

## Johdanto

Tämä on tiivistelmä teoksesta "Public Health and the EU: an overview".

Teos on tällä hetkellä saatavana ainoastaan englanninkielisenä ja sen voi ladata ilmaiseksi Euroopan kansanterveysallianssin sivustolta (<http://www.epha.org/>). Tämä tiivistelmä on laadittu kaikilla EU:n virallisilla kielillä ja julkaistu Euroopan komission ja yksityisten säätiöiden tuella.

"Public Health and the EU: an overview" julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 1995 ja se sisälsi koosteen EPHA:n laatimista politiikkaa koskevista selonteista. Vuosikymmen tämän jälkeen meillä on ilo esitellä teoksen uusittu painos, jossa käsitellään EU:n politiikkojen uusimpia kehityssuuntia, kuten esimerkiksi Euroopan perustuslakiluonnosta, uutta kansanterveysohjelmaa ja EU:n laajentumisen vaikutuksia terveyspolitiikkaan.

EPHA:n tehtävänä on edistää ja suojella kaikkien Euroopassa asuvien terveyttä ja kannustaa kansalaisia osallistumaan terveyttä koskevan politiikan laatimiseen Euroopan tasolla. EPHA on julkaissut tämän teoksen esitelläkseen laaja-alaisesti Euroopan unionin (EU) kansanterveyteen vaikuttavia toimia. Teoksen tarkoituksena on lisätä paikallisten, kansallisten ja eurooppalaisten organisaatioiden tietoisuutta mahdollisuuksista ja haasteista, joita EU asettaa kansanterveydelle. Meidän mielestämme tämä on tarpeen, jotta kansalaisyhteiskunnan osallistumista ja sitoutumista päätöksentekoon voitaisiin lisätä ja vahvistaa. Mikä tärkeämpää, se korostaa kansalaisjärjestöjen merkitystä kansalaisten ja päätöksentekijöiden välisen kuilun kuromisessa umpeen, sekä vastapainona omien etujen tavoittelulle.

Tämä tiivistelmä käsittelee EU:n nykyisiä toimia (vuonna 2007) seuraavilla aihealueilla:

- terveystilanne Euroopan unionissa, mukaan luettuna laajentumisen vaikutukset;
- päävälineet, joilla voidaan vaikuttaa kansanterveyteen EU:n tasolla;
- EU:n muiden politiikkojen vaikutus kansanterveyteen (sisämarkkinat, maatalous, ympäristö, tutkimus, työterveys ja -turvallisuus jne.);
- potilaiden liikkuvuuden ja terveydenhuollon kehityksen välinen yhteys ja kuinka se voi johtaa parempaan yhteistyöhön ja koordinointiin EU:ssa;
- terveyttä koskevien tietojen vaihto ja hyvien käytänteiden kehittäminen;
- terveyteen vaikuttavien tekijöiden, kuten ravinnon, liikunnan, alkoholin, tupakan, huumeiden, mielenterveyden ja henkilövahinkojen merkitys;
- tartuntatautien vaikutus EU:n suuntaviivoihin ja kuinka viimeaikaiset terveysuhat, kuten SARS ja lintuinfluenssa, ovat korostaneet tarvetta toimiin EU:n tasolla;
- lääkkeiden ja farmaseuttisten valmisteiden merkitys Euroopan kansalaisille ja taloudelle, ja kuinka kustannusten, kilpailun ja turvallisuuden huomiointi vaikuttaa kansanterveyttä koskeviin yleisiin poliittisiin linjauksiin.



## Kansanterveys

Tämä julkaisu sisältää lyhyen johdannon eri kansanterveyttä koskeviin käsitteisiin ja esittelee tiivistetysti kansanterveysliikkeen alkuperän ja sen pääsaavutukset.

Ihmiset kaikkialla joutuvat läpi elämänsä kohtaamaan lähes rajattoman määrän terveysriskejä, aiheutuivat ne sitten tarttumattomista taudeista tai tartuntataudeista, loukkaantumisista, kulutustuotteista, väkivallasta tai luonnonkatastrofeista. Yksikään riski ei esiinny erillisenä: moni juontuu monimutkaisista tapahtumaketjuista, jotka kattavat pitkän ajanjakson<sup>1</sup> Perimmiltään kansanterveydessä on siis kyse edellytysten luomisesta terveelle yhteiskunnalle.

Kansanterveys voidaankin määritellä väestön ”objektiiviseksi ja mitattavissa olevaksi” terveydeksi, se jäsenten eliniänodotteeksi ja siksi, missä määrin he ovat vapaita taudeista. Tämä on kuitenkin melko suppea määritelmä. Rokotukset ja tehostunut seulonta ovat vaikuttaneet kansanterveyteen, mutta muita alueita, kuten esimerkiksi parempia asumisolosuhteita, puhdasta vettä, puhtaanapitoa, turvallista ruokaa ja koulutusta koskeva politiikka on vaikuttanut vielä enemmän.

Winslowin klassinen määritelmä vuodelta 1920 heijastelee kansanterveyden laajempaa tulkintaa:

*Kansanterveys on tautien torjunnan, eliniän pidentämisen ja fyysisen terveyden ja tehokkuuden edistämisen tiede ja taide, jossa yhteisön järjestelmällisten toimien avulla tehdään ympäristöstä terveellisempi, torjutaan tartuntojen leviämistä yhteisössä, lisätään yksilöiden tietoisuutta henkilökohtaisesta hygieniasta, järjestetään terveydenhuollon palveluja ja hoivapalveluja tautien havaitsemiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi ja kehitetään yhteiskunnallista koneistoa, joka takaa jokaiselle yhteisön jäsenelle terveyden ylläpitämiseen riittävän elintason<sup>2</sup>.*

Yllä oleva määritelmä kattaa monia tärkeitä aiheita, kuten tautien ehkäisyn ja keskittymisen yleiseen elintason ja elämänlaatuun, jotka ovat nykyisten kansanterveyspolitiikkojen avaintekijöitä, mukaan luettuna lähestymistapa, jonka EU on omaksunut.

Tämän lisäksi terveys on myös ihmisoikeus, kuten on todettu Ihmisoikeuksien yleismaailmallisessa julistuksessa<sup>3</sup>.

Kansanterveydessä on kyse paljon muustakin kuin perusterveydenhuollosta. Kansanterveyden, eikä ainoastaan panostuksen perusterveydenhuoltoon, pitäisi olla jokaisen hallituksen toimien keskipisteessä, jotta kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia voitaisiin edistää ja parantaa.



## Terveystilanne Euroopassa

Teoksen "Health and the EU: an overview" seuraavassa kappaleessa käsitellään väestön terveydentilaa Euroopassa.

Euroopan unionissa ihmiset elävät pidempään ja ovat yleisesti ottaen terveempiä kuin koskaan aiemmin<sup>4</sup>. Länsi-Euroopassa odotettavissa oleva elinikä on 1950-luvulta lähtien noussut joka vuosikymmenen noin 2,5 vuodella. Euroopan unionin 25 jäsenmaassa miesten odotettavissa oleva elinikä vaihtelee 66-78 vuoden välillä (12 vuoden vaihteluväli) ja naisten 76-84 vuoden välillä (8 vuoden vaihteluväli). Ero EU-maiden välillä on suurempi terveen elinajan odotteen osalta kuin odotettavissa olevan eliniän osalta. Naisten terveen elinajan odote vaihtelee välillä 57-75 vuotta (18 vuotta) ja miesten välillä 54-71 vuotta (17 vuotta)<sup>5</sup>.

Useimmat ennusteet odottavat tämän tyyppisen terveyden edistymisen jatkuvan. Elintapoihin liittyvät sairaudet uhkaavat kuitenkin katkaista eliniän odotteen kasvun. Riskitekijät, kuten tupakointi, lihavuus, liikunnan puute, alkoholin liiallinen kulutus, loukkaantumiset ja tapaturmat aiheuttavat ennen aikaisia kuolemia ja kroonisia sairauksia. Ruokavalion, elintapojen ja terveyden välillä on selvä yhteys<sup>6</sup>. Tarttumattomat taudit aiheuttavat yli 87% kaikista sairauksista EU:ssa<sup>7</sup>. Mielenterveyden häiriöiden osuus näistä on 27%. Vuonna 1999 Suomessa 40% ja Portugalissa 25% työkyvyttömyyseläkkeistä johtui mielenterveyden häiriöistä. Sydän- ja verisuonitaudit ovat tällä hetkellä suurin yksittäinen kuolinsyy EU:ssa<sup>8</sup>. Molempien sukupuolten osalta niiden osuus kuolemantapauksista on noin 40%. Ne ovat myös merkittävä sairastelun aiheuttaja Euroopassa. Lihavuuden ja aikuisiän diabeteksen lisääntyminen on huolestuttavaa; eikä ainoastaan siksi, että ne vaikuttavat entistä suurempaan osaan väestöstä, vaan myös siksi, että niitä esiintyy yhä nuoremmilla. Vuonna 2000 Euroopan unionissa menetettiin yhteensä 158 miljoonaa työpäivää, joka vastaa keskimäärin 20 päivää tapaturmaa kohden<sup>9</sup>. Tämän lisäksi tartuntataudit ja pandemiat voivat lisääntyneestä liikkuvuudesta johtuen levitä nopeammin kuin koskaan aikaisemmin yli kansallisten rajojen.

Onneksi ennen aikaisten kuolemien yleisimmät aiheuttajat ovat suurelta osin torjuttavissa, sillä niihin liittyvät pääasialliset riskitekijät johtuvat elintavoista ja niihin voidaan vaikuttaa tunnettujen ja tehokkaiden kansanterveydellisten toimien avulla. Useimmat riskit kerääntyvät kuitenkin köyhille<sup>10</sup>.

Yllä oleva tilannekatsaus, joka on esitetty yksityiskohtaisemmin itse teoksessa, luo kuvan vastakohtien Euroopasta. Viimeisten vuosikymmenten aikana kansanterveydessä on tapahtunut merkittävää kehitystä, mikä on parantanut huomattavasti laajojen väestöryhmien elämänlaatua. Kuitenkin maiden välillä ja sisällä on edelleen suuria eroja. Tehokkaalla kansanterveyspolitiikalla voidaan edelleen saavuttaa merkittäviä hyötyjä.



## Itsenäisen eurooppalaisen terveyst politiikan kehittyminen

Teoksen "Health in the EU: an overview" uudistetussa painoksessa tunnustetaan, että terveyteen liittyvät kysymykset ovat edenneet Euroopan poliittisella asialistalla.

Euroopan yhteisön perustamissopimuksen 152 artiklassa on todettu, että "kaikkien yhteisön politiikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu". Terveystestä ei ole ainoastaan kehittynyt erillinen, selvästi määritelty politiikanala, vaan se on myös tärkeä osa muita toimintaloja, kuten esimerkiksi maataloutta, ympäristöä, työllisyyttä, kilpailua, kuluttajasuojaa jne. Terveysten huolto kuuluu kuitenkin edelleen periaatteessa kansalliseen, ei niinkään EU:n toimivaltaan: *"Yhteisön toiminnassa kansanterveyden alalla otetaan täysimääräisesti huomioon jäsenvaltioiden terveystpalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen liittyvät velvollisuudet"*<sup>11</sup> Rajat ylittävien terveystsuhkien kuitenkin lisääntyessä laajentuvassa unionissa EU:lla on yhä tärkeämpi tehtävä kaikille unionin kansalaisille tarjottavien terveysthoidon ratkaisujen edistämisessä ja koordinoimisessa sen keskittyessä tautien torjuntaan, yleisen valmiuden ylläpitoon ja nopeaan reagoimiseen mahdollisten vaaratilanteiden uhatessa. Kuten muitakin politiikan aloja, neuvosto, Euroopan parlamentti ja komissio kehittävät Euroopan kansanterveystpolitiikkaa osana yhteisiä velvollisuuksiaan.

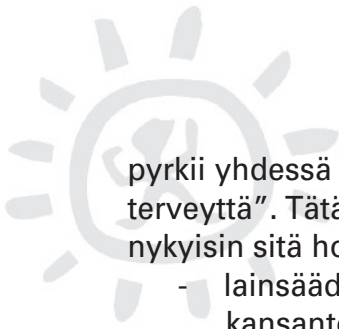
Seuraavassa on tiivistelmä teoksessa esitetyistä Euroopan unionin toimielinten vastuu- ja vaikutusaloista:

**Euroopan unionin neuvosto** on unionin pääasiallinen päätöksentekuelin. Se edustaa unionin jäsenmaita ja jokaisen jäsenmaan hallituksella onkin neuvostossa yksi edustaja. Neuvoston antamiin säädöksiin kuuluvat oikeudellisesti sitovat asetukset, direktiivit, ehdotukset yhteiseksi toiminnaksi, yhteiset kannat, suositukset, päätelmät ja lausunnot.

**Euroopan parlamentti** on toimielimistä se, joka edustaa suoraan jäsenmaiden asukkaita. Se ilmaisee unionin kansalaisten demokraattisen tahdon ja edustaa heitä muiden EU:n toimielinten kanssa käytävissä keskusteluissa. Euroopan parlamentilla on kolme päävaltaa: lainsäädäntövalta, budjettivalta ja valvontavalta.

**Euroopan komissio** on suunniteltu poliittisesti riippumattomaksi toimielimeksi, joka valvoo ja puolustaa koko EU:n etuja. Se on EU:n toimielinjärjestelmän kantava voima, jolla on oikeus tehdä ehdotuksia neuvostolle ja parlamentille.

Kansanterveysten osalta toimielinrakenne näkyy seuraavissa järjestelyissä: Euroopan komission terveysten ja kuluttaja-asioiden pääosasto (PO SANCO) perustettiin vuonna 1999. Sen päätoimisto on Brysselissä, mutta kansanterveysten pääosasto on jaettu Brysselin ja Luxemburgin kesken. Pääosastossa työskentelee noin 700 henkeä, joista 120 kansanterveysten liittyvien kysymysten parissa. Muut pääosastot käsittelevät niiden toimivaltaan kuuluvia terveystalan kysymyksiä (kuvailtu yksityiskohtaisemmin teoksessa). PO SANCO:n yleinen tehtävä on: "Euroopan unioni



pyrkii yhdessä jäsenvaltioiden kanssa suojelemaan ja edistämään kansalaistensa terveyttä". Tätä "suojelemaan ja edistämään" koskevaa tehtävää on tulkittu eri tavoin; nykyisin sitä hoidetaan pääasiassa seuraavilla välineillä:

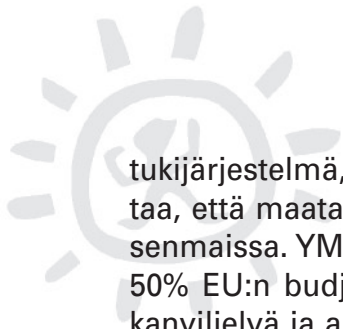
- lainsäädäntö ja sääntely - Amsterdamin sopimuksen 152 artiklan myötä kansanterveyttä koskeva toimivalta vahvistui. EU:lla on rajoitetut valtuudet toteuttaa kansanterveyttä koskevaa politiikkaa. Jäsenvaltiot sääntelevät edelleen kansallisella tasolla terveystalvelujen järjestämistä ja toteuttamista, vaikka EU:lla on oikeus säätää verestä, elimistä ja kudoksista (veren turvallisuus ja laatu, verijohdannaiset, lääkehoidossa käytettävät ihmisperäiset kudokset ja solut).
- itsesääntely ja vapaaehtoinen yhteistyö (avoin koordinoitimenetelmä) - oikeudellisesti sitovien instrumenttien (eli asetusten ja direktiivien) sijaan käytetään yhä enemmän vaihtoehtoisia sääntelymenetelmiä, kuten asianosaisten yhteiskunnallisten ja taloudellisten toimijoiden yhteis- ja itsesääntelyä. Tämän odotetaan vähentävän kustannuksia ja lisäävän tehokkuutta. Yhteissääntely ja vapaaehtoinen itsesääntely voidaan toteuttaa eri tavoin, kuten esimerkiksi vapaaehtoisten sopimusten, menettelyohjeiden, peruskirjojen, suositusten ja yhtenäistettyjen standardien avulla. Tämä lähestymistapa, josta käytetään joissain tapauksissa nimitystä avoin koordinoitimenetelmä (OCM), on yhä yleisempi hallintomenettely Euroopan unionissa. Toisin kuin perinteisessä lainsäädännöllisessä lähestymistavassa, siinä pyritään kansallisten politiikkojen yhtenäistämisen sijasta yhteissääntelyyn. Se velvoittaa jäsenmaat tekemään yhteistyötä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi samalla kunnioittaen perusteltuja kansallisia erityispiirteitä.
- EU:n rahoitusvälineiden, kuten yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelma 2003-2008<sup>12</sup> (budjetti 312 miljoonaa euroa) ja EU:n tiedotuskampanjojen, kuten "Help – elämä ilman tupakkaa", voidaan katsoa tukevan näitä oikeudellisia ja vapaaehtoisuuteen perustuvia lähestymistapoja.

Julkaisussa ollaan tietoisia siitä, että EU:n ei pidä kopioida jäsenmaiden pyrkimyksiä, vaan tarjota lisäarvoa keskittymällä toimiin, kuten esimerkiksi EU:n laajuisten terveystilastojen valvontaan, hyvien käytänteiden levittämiseen jäsenmaiden kesken ja tilaisuuksien tarjoamiseen julkiselle vuoropuhelulle ja tiedonvaihdolle.

## **Terveys muilla EU:n politiikka-alueilla**

EU:lla on useita politiikkoja, jotka vaikuttavat terveyteen, esimerkiksi sisämarkkinat, maatalous, ympäristö, tutkimus, kuluttajasuoja, työterveys ja -turvallisuus jne. EU:n toimivalta terveyttä koskevissa kysymyksissä on melko rajallinen ja onkin ensiarvoisen tärkeää hyödyntää kaikkia muilla politiikan alueilla käytettävissä olevia välineitä väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Seuraavassa on yhteenveto politiikoista, jotka vaikuttavat terveyteen; lisätietoja löytyy varsinaisesta julkaisusta.

Maatalouspolitiikka – 90% EU:n pinta-alasta on maaseutua ja noin 50% sen väestöstä asuu maaseudulla. Yhteinen maatalouspolitiikka (YMP) on maatalouden



tukijärjestelmä, jonka tarkoitus on korvata kansalliset tukijärjestelmät ja varmistaa, että maataloutta voidaan harjoittaa tasavertaisista lähtökohdista kaikissa jäsenmaissa. YMP:tä on syytetty tukien tehottomasta käytöstä; siitä, että se kuluttaa 50% EU:n budjetista ja vaikuttaa haitallisesti kansanterveyteen tukemalla tupakanviljelyä ja alkoholin tuotantoa; sekä siitä, että sen vuoksi joka vuosi tuhotaan miljoona tonnia vihanneksia ja hedelmiä. Myös sen negatiivista vaikutusta kehittyvien maiden maatalouteen on kritisoitu ankarasti<sup>13</sup>. YMP:n taloudellinen painoarvo suhteessa EU:n muihin politiikkoihin on tähän asti ollut kiistaton ja kuvaa monia kansanterveyspolitiikkaan liittyviä ongelmia ja niiden merkitystä suhteessa taloudellisiin tavoitteisiin. Elintapoihin liittyvien sairauksien määrän lisääntyessä on syytä arvioida huolellisesti YMP:n vaikutusta.

**Terveys ja ympäristö** - Terveys on tärkeä osa EU:n ympäristöpolitiikkaa. Tärkeitä toiminta-alueita ovat sisä- ja ulkoilman saastuminen, melu, sisäympäristö ja asuinolosuhteet, vesipolitiikka, sähkömagneettiset kentät, säteily ja altistuminen kemikaaleille. Niiden vaikutuksiin liittyy monia terveysongelmia, kuten esimerkiksi kuulovammoja, nukkumishäiriöitä, kohonneeseen verenpaineeseen ja muihin verenkierrosairauksiin johtavaa stressiä, ihosyöpää ja muita syöpälaatuja, hengityselinten sairauksia ja epämuodostumia. Ympäristön ja terveyden vuorovaikutus on paljon kiinteämpi ja monimutkaisempi kuin yleensä ymmärretään<sup>14</sup>.

**Tutkimus** - EU-tasolla tehtävää tutkimusta on kritisoitu siitä, että se on liian rajoitettua ja hajanaista, kuin myös siitä, että tutkimukselta puuttuu selkeä keskipiste. Ratkaistakseen tämän ongelman komissio esitti vuonna 2000 eurooppalaisen tutkimusalueen (ERA) perustamista<sup>15</sup>. EU-maiden hallitukset ovat sitoutuneet nostamaan yksityisen ja julkisen sektorin tutkimusinvestointien osuuden bruttokansantuotteesta vuoden 2000 1,9 prosentista kolmeen prosenttiin vuoteen 2010 mennessä. Seitsemännen tutkimuksen puiteohjelman (PO7)<sup>16</sup> budjetti on huomattavasti aikaisempaa suurempi – 73 miljardia euroa jaettuna seitsemälle ohjelmavuodelle neljän pääohjelman kautta: yhteistyö, ideat, ihmiset ja valmiudet. Terveys on yksi niistä yhdeksästä aihepiiristä, jotka ovat osa kaikkia neljää ohjelmaa.

**Kehitysapu ja terveys; globaali näkökulma** - kaikki maailman maat ja kehitysintituutit ovat Yhdistyneiden kansakuntien välityksellä hyväksyneet kahdeksan vuosituhattavoitetta. Tavoitteet kattavat suuren määrän aiheita, kuten äärimmäisen köyhyyden puolittamisen, HIV:in ja AIDS:in leviämisen pysäyttämisen ja yleisen peruskoulutuksen. Kehitysapu on tärkeä ja näkyvä osa EU:n globaaliin terveyteen suuntaamia menoja (EU on maailman suurin kehitysavun tarjoaja; sen osuus kaikesta kehitysavusta on noin 55% ja tuesta noin 65%, vaikka EU myöntääkin yhä edelleen vähemmän apua kuin on luvannut). Tätä tilannetta on kuitenkin arvioitava sen valossa, millainen vaikutus muilla politiikoilla, erityisesti YMP:llä ja sisämarkkinoilla, on globaaliin terveyteen.



## **Paine luoda eurooppalaisia terveydenhuollon ratkaisuja – potilaiden liikkuvuus ja terveydenhuollon kehitys**

Teoksessa "Health and the EU: an overview" käsitellään myös terveydenhuollon toimittamista, vaikka kyseessä onkin kansallinen vastuualue. Erinäisistä syistä johtuen Euroopan terveydenhuoltojärjestelmät ovat yhä tiiviimmin yhteydessä toisiinsa.

Ensinnäkin jokaisella EU-kansalaisella on oikein oleskella ja työskennellä toisessa jäsenmaassa ilman, että häntä syrjittäisiin kansalaisuuden perusteella. Terveystieteiden ammattilaisten osalta tätä oikeutta toteutetaan joukolla asetuksia, joilla varmistetaan ammatillisen pätevyyden vastavuoroinen tunnustaminen. Direktiivillä 2005/36/EY<sup>17</sup> on toteutettu seuraavat järjestelyt:

- Koulutusta koskevien vähimmäisvaatimusten yhdenmukaistaminen, joka mahdollistaa ammatillisen pätevyyden automaattisen tunnustamisen (koskee lääkäreitä, hoitajia, hammaslääkäreitä, kättilöitä, eläinlääkäreitä, farmaseutteja ja arkkitehtejä)<sup>18</sup>.
- "yleinen tunnustamisjärjestelmä", joka koskee kaikkia muita ammatteja. Tämä järjestelmä sisältää kansalaisten ammatillista liikkuvuutta koskevat perusoikeudet ja määrittää jäsenmaiden niihin liittyvät velvollisuudet<sup>19</sup>.

Perinteisen terveydenhuollon ammattilaisia koskevat alakohtaiset direktiivit ovat olleet voimassa 1970-luvun puolivälistä lähtien. Muiden terveydenhuollon ammattilaisten (kuten vaihtoehto- ja luontaislääketieteen ammattilaisten) osalta ammattipätevyyden tunnustamisjärjestelmä on ollut vähemmän selkeä. Vuoden 2005 direktiivin yksi tavoitteista oli yksinkertaistaa ammattipätevyyden vastavuoroista tunnustamista ja tehdä siitä läpinäkyvämpää.

Toiseksi potilaat hakeutuvat maasta toiseen etsiessään parempaa hoitoa. Potilailta on yhteisön asetuksen 1408/71 suoma mahdollisuus hakeutua hoitoon asuinmaansa ulkopuolella. Euroopan unionin tuomioistuin<sup>20</sup> antoi toukokuussa 1998 kaksi merkittävää päätöstä, jotka vaikuttavat terveydenhuollon järjestelmiin. Euroopan unionin tuomioistuin on vahvistanut, että kansalaisilla on oikeus saada hoitoa toisessa jäsenmaassa. Heillä on myös oikeus saada tietyissä tapauksissa korvausta. Tämän lisäksi asetuksen 1408/71 mukaan toisessa jäsenmaassa oleskelevalla henkilöllä, oli kyseessä sitten matkailu, opiskelu, komennus tai työnhaku, on oikeus saada hoitoa samoin edellytyksin kuin kyseisen maan sosiaaliturvan piiriin kuuluvilla henkilöillä. 1. kesäkuuta 2004 lähtien tätä oikeutta on voinut harjoittaa esittämällä eurooppalaisen terveystietokortin, joka korvasi aikaisemmin käytössä olleet paperilomakkeet, erityisesti lomakkeen E111 (KOM 2004).

Kolmanneksi potilaiden liikkuvuus vaikuttaa terveystieteiden palveluihin ja sairaanhoitoon niin potilaan kotimaassa kuin hoitomaassakin. Komissio kehittää paraikaa yhteisön puitteita turvallisille, korkealaatuisille ja tehokkaille terveystieteiden palveluille vahvistamalla jäsenmaiden välistä yhteistyötä ja tarjoamalla vakaamman pohjan yhteisön lainsäädännön soveltamiselle terveystieteiden palveluissa ja sairaanhoidossa.



## **EU:n terveystieteen edellytys – terveystieto**

Terveystieto on tärkeää, jotta voidaan vertailla jäsenmaita tai alueita keskenään, ja informoida ja ohjata näin terveystietoa kansallisella ja Euroopan tasolla. Ajantasainen ja korkealaatuinen terveystietoa koskeva tieto on kansanterveystieteen tehokkaan kehittämisen edellytys.

Euroopan komission tavoitteena on kehittää joukko terveyteen liittyviä indikaattoreita, jotka tarjoavat tiivistä ja vertailukelpoista tietoa väestön terveydestä ja terveyteen liittyvistä elintavoista. Terveyteen liittyvien indikaattorien laatimista koordinoivat neuvoo-antavat ryhmät, jotka ovat vastuussa tulevan terveystietojärjestelmän eri osista. Seuraaville aihealueille on luotu oma työryhmä: sairastuvuus ja kuolleisuus; tapaturmat ja henkilövahingot; mielenterveys, elintavat ja muut terveyteen vaikuttavat tekijät; terveys ja ympäristö; terveydenhuoltojärjestelmät; ja Euroopan yhteisön terveyteen liittyvät indikaattorit.

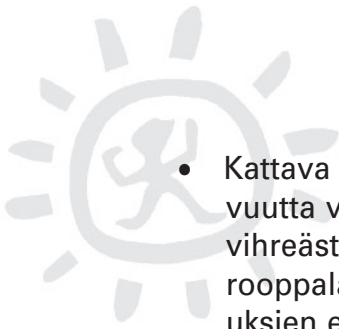
Tämän toiminnan odotetaan lisäävän tiedon laatua ja vertailukelpoisuutta, edistävän tiedonsaantia ja parantavan saatavilla olevan tiedon käsittelyä. Perimmäisenä päämääränä on siis kehittää Euroopan unionille terveystietojärjestelmä, joka on eurooppalaisten asiantuntijoiden ja suuren yleisön käytettävissä.

## **EU:n terveystieteen painopisteet - terveyteen vaikuttavat tekijät**

Seitsemän riskitekijää, jotka kaikki ovat tarttumattomia tauteja, ovat vastuussa suurimmasta osasta sairauksia maailman terveystieteen WHO:n Euroopan alueella. Ne ovat: korkea verenpaine, tupakointi, alkoholin haitallinen ja vaarallinen käyttö, korkea kolesteroli, ylipaino, vähäinen vihannesten ja hedelmien kulutus ja liikunnan puute. Tarttumattomat taudit ovat suurelta osin ehkäistävissä. Jopa 80% sepelvaltimotaudeista ja jopa 90% aikuisiän diabeteksestä voitaisiin välttää muuttamalla elintapoja. Esimerkiksi terveellinen ruoka, normaalipainon ylläpitäminen ja liikunta voivat vähentää syöpään sairastumisen riskiä kolmanneksella. Seuraavat terveyteen vaikuttavat tekijät ovat tärkeimpiä. EU:n toimielinten konkreettiset toimet näillä alueilla on kuvattu tarkemmin teoksessa.

Ravinto ja liikunta - ruokavalion, elintapojen ja terveyden välinen yhteys on tieteellisesti todistettu, erityisesti mitä tulee ruokavalion ja elintapojen merkitykseen kroonisiin tarttumattomiin tauteihin, kuten lihavuuteen, sydän- ja verisuonitauteihin, syöpään, aikuisiän diabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen ja osteoporoosiin vaikuttavina tekijöinä<sup>21</sup>. Euroopan komissio on ryhtynyt useisiin toimiin vastatakseen näihin kansanterveyttä koskeviin haasteisiin;

- Neuvosto on hyväksynyt päätelmiä; näistä esimerkkeinä terveet elintavat vuodelta 2003, sydänterveyden edistäminen vuodelta 2004 ja diabetesta koskeva päätelmä vuodelta 2006.
- Vuonna 2003 perustettiin Euroopan ravitsemus- ja liikuntaverkko, joka koostuu jäsenmaiden nimeämistä asiantuntijoista.

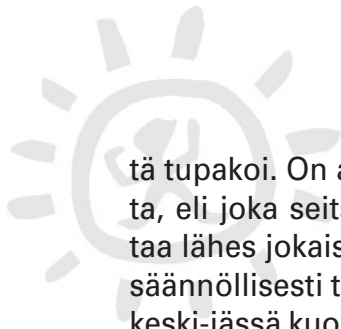


- Kattava ja yhtenäinen yhteisön strategia koskien ravintoa, liikuntaa ja lihavuutta valmistuneeseen kesäkuuhun 2007 mennessä. Se perustuu kuulemisiin vihreästä kirjasta "Terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistäminen: eurooppalainen ulottuvuus ylipainoisuuden, lihavuuden ja kroonisten sairauksien ehkäisemisessä". Sen odotetaan laajentavan ravinnon ja liikunnan osaksi kaikkia asiaankuuluvia politiikkoja paikallisella, alueellisella, kansallisella ja eurooppalaisella tasolla, sekä käsittelevän tarvittavien tukiympäristöjen luomista.
- Komission yksiköt ovat kokeiluluontoisesti käynnistäneet foorumin "Ruokavalio, liikunta ja terveys – Euroopan toimintafoorumi", joka perustuu "lihavuutta koskevista pyöreän pöydän keskusteluista" saatuihin kokemuksiin. Eurooppalaiset toimijat (vähittäiskauppiat, ruoanjalostusteollisuus, ateriapalvelualan ja mainosalan yritykset, kuluttaja- ja terveysasioita hoitavat kansalaisjärjestöt, terveydenhoitoala) ovat kokoontuneet säännöllisesti vuodesta 2005 lähtien. Heidän tarkoituksenaan on ollut tunnistaa ja sopia käytännön toimista, joilla voitaisiin pysäyttää tai jopa kääntää laskuun nykyinen lihavuuden lisääntyminen.
- Tärkeä päämäärä on myös varmistaa, että potentiaaliset yhteistyökumppanit tuntevat kaikki lihavuutta koskevat aloitteet, sekä luoda johdonmukaisempaa politiikkaa ja toimia.
- Myös elintarviketurvallisuus on EU:n ensisijainen tavoite. Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaisen (EFSA) perustettiin vuonna 1996 vastamaan elintarviketarjonnan terveysuhkiin ja Euroopan komissio on laajentanut sen toimivaltuudet myös ravintoon.

**Alkoholi** – Alkoholin nauttiminen lisää yli 60 eri taudin ja sairauden todennäköisyyttä. Alkoholin haitallinen yhteiskunnallinen vaikutus on myös merkittävä ja vaihtelee yleisistä häiriöistä kotiväkivaltaan. Alkoholi lisää tulipaloja, hukkumisia ja liikenneonnettomuuksia, lasten hyväksikäyttöä, rikollisuutta ja henkirikosten määrää. 55 miljoonan aikuisen arvioidaan käyttävän EU:ssa vahingollisia määriä alkoholia. Heistä 23 miljoonan katsotaan olevan riippuvaisia alkoholista.

Euroopan unionissa on jo hyväksytty direktiivejä koskien alkoholin verotusta, suositusta koskien nuorien alkoholinkäyttö (2001) ja televisio ilman rajoja -direktiiviä (Direktiivi 89/552/ETY), joka ennakoiki rajoituksia alkoholin mainontaan. Lokakuussa 2006 Euroopan komissio hyväksyi kattavan alkoholistrategian, jolla tuetaan jäsenmaita niiden pyrkimyksissä vähentää alkoholin haittoja Euroopassa<sup>22</sup>. Euroopan komissio perustaa kesäkuuhun 2007 mennessä alkoholia ja terveyttä käsittelevän foorumin, joka saattaa yhteen asiantuntijoita eri sidosryhmäorganisaatioista, mukaan luettuna kansalaisjärjestöt, juomateollisuus ja vähittäiskauppiat. Myös jäsenmaiden ja muiden EU:n toimielinten edustajat tapaavat erillisessä neuvonantavassa komiteassa. Foorumin pääasiallinen tavoite on tukea, tarjota palautetta ja valvoa tiedonannossa esitetyn strategian toimeenpanoa.

**Tupakka** – Tupakoinnin vähentäminen on ollut terveydenhuollon ammattilaisten, poliitikkojen, kansalaisjärjestöjen, jäsenmaiden ja Euroopan komission asialistalla jo vuosia. Tästä huolimatta edelleen arviolta kolmannes Euroopan aikuisväestös-



tä tupakoi. On arvioitu, että tupakka tappaa vuosittain noin 650 000 eurooppalaista, eli joka seitsemäs kuolema EU:ssa aiheutuu tupakasta. Tupakointi vahingoittaa lähes jokaista ihmiskehon elintä ja aiheuttaa monia sairauksia. Puolet kaikista säännöllisesti tupakoivista menehtyy tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin. Heistä keski-ikässä kuolevien eliniän odote on keskimäärin 22 vuotta tavallista lyhyempi ja suuren osan tästä lyhenneestä elinajasta he sairastelevat. Yli 13 miljoonaa muuta ihmistä kärsii tupakoinnin aiheuttamista vakavista kroonisista sairauksista. Tämän lisäksi passiivinen tupakointi tappaa Euroopan unionin 25 jäsenmaassa vuosittain yli 79 000 aikuista<sup>23</sup> EU:ssa tupakoinnin vähentämiseen tähänneet pyrkimykset ovat sisältäneet seuraavia suosituksia ja säädöksiä:

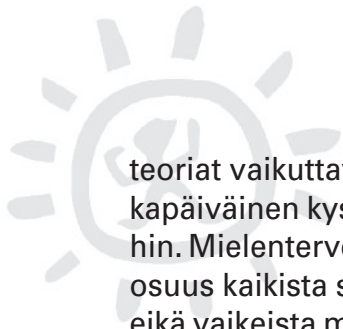
- Julkiset tilat ja työpaikat - Vuonna 1989 EU hyväksyi päätöslauselman, joka kielsi tupakoinnin julkisilla paikoilla ja kaikissa julkisissa kulkuvälineissä.
- Tupakkatuotedirektiivi - Vuonna 2001 tuli voimaan direktiivi tupakkatuotteista.
- Euroopan unionin direktiivi tupakkatuotteiden mainonnasta - Vuonna 2003 säädettiin tupakkatuotteiden mainonnan kieltävä direktiivi; kiello kattaa kansalliset rajat ylittävän mainonnan ja urheilusponsoroinnin.
- Tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus – Vuonna 2004 Euroopan neuvosto hyväksyi Maailman terveysjärjestön tupakoinnin torjuntaa koskevan puitesopimuksen<sup>24</sup>.
- Terveysvaroitusten kokoa lisättiin kattamaan vähintään 30% tupakkatuotteiden pakkauksien etuosasta ja 40% niiden takaosasta.
- Verotus - Useimmissa jäsenmaissa tupakkatuotteiden vero on hyvin korkea.

Euroopan komissio on keväällä 2007 käynnistänyt vihreällä kirjallaan ”Tavoitteena savuton Eurooppa: EU:n toimintavaihtoehdot” julkisen kuulemismenettelyn koskien parasta tapaa edistää savuttomia ympäristöjä<sup>25</sup>.

**Huumeet** – huumeiden käyttö on yleisempää kuin koskaan erityisesti nuorten keskuudessa. EU:ssa on tällä hetkellä jopa kaksi miljoonaa huumeongelmaista<sup>26</sup>. Kansallisessa huumeita koskevassa lainsäädännössä painotetaan yhä enenevässä määrin eroa omaan käyttöön tarkoitettujen huumeiden hallussapidon ja huumeiden salakuljetuksen ja myynnin välillä. Jälkimmäisten tapausten osalta rangaistukset ovat yleisesti kovenneet. Tämä on yhdenmukaista sen laajemman suuntauksen kanssa, jossa kautta Euroopan yritetään helpottaa huumeongelmaisten pääsyä hoitoon ja kiinnitetään enemmän huomiota toimiin, joilla huumeongelmaisia ohjataan oikeusjärjestelmän piiristä kohti hoitoa ja kuntoutusta.

Komissio pitää **laittomien huumeiden käyttöä**, sekä tietyssä määrin myös lääkkeiden väärinkäyttöä, merkittävänä kansanterveydellisenä ongelmana. Toimissa on keskitytty ennaltaehkäisyyn koulutuksen ja tiedotuksen keinoin, sekä riskien ja haittojen vähentämiseen ja hoitoon. EU:n huumausainestrategioiden (2005-2012) ja toimintasuunnitelmien (2005-2008) avulla on kehitetty eurooppalaista lähestymistapaa unionin huumeongelmiin vastaamiseksi. Tähän malliin sisältyy tasapainon löytäminen yhtäältä ennaltaehkäisyyn, koulutuksen ja hoidon ja toisaalta huumeiden valmistuksen ja salakuljetuksen vastaisten toimien välillä.

**Mielenterveys** – Maailman terveysjärjestön mukaan ei ole olemassa yhtä virallista mielenterveyden määritelmää. Kulttuurierot ja keskenään kilpailevat tieteelliset



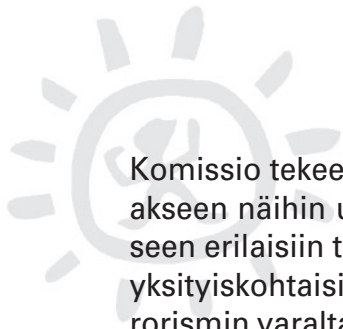
teoriat vaikuttavat siihen, miten mielenterveys määritellään. Mielenterveys on jokapäiväinen kysymys, joka vaikuttaa yksilöihin, perheisiin, kouluihin ja työpaikkoihin. Mielenterveys on Euroopalle kriittinen kysymys, sillä mielenterveysongelmien osuus kaikista sairauksista on lähes 20%<sup>27</sup>. Hoito on kuitenkin usein riittämätöntä, eikä vaikeista mielenterveysongelmista kärsivillekään ole tarjolla tarvittavaa apua. Vuonna 2005 Euroopan terveysministerit sitoutuivat ensimmäistä kertaa sisältämään mielenterveyttä koskevat toimet osaksi kansanterveyspolitiikkaa<sup>28</sup>. Vuonna 2006 Euroopan komissio käynnisti vihreään kirjaan ”väestön mielenterveyden edistäminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia”<sup>29</sup> perustuvan avoimen kuulemismenettelyn. Vastauksia tuli suuri määrä (237)<sup>30</sup>. Komission yksiköt ovat nyt laatimassa tiedonantoa mielenterveyttä koskevasta strategiasta. Se on tarkoitus hyväksyä keväällä 2007.

**Henkilövahinkojen ehkäisy** – henkilövahingot ovat merkittävä kuolemantapauksien ja vammautumisten aiheuttaja Euroopassa<sup>31</sup>. Kuoleman ja vakavan loukkaantumisen riski on erityisen suuri niinkin erilaisissa paikoissa kuin kotona ja lomajän tieliikenteessä, työpaikalla, sekä kulutustuotteiden ja kuluttajapalveluiden parissa. Tahattomien ja tahallisten vammojen arvellaan olevan tärkein kroonisen vajaakuntoisuuden aiheuttaja lapsilla, nuorilla ja alle 45-vuotiailla aikuisilla, ja ne vähentävät tuntuvasti terveiden elinvuosien ja tuottavien työvuosien määrää. Vammat ovat merkittävä kuolemien ja vajaakuntoisuuden aiheuttaja myös yli 65-vuotiailla, joiden terveyttä ne heikentävät usein kohtalokkain seurauksin.

Euroopan komissio on toteuttanut useita aloitteita toimien käynnistämiseksi, ja voidakseen vähentää tahallisten ja tahattomien kuolemantapauksien ja henkilövahinkojen määrää yhteistyössä monien pääosastojen kanssa koskien liikennettä, työpaikkoja, mielenterveyttä, väkivaltaa, alkoholia ja lasten terveyttä. Vuosien 1999 ja 2002 välillä on toteutettu yli 80 projektia erityisesti henkilövahinkojen vähentämiseksi<sup>32</sup>. Edelleen on kuitenkin tarvetta tehokkaammille toimille, erityisesti ottamalla käyttöön hyviä käytänteitä, jotka todistetusti vähentävät vammautumisia. Euroopan komissio on kesäkuussa 2006 hyväksynyt komission tiedonannon toimista turvallisemman Euroopan hyväksi<sup>33</sup> ja ehdotuksen neuvoston suositukseksi vammojen ehkäisystä ja turvallisuuden edistämisestä, joka hyväksyttäneen toukokuussa 2007<sup>34</sup>.

## **EU:n terveyspolitiikan painopisteet – tartuntataudit**

Tartuntataudit, kuten HIV/AIDS, tuberkuloosi, tuhkarokko ja influenssa, ovat vakava uhka ihmisten terveydelle ja aiheuttavat noin kolmanneksen kaikista kuolemista maailmassa. Tartuntataudit eivät kunnioita kansallisia rajoja ja voivat levitä erityisen nopeasti tämän päivän verkottuneessa maailmassa. Lisäksi ilmestyy uusia tauteja ja eräät muut taudit kehittävät lääkkeille vastustuskykyisiä muotoja, kuten esimerkiksi lääkkeille resistentti tuberkuloosi ja metisilliiniresistentti *staphylococcus aureus*.



Komissio tekee tällä alalla kiinteästi yhteistyötä jäsenmaiden kanssa valmistautukseen näihin uuhiin. Komissio on laatinut yleisiä valmiussuunnitelmia vastatakseen erilaisiin terveysuhkiin. Niin kansallisella kuin yhteisön tasollakin on laadittu yksityiskohtaisia suunnitelmia influenssapandemian, SARS:in, isorokon ja bioterrorismin varalta. Tautien ehkäisyn ja valvonnan eurooppalainen keskus (ECDC) on vastuussa asiantuntija-avun ja riskianalyyysien tarjoamisesta koskien varhaisvaroitus- ja reagointijärjestelmän (EWRS) kautta saatuja viestejä<sup>35</sup>.

Teoksessa on omassa kappaleessaan enemmän tietoa tästä aiheesta.

## **EU:n terveystalitiikan painopisteet – lääkkeet ja hoitomuodot**

Kaikissa EU:n jäsenmaissa on kehitetty koko tämän vuosisadan ajan, ja erityisesti 1960-luvulta lähtien, lääkkeitä koskevaa kattavaa säännöstöä. Kansallisten määräysten lisääntyvä monimutkaisuus ja vertailtavuuden puute on johtanut yrityksiin sovittaa säännösjärjestelmiä yhteen EU-tasolla. Kaikkien Euroopassa markkinoilla olevien lääkkeiden on vastattava EU:n lainsäädännössä määritellyjä turvallisuus-, laatu- ja tehokkuusstandardeja (näitä on kuvailtu tarkemmin teoksessa).

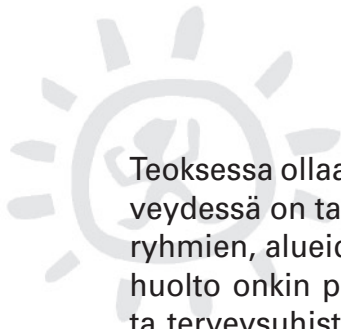
Vaihtoehtolääkkeitä koskevissa valvontatavoissa ja valvonnan laajuudessa on kuitenkin suuria eroja eri jäsenmaiden välillä. Vuonna 1992 EU ryhtyi toimiin tällä alalla hyväksymällä direktiivin 92/73/ETY<sup>36</sup> homeopaattisista lääkkeistä, sekä muita teoksessa kuvailtuja toimia.

Euroopan unioni on sitoutunut varmistamaan lääkealan korkean laadun, turvallisuuden ja innovaation. Lääkkeiden ja hoidon osalta päätavoitteena on turvata lääkkeiden edullinen saatavuus, varmistaa lääkkeiden turvallisuus ja tehokkuus, ja taata kansalaisille mahdollisuus tehdä tietoon perustuvia valintoja. Tämän vastapainoksi on tuettava lääketeollisuuden kilpailukykyä.

Kesäkuussa 2005 yritystoiminnan ja teollisuuden pääosasto ja terveyden ja kuluttajasuojan pääosasto perustivat korkean tason lääkefoorumin täyttämään nämä tarpeet<sup>37</sup>. Foorumi kokoaa yhteen jäsenmaiden, lääketeollisuuden, kansanterveyttä käsittelevien etujärjestöjen ja potilaiden etujärjestöjen edustajia vapaaehtoisen yhteistyön merkeissä, ja pyrkii tasapainottamaan kansallisia ja eurooppalaisia ratkaisuja.

## **Päätelmät**

Terveys on olennainen yhteiskunnallisen ja taloudellisen kehityksen voimavara. Inhimillisen kehityksen korkea taso on johtanut siihen, että ihmiset elävät ja pysyvät myös terveinä pidempään. Terve väestö vähentää terveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestelmiin kohdistuvaa painetta. Terve työvoima on talouskasvun ja vaurauden edellytys. Tämä on erityisen totta tämän päivän Euroopassa, jossa väestö ikääntyy voimakkaasti.



Teoksessa ollaan tietoisia siitä, että viimeisten vuosikymmenten aikana kansanterveydessä on tapahtunut merkittävää kehitystä, mutta huomautetaan, että väestöryhmien, alueiden ja valtioiden välillä on edelleen suuria eroja. Vaikka terveydenhuolto onkin pääasiassa kansallinen vastuualue, monia kaikkein vaarallisimmista terveysuhista ei voida ratkaista kansallisella kansanterveyspolitiikalla, eivätkä maantieteelliset rajat estä niiden leviämistä. EU:n koordinoimat kansanterveyttä koskevat toimet ovat yhä tärkeämpiä.

Kansalaisyhteiskunnan rooli on ollut yhä merkittävämpi terveydenhuollon tuloksien muokkaamisessa ja tuottamisessa paikallisella, alueellisella, kansallisella ja eurooppalaisella tasolla. Kansalaisyhteiskunnalla on myös tulevaisuudessa merkittävä osuus toimissa, jotka tuottavat lisäarvoa ja täydentävät EU:n ja sen jäsenmaiden työtä kansalaisten terveyden ja turvallisuuden puolesta.

EU on edistänyt merkittävästi kansalaisyhteiskunnan sisäistä vuoropuhelua ja avannut sen monille eri maista ja toimialoilta tuleville sidosryhmille. Kuitenkin tarvitaan vielä paljon työtä erityisesti kansalaisyhteiskunnan päätöksentekoon osallistumista koskevien valmiuksien lisäämiseksi.

Written by Mariann Skar  
Edited by Lara Garrido Herrero  
Translated by Paul Janssens Ltd



## Viitteet

1. Lisätietoa riskeistä: The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy life, Maailman terveysjärjestö WHO 2002
2. Winslow 1920, s. 23 teoksessa Baggott, Rob: Public Health Policy and Politics, Palgrave Macmillan 2000
3. Ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen 25 artikla – hyväksytty ja esitetty 10 joulukuuta 1948 annetussa yleiskokouksen päätöslauselmassa 217 A (111)
4. Key data on health, Eurostat 2005
5. Kjaesrud ja Siddel, Euroopan komissio 2006
6. "Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases" – Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. 2003
7. Statistics in focus – Population and social conditions Theme 3 – 2/2004
8. Statistics in focus – Population and social conditions Theme 3 -2/2004
9. Komission tiedonanto - työn laadun parantaminen: katsaus viimeaikaiseen edistykseen KOM (2003) 26.11.2003 728 lopullinen
10. The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy life, Maailman terveysjärjestö
11. Amsterdamin sopimuksen 152 artikla – EU:n kansanterveyttä koskeva toimivalta perustuu vuoden 1993 Maastrichtin sopimuksen Euroopan unionista 129 artiklaan ja vuoden 1999 Amsterdamin sopimuksen 152 artiklaan.
12. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm)
13. Katso lisätietoja: Public health aspects of EU Common Agricultural Policy – developments and recommendations for change in four sectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco, Liselotte Schafer Elinder, Kansanterveyslaitos, Ruotsi, 2003
14. Euroopan ympäristökeskus ja WHO
15. Katso lisätietoja osoitteesta [http://ec.europa.eu/research/era/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html)
16. [http://europa.eu.int/comm/research/future/index\\_en.cfm](http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm)
17. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/future\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm)
18. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/specific-sectors\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm)
19. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/general-system\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm)
20. Asiat C-158/96, Kohll, Kok 1998, s. I-1931 ja C-120/95, Decker, Kok 1998, s. I-1831
21. "Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases" – Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. 2003
22. Komission tiedonanto Neuvostolle, Euroopan parlamentille, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle sekä alueiden komitealle - EU:n strategia jäsenvaltioiden tukemiseksi alkoholiin liittyvien haittojen vähentämisessä 24.10.2006 KOM (2006) 625 lopullinen
23. Vihreä kirja - Tavoitteena savuton Eurooppa: EU:n toimintavaihtoehdot. KOM (2007)
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
25. [http://www.ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/keydo\\_tobacco\\_en.htm](http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm)
26. Vuosiraportti Euroopan unionin huumeongelmasta 2006, Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. <http://annual-report.emcdda.europa.eu>
27. Vihreä kirja - väestön mielenterveyden edistäminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Euroopan komissio 2006
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_health\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm)
30. Vastauksista vihreään kirjaan - väestön mielenterveyden edistäminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Euroopan komissio 19.12.2006
31. Katso lisätietoja osoitteesta [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/environment/IPP/ipp\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm)
32. Katso lisätietoja osoitteesta [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/injury\\_project\\_full\\_listing\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm)
33. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille ja neuvostolle - Toimet entistä turvallisemman Euroopan hyväksi KOM(2006) 328 lopullinen
34. Ehdotus neuvoston suositukseksi vammojen ehkäisystä ja turvallisuuden edistämisestä KOM(2006) 329 lopullinen
35. Komission päätös, tehty 19 päivänä maaliskuuta 2002, tapausmäärittelyjen vahvistamisesta tartuntatautien ilmoittamiseksi yhteisön verkostolle Euroopan parlamentin ja neuvoston päätöksen N:o 2119/98/EY mukaisesti, 2002/253/EY
36. Neuvoston direktiivi 92/73/ETY, annettu 22 päivänä syyskuuta 1992, lääkkeitä koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten lähentämisestä annettujen direktiivien 65/65/ETY ja 75/319/ETY soveltamisalan laajentamisesta ja homeopaattisia lääkkeitä koskevista lisäsäännöksistä, EYVL L 297/8 (1992)
37. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/other\\_policies/pharma\\_forum\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm)  
[http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp\\_pf\\_en.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm)