskuolleisuudessa. Alankomaissa on käynnissä samankaltainen, maahanmuuttajille tarkoitettu ohjelma. Näissä ohjelmissa tehdään yhteistyötä omalääkäreiden ja sairaaloiden kanssa, ja niihin kuuluu myös kotikäyntejä heikompiosaiten äitien luona varhaisraskaudesta siihen saakka, kun lapsi täyttää kaksi vuotta.

4 EU:n toiminta

4.1 Terveyseroja koskeva komission tiedonanto

Komissio hyväksyi 20.10.2009 tiedonannon *Solidaarinen terveydenhuolto: terveyserojen vähentäminen EU:ssa* ⁽³⁾. Tiedonannon laatimista johtivat yhdessä terveydestä ja sosiaalipolitiikasta vastaavat komission jäsenet. Tiedonanto perustuu jäljempänä kuvattuihin toimiin, ja siinä nimetään lisätoimia edellyttävät osa-alueet.

Tiedonannossa mainitaan muun muassa seuraavat keskeiset toimet:

- Terveystasapuolisen jakautumisen sisällyttäminen osaksi yleistä sosiaalista ja talouskehitystä. Voitaisiin pohtia, voisiko terveyseroja koskevien indikaattorien luotettavasta seuraamisesta olla hyötyä tulevan Lissabonin strategian (Eurooppa 2020) sosiaalisen ulottuvuuden seurannassa.
- Jäsenvaltioiden, sidosryhmien ja alueiden kanssa tehtävän yhteistyön parantaminen.
- Terveyseroja koskevaan tutkimukseen kohdistuvan EU:n tuen lisääminen.
- Poliitiikkojen tarkastaminen sen varmistamiseksi, vähentävätkö ne terveyseroja.
- Jäsenvaltioiden kannustaminen hyödyntämään entistä paremmin EU:n koheesio politiikan, rakennerahastojen ja yleiseen maatalouspolitiikkaan sisältyvän maaseudun kehittämissä politiikan tarjoamia mahdollisuuksia terveyseroja aiheuttaviin tekijöihin puuttumiseksi.

⁽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

- Etnisiä vähemmistöjä, maahanmuuttajia ja romanien kaltaisia heikompiosaisia väestöryhmiä tukevien toimien toteuttaminen.
- Sen selvittäminen, onko komission tarjoaman kehitysavun ja terveyserojen vähentämiseksi tehdyn työn välillä synergiamahdollisuuksia.
- Terveyserojen mittaamisen ja seuraamisen parantaminen ja ensimmäisen tilannekatsauksen julkaiseminen vuonna 2012.

4.2 Euroopan työllisyysstrategia

Työllisyyden merkitys terveydelle korostuu useissa EU:n suuntaviivoissa:

Työllisyyden suuntaviiva 17 koskee työn laadun ja tuottavuuden parantamista sekä sosiaalisen suojelun järjestelmien nykyaikaistamista. Työterveys ja -turvallisuus ovat olennainen osa hyviä työoloja. Euroopan väestön ikääntyessä ne ovat myös ratkaiseva seikka pyrittäessä houkuttelemaan lisää ihmisiä työmarkkinoille. Työterveyden ja -turvallisuuden avulla voidaan siis merkittävästi vähentää terveyseroja.

Työllisyyden suuntaviivassa 18 kehoitetaan soveltamaan työelämässä elinkaariajattelua ja tukemaan aktiivista ikääntymistä tarjoamalla muun muassa asianmukaiset työolot ja parempi työterveystilanne. Näin voidaan pidentää kansalaisten työuria. Siinä kehoitetaan myös nykyaikaistamaan sosiaalisen suojelun järjestelmiä, terveydenhuolto mukaan lukien. Tässä suuntaviivassa tähdennetään myös, että työterveystilannetta parantamalla pienennetään sairauksista aiheutuvia kustannuksia ja lisätään siten työvoiman tuottavuutta.



© Euroopan unioni

Työllisyyden suuntaviivassa 21 edistetään ja levitetään innovatiivisia ja mukautuvia työn organisointimuotoja työn laadun ja tuottavuuden sekä työterveyden ja -turvallisuuden parantamiseksi. Siinä kehoitetaan toteuttamaan integroitua joustoturva-ajattelutapaa, jonka tavoitteena on auttaa myös matalan taitotason tehtävissä olevia ja työmarkkinoiden reunamille jääneitä työntekijöitä menestymään työelämässä, joka on muuttumassa yhä monimutkaisemmaksi, monitahoisemmaksi, epäsäännöllisemmäksi ja siten vaativammaksi.

Työllisyyden suuntaviivassa 23 painotetaan tarvetta keskittyä uudenaisten työpaikkojen edellyttämiin uusiin taitoihin, jotta voidaan tukea kaikkien pääsyä työmarkkinoille ja varmistaa innovointi ja työn laatu.

4.3 Yhteistyö jäsenvaltioiden kanssa

EU tukee jäsenvaltioiden toimia, joilla pyritään vastaamaan yhteisiin haasteisiin, helpottamalla vuoropuhelua, parhaiden käytäntöjen vaihtoa ja politiikkojen yhteensovittamista jäsenvaltioiden kanssa ja niiden välillä sekä sidosryhmäjärjestöjen kanssa. Tämän yhteistyön mekanismeja ovat muun muassa avoin koordinointimenetelmä, sosiaalisen suojelun komitea sekä terveyden ja terveyserojen sosiaalisia taustatekijöitä käsittelevä EU:n asiantuntijaryhmä. Neuvosto antoi vuonna 2010 oikeudenmukaisuutta ja terveyttä koskevat päätelmät ⁽⁴⁾, joissa jäsenvaltioita kehoitetaan kehittämään edelleen terveyserojen vähentämiseen tähtääviä politiikkojaan ja toimiaan ja osallistumaan aktiivisesti hyvien käytäntöjen jakamiseen.

4.4 EU:n terveysstrategia

Terveyserojen kaventaminen on tärkeä osa EU:n terveysstrategiaa ja keskeinen ulottuvuus tupakointia, liikalihavuutta, alkoholia, nuorisoa ja mielenterveyttä koskeissa politiikoissa ja aloitteissa. EU tekee myös läheistä yhteistyötä terveyserojen kaventamisen alalla Maailman terveysjärjestön, Terveystieteiden ja kehityksen järjestön, Euroopan neuvoston sekä alan tutkimustoiminnan kanssa.

⁽⁴⁾ Neuvoston päätelmät: "Oikeudenmukaisuus ja terveys kaikissa politiikoissa: solidaarinen terveydenhuolto". Neuvoston 3019. istunto: Työllisyys, sosiaalipolitiikka, terveys ja kuluttaja-asiat, Bryssel, 8.6.2010.

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lisa/114994.pdf

4.5 EU:n tarjoama rahoitus

Terveyserojen kaventamista koskevaa toimintaa tuetaan useista EU:n ohjelmista ja rahoitusvälineistä.

Jäsenvaltiot saavat **koheesiopolitiikan** kautta tukea alueellisen epätasapainon korjaamiseen. Terveys on hiljattain määritelty alueeksi, jota tuetaan Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) ja Euroopan sosiaalirahaston (ESR) kautta vuosia 2007–2013 koskevien yhteisön strategisten koheesiosuuntaviivojen mukaisesti ⁽⁵⁾. Tukea on tarjolla esimerkiksi terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisemiseen, osaamisen siirtämiseen, koulutukseen sekä koulutetun työvoiman saatavuuteen ja infrastruktuurihankkeisiin lähentymisalueilla. Suuntaviivoissa todetaan, että "Euroopan alueiden välillä on merkittäviä eroja terveydentilassa ja terveydenhuollon saatavuudessa" ja että "koheesiopolitiikalla on siksi edistettävä terveydenhuoltopalveluja". Niissä todetaan lisäksi, että "parantamalla terveyttä ja toteuttamalla ehkäiseviä toimia yhteisön tasolla voidaan merkittävästi vähentää terveyden epätasa-arvoa".

Yhteinen maatalouspolitiikka (YMP) ei itsessään ole sosiaalipolitiikkaa, mutta joillakin sen osa-alueilla voidaan kaventaa terveyseroja esimerkiksi takaamalla viljelijöille riittävä elintaso tai turvaamalla elintarviketoimitukset ja kohtuulliset kuluttajahinnat. YMP:lla tuetaan koulumaitojärjestelmää sekä maataloustuotteiden jakelua vähävaraisimmille väestöryhmille. Viime aikoina on myös tarkasteltu YMP:n mahdollisuuksia edistää enemmän hedelmiä ja vihanneksia sisältävän, terveellisemmän ruokavalion omaksumista. EU:n maaseudun kehittämispolitiikalla tuetaan lisäksi investointeja ja kehitystyötä, joiden kohteena ovat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut, maaseutualueiden teknologia ja infrastruktuurit sekä terveyttä ja sosiaalialaa koskeva koulutus- ja tiedotustoiminta.

EU:n terveysohjelmasta rahoitetaan kansanterveysalan toimintaverkostoja,

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

paikallisia aloitteita, asiantuntijaselvityksiä, konferensseja ja poliittisia innovaatioita.

PROGRESS-ohjelman (työllisyyttä ja sosiaalista yhteisvastausta koskeva EU:n ohjelma 2007–2013) puitteissa julkaistiin maaliskuussa 2010 erityinen ehdotuspyyntö, jonka tarkoituksena on toteuttaa komission tiedonannossa esitettyjä toimia erityisesti tukemalla PROGRESS-ohjelmaan osallistuvien maiden kansallisten tai alueellisten viranomaisten toimintaa, jolla vahvistetaan terveyserojen kaventamispolitiikkaa.



Kolmansien maiden kansalaisten kotouttamista varten perustetusta eurooppalaisesta rahastosta tuetaan jäsenvaltioiden pyrkimyksiä helpottaa maahanmuuttajien kotoutumista eurooppalaiseen yhteiskuntaan. Kokonaisbudjetista, joka on 825 miljoonaa euroa, 7 prosenttia on varattu hankkeille, joissa käsitellään kotoutumisen eri puolia, muun muassa terveydenhuoltopalvelujen saatavuutta. Loput 93 prosenttia jäsenvaltiot käyttävät komission kanssa sovitun vuosiohjelman täytäntöönpanoon.

Myös **EU:n tutkimuksen puiteohjelmat**, erityisesti EU:n tutkimuksen seitsemännen puiteohjelman "Yhteistyö"-ohjelmaan kuuluvan terveyden aihealueen kolmas pilari, tarjoavat mahdollisuuksia terveyserojen kaventamiseen. Tavoitteena on kehittää tutkimusmenetelmiä ja rakentaa tieteellistä pohjaa poliittisten päätösten ja tehokkaampien näyttöön perustuvien strategioiden tueksi sellaisilla aloilla kuin terveyden edistäminen ja terveyteen vaikuttavat laajemmat taustatekijät, joita ovat esimerkiksi elämäntapa sekä sosioekonomiset ja ympäristötekijät ⁽⁹⁾.

4.6 Lainsäädäntö

EU on pyrkinyt parantamaan työoloja hyväksymällä työterveyttä ja -turvallisuutta koskevaa lainsäädäntöä. Se seuraa tämän lainsäädännön täytäntöönpanoa ja rahoittaa alan tutkimusta.

EU:n koko väestöstä 48,3 prosenttia käy tällä hetkellä työssä. Työntekijöiden terveyden ja turvallisuuden suojelulla voidaan siis vaikuttaa merkittävästi yleiseen kansanterveyteen ja vähentää joitakin niistä keskeisistä tekijöistä, jotka aiheuttavat terveyseroja EU:n jäsenvaltioiden ja kansalaisten välille. Direktiivin 91/383/EY tavoitteena on varmistaa, että määräaikaisessa työsuhteessa olevien työntekijöiden ja vuokratyöntekijöiden turvallisuuden ja terveyden suojelu on samantasoista kuin muiden työntekijöiden. Vuonna 2009 laadittiin kertomus direktiivin täytäntöönpanosta vuoteen 2007 asti. Kertomuksessa kartoitetaan direktiivin mahdollisia puutteita komission tulevien toimien pohjaksi.

⁽⁹⁾ Neuvoston päätös (2006/971/EY), tehty 19 päivänä joulukuuta 2006, Euroopan yhteisön seitsemännen tutkimuksen, teknologian kehittämisen ja demonstroinnin puiteohjelman (2007–2013) täytäntöön panemiseksi toteutettavasta erityisohjelmasta Yhteistyö, EUVL L 400, 30.12.2006, s. 127.

Vuosia 2007–2012 koskevasta EU:n työterveys- ja työturvallisuusstrategiasta tehty vaikutustenarviointi osoittaa, että työterveysstrategioilla voidaan vähentää työtapaturmia ja auttaa tapaturmien uhreja ja pitkäaikaissairaita pysymään työssään tai palaamaan työelämään. Niiden puitteissa voidaan myös kotouttaa siirtotyöntekijöitä ja parantaa stressaavia ja yksitoikkoisia työoloja, jotka heikentävät työntekijöiden terveyttä ennenaikaisesti ja johtavat tätä kautta heidän varhaiseen poistumiseensa työelämästä.

EU:lla on ollut vuodesta 2000 lähtien miesten ja naisten yhtäläistä kohtelua koskevien säädösten lisäksi syrjinnänvastaista lainsäädäntöä. Syrjinnänvastaisella lainsäädännöllä pyritään varmistamaan yhtäläisen kohtelun ja suojelun vähimmäistaso kaikille Euroopassa asuville ja työskenteleville rodusta, etnisestä alkuperästä, uskonnosta tai vakaumuksesta, vammaisuudesta, iästä tai sukupuolista suuntautumisesta riippumatta. Lainsäädäntö kattaa monia arkielämän alueita työpaikasta koulutukseen, terveydenhuoltoon ja tavaroiden ja palvelujen saatavuuteen. Komissio perusti vuonna 2008 jäsenvaltioiden asiantuntijoista koostuvan syrjimättömyyttä ja tasa-arvon edistämistä käsittelevän ryhmän, joka tarkastelee kansallisten ja EU:n laajuisten syrjinnän vastaisten toimien vaikutusta ja validoi hyviä käytäntöjä vertaisoppimisen kautta.

4.7 Sisämarkkinat

Terveyteen liittyviä rikkomusmenettelyjä koskevilla toimilla voidaan auttaa poistamaan terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden esteitä ja alentaa näiden palvelujen hintoja, mikä parantaa merkittävästi heikommassa asemassa olevien sosioekonomisten ryhmien tilannetta. Esimerkkeinä tällaisista rikkomusmenettelyistä voidaan mainita sijoittautumisvapautta ja palvelujen tarjoamisen vapautta koskeva lainsäädäntö sekä rajoitukset, jotka koskevat apteekkien omistamista ja sijoittumista ja laboratorioiden omistamista ja aukioloaikoja.

Lisäksi kaikista komission aloitteista tehdään nykyään vaikutustenarviointi, joka koskee niiden todennäköisiä taloudellisia, sosiaalisia ja ympäristövaikutuksia, erityisesti vaikutuksia erilaisiin sosioekonomisiin ryhmiin ja olemassa olevaan eriarvoisuuteen.

4.8 Koulutus ja nuoriso

Fyysisen ja henkisen terveyden ja terveellisen elämäntavan omaksumista pidetään sosiaalisena ja kansalaistaitona avaintaidoista annetussa suosituksessa ⁽⁷⁾, jossa jäsenvaltioita kehoitetaan kehittämään näitä taitoja kaikissa kansalaisissa osana elinikäistä oppimista koskevia strategioitaan. Komissio on myös antanut ehdotuksen uudesta EU:n nuorisostrategiasta ⁽⁸⁾, jossa korostetaan nuorten haavoittuvuutta ja nimetään toimia, joilla voidaan parantaa syrjäytymisvaarassa olevien ja muiden nuorten terveyttä.



Tässä kirjassessa on esitelty laajasti EU:ssa vallitsevia terveyseroja ja joitakin EU:n toimintalinjoja, joilla niitä pyritään kaventamaan.

Lisätietoja saa jäljempänä mainituista lähteistä ja verkkosivuilta tai ottamalla yhteyttä Euroopan komissioon (Europe Directin maksuton palvelunumero: **00 800 6 7 8 9 10 11**).

⁽⁷⁾ Euroopan parlamentin ja neuvoston suositus, annettu 18 päivänä joulukuuta 2006, elinikäisen oppimisen avaintaidoista (2006/962/EY).

⁽⁸⁾ KOM(2009) 200, 27.4.2009, EU:n nuorisostrategia – Satsataan nuorten vaikutusmahdollisuuksiin.

Hyödyllisiä linkkejä ja lähteitä

Euroopan komissio

Terveyseroja koskeva tiedonanto

<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

Terveys- ja kuluttaja-asioiden pääosasto / Sosiaaliset tekijät ja terveyserot

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

Työllisyys-, sosiaali- ja tasa-arvoasioiden pääosasto

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

Aluepolitiikan pääosasto

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

Euroopan unionin neuvosto

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

Neuvoston päätelmät: Oikeudenmukaisuus ja terveys kaikissa politiikoissa: solidaarinen terveydenhuolto.

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/>

Maailman terveysjärjestö WHO

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

Terveyden sosiaalisia taustatekijöitä käsittelevä WHO:n komissio

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

Muita tässä asiakirjassa mainittuja verkkosivuja (luettelo ei ole kattava)

<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>

Lyhyt kirjallisuusluettelo

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

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

Closing the gap in a generation. Terveyden sosiaalisia taustatekijöitä käsittelevän WHO:n komission raportti, 2008.

Closing the Gap - Strategies for Action to tackle Health Inequalities. Taking Action on Health Equity, EuroHealthNet, 2007.

Mackenbach, J. P., *Health Inequalities: Europe in Profile*, EU:n puheenjohtajavaltion Yhdistyneen kuningaskunnan tilaama riippumaton asiantuntijaraportti, 2006.

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

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., Kunst, A. E., *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Erasmus MC, Kansanterveysosasto, Alankomaat, 2006, Euroopan komission toimeksiannosta.

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

Whitehead M., The concepts and principles of equity and health. Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimisto, Kööpenhamina, 1990.

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

Lisää tietoja ja tietolähteitä on lehdistöpakettiin sisältyvässä tausta-asiakirjassa, joka liittyy terveyseroja koskevaan Euroopan komission tiedonantoon KOM(2009) 567:

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

Euroopan komissio

Terveyserojen kaventaminen Euroopan unionissa

Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto

2011 – 23 s. – 25 x 17,6 cm

ISBN 978-92-79-15050-0

doi:10.2767/98255

Terveyserojen kaventaminen Euroopan unionissa -esite tarjoaa ajantasaista tietoa Euroopan unionin jäsenvaltioiden sisäisistä ja niiden välisistä terveyseroista.

Siinä tarkastellaan useita terveyseroihin liittyviä kysymyksiä (etenkin elinajanodotetta) ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Huomiota kiinnitetään erityisesti ns. sosiaaliseen gradienttiin eli lähes kaikissa terveyteen vaikuttavissa tekijöissä olevaan sosiaaliseen ulottuvuuteen.

Erityisesti paneudutaan siihen, miten EU ja jäsenvaltiot voivat politiikoillaan vaikuttaa terveyserojen kaventumiseen ja minkälaisia rahoitusmahdollisuuksia ne tarjoavat.

Lopuksi esitellään kolme esimerkkiä hankkeista, joissa on onnistuttu parantamaan lasten, työnhakijoiden tai etnisen vähemmistön terveydentilaa.

Tämä julkaisu on saatavilla painettuna EU:n kaikilla virallisilla kielillä.

MISTÄ EU:N JULKAISUJA SAA?

Maksuttomat julkaisut:

- EU Bookshopista (<http://bookshop.europa.eu>)
- Euroopan unionin edustustoista tai lähetystöistä.
Yhteystiedot löytyvät internetosoitteesta (<http://ec.europa.eu>) tai ne saa lähettämällä faksin numeroon+352 2929-42758.

Maksulliset julkaisut:

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

Maksulliset tilaukset (esimerkiksi EUVL:n vuosikerta, tuomioistuinten oikeustapauskokoelmat):

- Euroopan unionin julkaisutoimiston myyntiedustajalta
(http://publications.europa.eu/others/agents/index_fi.htm).

Oletko kiinnostunut työllisyys-, sosiaali- ja tasa-arvoasioista
vastaavan pääosaston julkaisuista?

Voit ladata ne tai rekisteröityä tilaajaksi maksutta osoitteessa
<http://ec.europa.eu/social/publications>

Voit myös tilata Euroopan komission ilmaisen uutiskirjeen
Social Europe e-newsletter osoitteessa
<http://ec.europa.eu/social/e-newsletter>

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



Julkaisutoimisto



www.facebook.com/socialeurope

ISBN 978-92-79-15050-0



9 789279 150500