

Sissejuhatus

Käesolev tekst on raamatu „Rahvatervis ja EL: ülevaade” kommenteeritud kokkuvõte.

Nimetatud väljaande terviktekst on hetkel kättesaadav üksnes inglise keeles ja selle saab tasuta alla laadida Euroopa Rahvatervise Liidu veebilehelt (<http://www.eph.org/>). Käesolev kommenteeritud kokkuvõte avaldatakse aga kõikides ELi keeltes ning antakse Euroopa Komisjoni ja erafondide toetusel välja ka trükitud kujul.

„Rahvatervis ja EL: ülevaade” ilmus esimest korda 1995. aastal ning see sisaldas EPHA koostatud poliitikaülevaateid. Kümme aastat hiljem on meil hea meel esitleda uuendatud versiooni, mis kajastab uusimaid arenguid ELi poliitikas (Euroopa põhiseaduse lepingu eelnõu) ning käsitleb rahvatervise programmi ja ELi laienemise mõju tervishoiupoliitikale.

EPHA missioon on edendada ja kaitsta kõikide eurooplaste tervist ja toetada kodanike ulatuslikumat osalust tervishoiupoliitika kujundamises Euroopa tasandil. EPHA avaldas kõnealuse raamatu, et anda sissejuhatav ülevaade Euroopa Liidu mitmesugustest rahvatervist mõjutavatest tegevustest. Väljaande eesmärk on teavitada kohalikke, riiklikke ja Euroopa organisatsioone võimalustest ja probleemidest, millega EL rahvatervise osas silmitsi seisab. Meie arvates on see eeldus kodanikuühiskonna pühendumuse tugevdamiseks ja osaluse suurendamiseks poliitikakujundamises. Mis veelgi tähtsam – see toob esile valitsusväliste organisatsioonide üliolulise rolli kodanike ja otsusetegijate vahelise lõhe ületamises ja väljakujunenud huvide tasakaalustamises.

Ülevaade käsitleb ELi praegusi tegevusi (2007. aasta seisuga) järgmistes valdkondades:

- tervislik seisund Euroopa Liidus, võttes seejuures arvesse laienemise mõju;
- ELi tasandil kättesaadavad põhivahendid rahvatervise probleemide käsitlemiseks;
- ELi teiste poliitikavaldkondade (siseturg, põllumajandus, keskkond, teadusuuringud, tööhutus ja -tervishoid jm) mõju rahvatervisele;
- patsientide liikuvuse ja tervishoiuarengute vaheline seos ja viis, kuidas see võib parandada koostööd ja kooskõlastatust ELis;
- terviseandmete vahetamine ja hea tava arendamine;
- tervist mõjutavate tegurite tähtsus – toitumine, füüsiline aktiivsus, alkohol, tubakas, uimastid, vaimne tervis ja vigastused;
- nakkushaiguste mõju ELi tegevuskavale ja see, kuidas hiljutised terviseohud, nagu SARS ja linnugripp, on kaasa toonud vajaduse ELi tasandi tegevuse järele;
- ravimite ja arstimate tähtsus Euroopa kodanike ja majanduse jaoks ning see, kuidas kulude, konkurentsi ja ohutuse kaalutlused mõjutavad rahvatervise üldpoliitikat.



Rahvatervis

Väljaanne sisaldab lühikest sissejuhatust rahvatervise eri kontseptsioonidesse, selgitades lühidalt rahvatervise liikumise algeid ja põhilisi saavutusi.

Inimesed puutuvad igal pool ja igal eluhetkel kokku lausa lõputu hulga terviseriskidega, olgu nendeks siis nakkus- või mittenakkuslikud haigused, vigastused, tarbekaubad, vägivald või looduskatastroofid. Ükski risk ei teki iseenesest – paljude riskide juured peituvad ammustesse aegadesse ulatuvates keerulistes sündmustejadades.¹ Rahvatervis tähendab oma olemuselt tervisliku ühiskonna jaoks vajalike tingimuste loomist.

Rahvatervist võib seetõttu nimetada rahvastiku tervise objektiivseks ja mõõdetavaks näitajaks, üksikliikmete eeldatavaks elueaks ja ulatuseks, mil määral ollakse haigustest puutumata. See on aga üpris kitsas määratlus. Rahvatervist on mõjutanud vaktsineerimine ja kvaliteetsem söeluuring, kuid veelgi enam teiste valdkondade poliitika, nagu parem elamumajandus, puhas vesi, sanitaarsüsteemid, ohutu toit, haridus jm.

Rahvatervise laiem määratlus kajastub Winslow' klassikalises definitsioonis aastast 1920:

Rahvatervis on teadus ja kunst haiguste ennetamiseks, eluea pikendamiseks, vaimse ja füüsilise tervise edendamiseks ja tugevdamiseks ühiskonna organiseeritud jõupingutuste kaudu, mis on suunatud keskkonna saneerimisele, nakkushaiguste kontrollimisele, inimeste harimisele isikliku hügieeni vallas, meditsiini- ja põetusteenuste organiseerimisele haiguste varajaseks diagnoosimiseks ja profülaktikaks, ühiskondliku mehhanismi väljatöötamisele, mis kindlustaks igaühele tervise säilitamiseks piisava elustandardi²

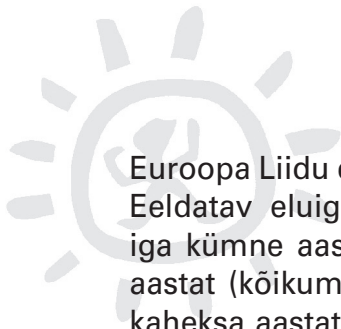
See definitsioon toob esile tähtsad teemad, nagu haiguste ennetamine ja keskendumine üldisele elustandardile ja -kvaliteedile, mis on tänapäevase rahvatervise poliitika ja ka ELi tasandil vastu võetud lähenemise põhiaspektid.

Lisaks on tervis inimõigus – see on sätestatud inimõiguste ülddeklaratsioonis³.

Rahvatervis tähendab enam kui vaid üldist arstiabi. Selleks et parandada ja edendada kodanike tervist ja heaolu, peaks iga valitsus asetama rahvatervise oma tegevuses keskele kohale, selle asemel et investeerida üksnes üldisesse arstiabisse.

Tervislik seisund Euroopas

Raamatu „Rahvatervis ja EL: ülevaade“ järgmine peatükk käsitleb Euroopa rahvastiku tervislikku seisundit.



Euroopa Liidu elanike eluiga on pikem ja tervis üldiselt parem kui kunagi varem⁴. Eeldatav eluiga on Lääne-Euroopas alates 1950. aastatest pidevalt tõusnud, iga kümne aastaga umbes 2,5 aastat. EL25s on meeste eeldatav eluiga 66–78 aastat (kõikumine 12 aastat) ja naiste eeldatav eluiga 76–84 aastat (kõikumine kaheksa aastat). Eeldatav tervena elatud eluiga erineb liikmesriigiti aga rohkem kui eeldatav eluiga ning jääb naiste puhul vahemikku 57–75 aastat (kõikumine 18 aastat) ja meeste puhul 54–71 aastat (kõikumine 17 aastat)⁵.

Enamik prognoose ennustab tervise paranemise jätkumist. Eeldatava eluea tõusu peatumise riski suurendavad aga elustiiliga seotud haigused. Sellised riskitegurid nagu suitsetamine, ülekaalulisus, vähene füüsiline tegevus, suur alkoholarbimine, vigastused ja õnnetused põhjustavad enneaegset surma ja kroonilisi haigusi. Dieet, elustiil ja tervis on omavahel paratamatult seotud⁶. Mittenakkuslikud haigused moodustavad ELi kogu haiguskoormusest üle 87%⁷, sellest 27% on vaimse tervise häired. 1999. aastal oli Soomes üle 40% ja Portugalis 25% invaliidsuspensionidest tingitud vaimsetest häiretest. Kõige levinum surmapõhjus on ELis praegu südameveresoonehaigused⁸. Need põhjustavad 40% surmajuhtumitest nii naiste kui ka meeste seas ning on levinumaid terviseprobleemide põhjustajaid Euroopas. Ülekaalulisuse ja II tüüpi diabeedi suundumused tekitavad muret, mitte ainult sellepärast, et need mõjutavad järjest suuremat osa elanikkonnast, vaid kuna need on hakanud ilmema noorematel inimestel. Euroopa Liidus kaotati 2000. aastal kokku 158 miljonit tööpäeva, mis teeb keskmiselt 20 päeva õnnetuse kohta⁹. Lisaks võivad nakkushaigused ja pandeemiad suure liikuvuse tõttu levida riigist riiki kiiremini kui kunagi varem.

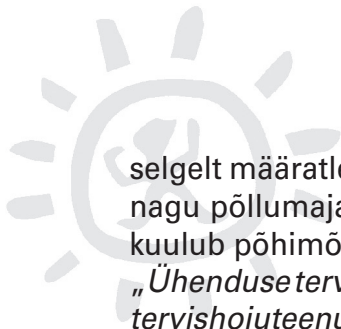
Õnneks on peamised enneaegse surma põhjused suures osas välditavad, kuna tähtsamad nende riskiteguritest on seotud eluviisiga, mida saab mõjutada laialdaselt tuntud ja teostatavate rahvatervise sekkumistegevuste tõhusa kasutamise abil. Suurem osa riske aga puudutab vaeseid inimesi¹⁰.

Eespool esitatud lühiülevaade, mis on pikemalt lahti kirjutatud väljaande terviktekstis, näitab, et Euroopas esineb palju kontraste. Täheldatav on rahvatervise märkimisväärne paranemine viimaste aastakümnete jooksul, mis tõstab olulisel määral suure osa elanikkonna elukvaliteeti. Samas on endiselt suuri erinevusi nii riikide vahel kui ka riigisiselt. Tõhusa rahvatervise poliitikaga oleks võimalik väga palju saavutada.

Euroopa iseseisva tervishoiupoliitika kujunemine

Raamatu „Tervishoid Euroopa Liidus: ülevaade“ uues versioonis tunnistatakse, et terviseküsimused muutuvad Euroopa poliitilisel maastikul järjest olulisemaks.

Euroopa ühenduse asutamislepingu artiklis 152 on kirjas, et „kogu ühenduse poliitika ja meetmete määratlemisel ja rakendamisel tagatakse inimeste tervise kõrgetasemeline kaitse“. Praeguseks pole tervishoid mitte üksnes eraldiseisev ja



selgelt määratletud poliitika, vaid on tähtis aspekt ka teistes poliitikavaldkondades, nagu põllumajandus, keskkond, tööhõive, konkurents, tarbijakaitse jm. Tervishoid kuulub põhimõtteliselt aga endiselt siiski rohkem liikmesriikide kui ELi pädevusse: „Ühenduse tervishoiu meetmed võtavad täiel määral arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ning kättesaadavaks muutmisel.”¹¹ Kuna aga piiriülesed terviseohud muutuvad pidevalt laienevas Euroopa Liidus üha tõsisemaks, mängib ka EL üha suuremat rolli kõiki liidu kodanikke hõlmavate terviselahenduste edendamises ja kooskõlastamises, keskendudes haiguste ennetamisele, üldisele valmisolekule ja kiirele reageerimisvõimele võimalike ohtude ilmnemisel. Nagu mistahes muus poliitikavaldkonnas, järgitakse ka Euroopa rahvatervisealase poliitika väljatöötamisel põhimõtet, et ülesanded jaguneksid Euroopa Liidu Nõukogu, Euroopa Parlamendi ja Euroopa Komisjoni vahel.

Alljärgnevalt on esitatud kokkuvõtte vastutuse ja mõju jagunemisest Euroopa institutsioonide vahel, nagu seda on kirjeldatud väljaande terviktekstis:

Euroopa Liidu Nõukogu on ELi peamine otsuseid tegev organ. See esindab ELi liikmesriike ja sestap kuulub nõukogusse iga liikmesriigi valitsusest üks esindaja. Nõukogu õigusaktid võivad olla õiguslikult siduvad määrused, direktiivid, vabatahtlike ühismeetmete ettepanekud, ühised seisukohad, soovitusel, järeldused või arvamused.

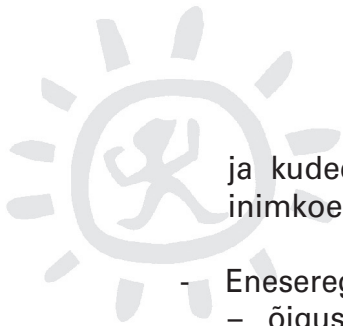
Euroopa Parlament on organ, kes esindab otseselt liikmesriikide kodanikke. Parlament väljendab liidu kodanike demokraatlikku tahet ja esindab kodanike huve aruteludes teiste ELi institutsioonidega. Euroopa Parlamendil on kolm põhilist pädevust: seadusandlik, eelarve- ja järelevalvepädevus.

Euroopa Komisjon on poliitiliselt sõltumatu institutsioon, kes esindab ja kaitseb ELi kui terviku huve. Komisjon on ELi institutsionaalse süsteemi keskne jõud, tal on õigus teha ettepanekuid nõukogule ja parlamendile.

Rahvatervise valdkonnas avaldub kirjeldatud struktuur järgmises korralduses: 1999. aastal asutati Euroopa Komisjoni tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraat (DG SANCO), mille peakontor asub Brüsselis. Rahvatervise direktoraat on aga jaotatud Brüsseli ja Luksemburgi vahel. Direktoraadis töötab umbes 700 töötajat, kellest 120 vastutavad rahvatervise eest.

Teised peadirektoraadid käsitlevad tervishoiuküsimusi oma pädevusala piires (täpne kirjeldus on esitatud väljaande terviktekstis). Tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraadi üldine eesmärk on kaitsta ja edendada koos liikmesriikide ja Euroopa Liiduga ELi kodanike tervist. Nimetatud edendamise ja kaitsmise ülesannet on tõlgendatud erinevalt; praegu kasutatakse põhiliselt järgmisi valitsemisvorme:

- Õigusloome ja reguleerimine – tervishoiualast õiguslikku pädevust tugvdati Amsterdami lepingu artikliga 152. ELil on piiratud õigus võtta vastu rahvatervise poliitika dokumente. Liikmesriigid võtavad endiselt vastu riikliku tasandi meetmeid tervishoiuteenuste korraldamise ja osutamise reguleerimiseks, kuid ELil on eriõigus võtta vastu õigusakte vere, organite



ja kudede teemal (meditsiinis kasutatava vere, vere vormelementide, inimkoe ja inimrakkude ohutus ja kvaliteet).

- Eneseregulatsioon ja vabatahtlik koostöö (avatud kooskõlastamismeetod) – õiguslikult siduvatele instrumentidele (st määrused ja direktiivid) eelistatakse järjest enam alternatiivseid regulatiivseid vahendeid, nagu asjaomaste sotsiaalsete ja majanduslike osapoolte kaasregulatsioon ja eneseregulatsioon, mis peaks eeldatavasti vähendama kulusid ja suurendama tõhusust. Kaasregulatsioon ja vabatahtlik eneseregulatsioon võivad toimuda mitmel viisil: vabatahtlikud lepingud, toimimisujuhendid, hartad, suunised, ühtlustatud standardid jms. Selline lähenemisviis, mida vahel nimetatakse avatud kooskõlastamismeetodiks, muutub Euroopa Liidus järjest domineerivamaks juhtimisviisiks. Vastupidiselt traditsioonilisele õigusloomel põhinevale lähenemisele on selle eesmärk pigem riiklike poliitikate kooskõlastamine kui ühtlustamine. See kohustab liikmesriike tegema koostööd ühiste eesmärkide nimel, võttes seejuures arvesse riikide õigust eripäradele.
- ELi rahastamismeetodid, nagu ühenduse rahvatervise alane tegevusprogramm aastateks 2003–2008¹² (eelarvega 312 miljonit eurot) ja ELi algatatud teabekampaaniad, nt „HELP: elagem tubakata“, mis toetavad õiguslikult siduvaid ja vabatahtlikke lähenemisviise.

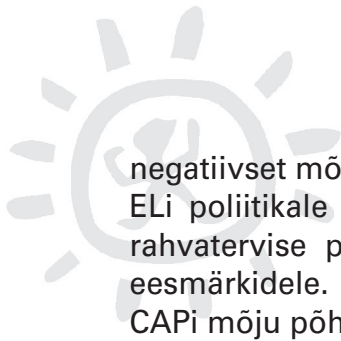
Väljaande terviktekstis märgitakse, et ELi tegevus ei tohiks kattuda liikmesriikide jõupingutustega, vaid see peaks andmalisaväärtust, keskendudes selliste tegevuste nagu üleeuropalise tervisestatistika seire, hea tava levitamine liikmesriikides ning foorumite pakkumine avalikuks dialoogiks ja teabe vahetamiseks.

Tervis teistes ELi poliitikavaldkondades

Tervist mõjutavad paljud ELi poliitikavaldkonnad, eelkõigesiseturg, põllumajandus, keskkond, teadusuuringud, tarbijakaitse, tööhutus ja -tervishoid jms. ELi pädevus tervishoiu valdkonnas on üpris piiratud, mistõttu on äärmiselt oluline kasutada elanikkonna tervise ja heaolu parandamiseks kõiki muid kättesaadavaid vahendeid teistes poliitikavaldkondades.

Järgnevalt on esitatud kokkuvõtte avalikest poliitikasuundadest, mis mõjutavad tervishoidu. Üksikasjalikuma ülevaate leiab väljaande terviktekstist.

Põllumajanduspoliitika – Maapiirkonnad moodustavad kogu ELi territooriumist 90% ja seal elab umbes 50% ELi rahvastikust. Ühine põllumajanduspoliitika (CAP) on talupidajatele makstavate toetuste süsteem, mille eesmärk on vahetada välja riiklikud toetuskavad, tagamaks, et tootmine toimuks kõikides liikmesriikides võrdsetel alustel. CAPile heidetakse ette, et see tingib toetuste ebatõhusat kasutamist, võtab ELi eelarvest 50%, avaldab negatiivset mõju rahvatervisele, kuna toetatakse tubaka kasvatamist ja alkoholi tootmist ning et selle tõttu hävitatakse igal aastal miljoneid tonne puu- ja juurvilja. Lisaks on teravalt kritiseeritud selle



negatiivset mõju arenguriikide põllumajandusele¹³. CAPI rahaline koormus kogu ELi poliitikale on senini olnud vaieldamatult väga suur ning toob esile mitu rahvatervise poliitikaga seotud dilemmat ja nende olulisuse majanduslikele eesmärkidele. Kuna elustiiliga seotud haigusi põeb üha rohkem inimesi, tuleb CAPI mõju põhjalikult hinnata.

Tervis ja keskkond – Tervis on ELi keskkonnapoliitika oluline osa. Põhilised tegevusvaldkonnad on välis- ja siseõhu saaste, müra, sisekeskkond ja elamistingimused, veepoliitika, elektromagnetväljad, kiirgusjakkokkupuudekeemiliste ainetega. Nimetatud tegurite mõju seostatakse paljude terviseprobleemidega, sealhulgas kuulmishäirete, unehäirete, stressiga, mis põhjustab kõrget vererõhku ja muid vereringehäireid, nahavähi ja muud liiki vähiga, hingamisteede haiguste ja sünnitraumadega. Keskkonna ja tervise vaheline seos on tunduvalt sügavam ja keerulisem kui tavaliselt arvatakse¹⁴.

Teadusuuringud – ELi tasandi teadusuuringutele heidetakse ette liigset piiratust, killustatust ja selge eesmärgi puudumist. Selle probleemi lahendamiseks tegi komisjon 2000. aastal ettepaneku luua Euroopa teadusruum¹⁵. ELi riikide valitsused on võtnud endale ülesandeks suurendada avaliku ja erasektori investeeringuid teadusuuringutesse, nii et 2010. aastal moodustaksid need SKPst 2000. aasta 1,9% asemel 3%. Seitsmenda teadusuuringute raamprogrammi (FP7)¹⁶ eelarvet on märkimisväärselt suurendatud ning seitsmeks aastaks on ette nähtud 73 miljardit eurot, mis jagatakse ära nelja põhiprogrammi vahel: koostöö, ideed, inimesed ja suutlikkus. Tervis on nüüd üks üheksast kõigis neljas programmis käsitletavast teemast.

Arenguabijatervis; globaalne vaatenurk – Kõikmaailmariigid ja arenguinstitutsioonid on Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni kaudu leppinud kokku kaheksas aastatuhande arengueesmärgis. Need eesmärgid hõlmavad paljusid teemasid: vähendada äärmuslikku vaesust poole võrra, peatada HIV/AIDSi levik ja tagada alghariduse kättesaadavus kõikjal maailmas. Arenguabi moodustab olulise ja nähtava osa ELi rahvatervise seotud kulutustest (EL on põhiline rahvusvaheline toetaja selles valdkonnas, andes umbes 55% kogu abist ja 65% toetustest, kuigi EL kulutab abile endiselt vähem kui ta on endale eesmärgiks seadnud). Kirjeldatud olukorda tuleb aga vaadelda lähtudes teiste poliitikavaldkondade, eriti ühise põllumajandus- ja siseturupoliitika mõjust ülemaailmsele tervisele.

Surve Euroopa tervishoiu lahenduste väljatöötamiseks – patsientide liikuvus ja tervishoiuarengud

„Rahvatervis ja EL: ülevaade“ sisaldab ka peatükki tervishoiuteenuste osutamise kohta, kuigi see on liikmesriikide kohustus. Euroopa tervishoiusüsteemid muutuvad aga mitmel põhjusel üksteisega järjest rohkem seotuks. Esiteks, igal ELi kodanikul on õigus töötada ja elada teises liikmesriigis, ilma et teda rahvuse põhjal diskrimineeritaks. Tervishoiutöötajate puhul toetavad nimetatud



üldõigust õigusaktid, mis tagavad kvalifikatsioonide vastastikuse tunnustamise. Direktiiviga 2005/36/EÜ¹⁷ on kehtestatud järgmised mehhanismid:

- koolitusnõuete ühtlustamine, mis võimaldab kutsekvalifikatsioonide automaatset tunnustamist (hõlmab arste, medõdesid, hambaarste, ämmaemandaid, veterinaararste, proviisoreid ja arhitekte)¹⁸;
- üldsüsteem, mis hõlmab kõiki teisi ameteid. See süsteem määrab kindlaks kodanike põhiõigused seoses ametialase liikuvusega ja täpsustab liikmesriikide kohustused¹⁹.

Sektoridirektiivid traditsioonilise tervishoiu töötajate kohta on olemas juba 1970ndate keskpaigast. Teiste tervishoiutöötajate (näiteks täiend- ja alternatiivravi valdkonnas) kutsekvalifikatsioonide tunnustamise süsteem on vähem läbipaistev. 2005. aasta direktiivi üks eesmärke ongi muuta kvalifikatsioonide tunnustamine lihtsamaks ja läbipaistvamaks.

Teiseks, patsiendid liiguvad riigist riiki, otsides paremat ravi. Ühenduse määruse nr 1408/71 alusel on patsientidel õigus saada ravi ka teistes liikmesriikides. Tervishoiusüsteemide korraldust on mõjutanud kaks olulist Euroopa Kohtu 1998. aasta mais vastu võetud otsust²⁰. Euroopa Kohus kinnitas, et kodanikel on õigus kasutada teise liikmesriigi tervishoiuteenuseid. Teatud tingimustel võidakse ravikulud neile isegi hüvitada. Lisaks, vastavalt määrusele 1408/72 on kodanikul, kes viibib ajutiselt teises liikmesriigis (reisimise, õppimise, töötamise või töö otsimise eesmärgil) ja vajab arstiabi, õigus saada arstiabi asjaomase riigi kindlustatud kodanikega võrdsel tingimustel. Alates 2004. aasta 1. juunist saab nimetatud õigust tõendada Euroopa ravikindlustuskaardi abil, millega asendatakse varasemad paber kandjal olevad vormid, eelkõige E11 (KOM 2004).

Kolmandaks, patsientide liikuvustoob kaasa tagajärgi tervishoiuteenuste ja arstiabi jaoks nii riigis, kus patsient on kindlustatud, kui ka riigis, kus arstiabi osutatakse. Komisjonil on kavas koostada ühenduse raamistik ohutute, kõrgekvaliteediliste ja tõhusate tervishoiuteenuste osutamiseks, tugevdades koostööd liikmesriikide vahel ja muutes ühenduse õiguse kohaldamist tervishoiuteenuste ja arstiabi suhtes selgepiiriliseks.

ELi tervishoiupoliitika eeltingimus – tervisealane teave

Tervisealast teavet on tarvis selleks, et võrrelda liikmesriike või piirkondi ning anda selle põhjal teavet ja suuniseid tervishoiupoliitika jaoks nii riiklikul kui ka Euroopa tasandil. Ajakohane ja kõrgekvaliteediline teave tervisliku seisundi kohta on rahvatervise poliitika tõhusa väljatöötamise eeltingimus.

Euroopa Komisjoni eesmärk on määrata kindlaks tervisenäitajad, mis võimaldaksid anda täpset ja võrreldavat teavet rahvastiku tervise ja tervisega seotud käitumismudelite kohta. Tervisenäitajatega seotud tööd koordineeritakse nõuandvate töörühmade kaudu, kes vastutavad eri elementide eest, millest kokku moodustub tervisesesüsteem. Töörühmad on moodustatud järgmistes



valdkondades: haigestumus ja suremus, õnnetused ja vigastused, vaimne tervis, elustiil ja muud tervist mõjutavad tegurid, tervis ja keskkond, tervishoiusüsteemid ning Euroopa Ühenduse tervisenäitajad.

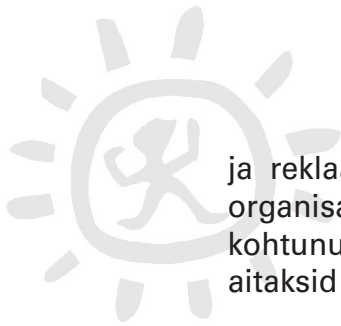
Selline tegevus peaks parandama andmete kvaliteeti ja võrreldavust, lihtsustama juurdepääsu andmetele ja parandama kättesaadavate andmete analüüsi. Lõppeesmärk on töötada välja Euroopa Liidu tervisealase teabe ja teadmiste süsteem, mis oleks täielikult kättesaadav Euroopa ekspertidele ja üldsusele.

ELi tervishoiupoliitika fookuses – tervist mõjutavad tegurid

Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regiooni haiguskoormuse põhjustavad peamiselt seitse riskitegurit, millest ükski ei ole nakkushaigus. Nendeks teguriteks on kõrge vererõhk, tubakatarbimine, kahjulik ja ohtlik alkoholitarbimine, kõrge kolesteroolitase, ülekaalulisus, vähene puu- ja juurvilja tarbimine ja vähene füüsiline aktiivsus. Mittenakkuslikud haigused on suures osas välditavad. Kuni 80% koronaartõve juhtudest ja kuni 90% II tüüpi diabeedi juhtudest on välditavad elustiili muutmise kaudu. Tervislik toitumine, normaalkaalus püsimine ja suurem füüsiline aktiivsus võivad vähendada näiteks vähktõve tekke võimalust kolmandiku võrra. Kõige tähtsamad on alljärgnevalt kirjeldatud mõjurid; ELi institutsioonide konkreetne tegevus nendes valdkondades on üksikasjalikult lahti seletatud väljaande terviktekstis.

Toitumine ja füüsiline tegevus – toitumise, elustiili ja tervise vaheline seos on teaduslikult tõestatud, eriti dieedi ja elustiili roll kroonilisi mittenakkuslikke haigusi, nagu ülekaalulisust, südame-veresoonkonna haigusi, vähki, II tüüpi diabeeti, kõrget vererõhku ja osteoporoosi põhjustavate mõjurite seas²¹. Euroopa Komisjon on astunud mitu sammu nimetatud rahvatervise probleemidega tegelemiseks:

- vastu on võetud nõukogu järeldused, nende seas 2003. aastal tervisliku eluviisi kohta, 2004. aastal südametervise edendamise kohta ja 2006. aastal diabeedi kohta;
- 2003. aastal loodi toitumise ja füüsilise aktiivsuse Euroopa võrgustik, kuhu kuuluvad liikmesriikide määratud eksperdid;
- 2007. aasta juuniks peaks valmima ühtne ja kõikehõlmav ühenduse strateegia toitumise, füüsilise aktiivsuse ja ülekaalulisuse kohta. Strateegia põhineb aruteludel roheline raamatu „Tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamine: Euroopa mõõde ülekaalulisuse, rasvumise ja krooniliste haiguste ennetamisel“ üle. Eelduste järgi peaks see sisaldama toitumise ja füüsilise aktiivsuse süvalaiendamist kõikides asjaomastes poliitikasuundades kohalikul, riiklikul ja Euroopa tasandil ning vajalike toetuskeskkondade loomist;
- eksperimendi korras käivitasid komisjoni talitused foorumi „Dieet, füüsiline aktiivsus ja tervis – Euroopa tegevusplatvorm“, mis tugineb ülekaalulisuse teemalise ümarlaua raames saadud kogemustele. Asjassepuutuvad osapooled (Euroopa tasandi jaemüüjad, toidutöötajad, toitlustustööstus



ja reklaamiäri, tarbija- ja terviseküsimumustega tegelevad valitsusvälised organisatsioonid, meditsiinitöötajad jt) on alates 2005. aastast regulaarselt kohtunud, et tuvastada ja leppida kokku konkreetsetes meetmetes, mis aitaksid peatada või isegi ümber pöörata praegust ülekaalulisuse levikut;

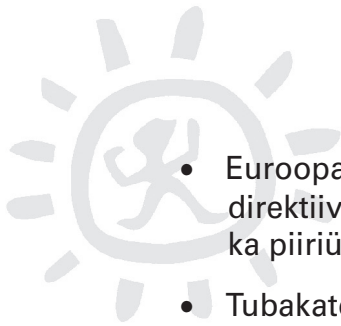
- üks olulisi eesmärke on hoolitseda ka selle eest, et võimalikud partnerid oleksid teadlikud kõikidest ülekaalulisusega seotud algatustest, mis võimaldaks neil töötada välja ühtsemat poliitikat ja tegevusi;
- ELi jaoks on prioriteet ka toiduohutus. Euroopa Toiduohutusamet loodi 1996. aastal toiduainetega kindlustatusega seotud terviseohtude käsitlemiseks ning Euroopa Komisjon laiendas ameti volitusi toitumise hõlmamiseks.

Alkohol – Alkoholitarbimine suurendab üle 60 eri haiguse ja tervishäire tekke riski. Samuti on märkimisväärne alkoholi negatiivne mõju ühiskonnale, ulatudes üldistest sotsiaalsetest pahedest koduvägivallani, suurendades tulekahjude, uppumissurmade, liiklusõnnetuste ja mõrvade esinemist, laste kuritarvitamist ja kuritegevust. Hinnanguliselt tarbib ELis alkoholi kahjulikus koguses umbes 55 miljonit täiskasvanut ning nendest 23 miljonit on tõenäoliselt sõltlased.

Siiani vastu võetud Euroopa direktiivid: alkoholi maksustamisega seotud direktiivid, soovitus noorte, eriti laste ja noorukite alkoholi tarvitamise kohta (2001), piirideta televisiooni direktiiv (direktiiv 89/552/EMÜ), mis näeb ette piiranguid alkoholi reklaamimisel; 2006. aasta oktoobris võttis Euroopa Komisjon vastu kõikehõlmava alkoholistrateegia, et toetada liikmesriike alkoholist põhjustatud kahju vähendamisel Euroopas²². 2007. aasta juuniks loob Euroopa Komisjon alkoholi ja tervise foorumi, mis toob kokku eri sihtrühmade organisatsioonide, sealhulgas valitsusväliste organisatsioonide, joogitööstuse ja jaemüüjate eksperdid. Eraldi nõuandekomitees kohtuvad ka liikmesriikide ja teiste ELi institutsioonide ja ametite esindajad. Foorumi üldeesmärk on toetada ja jälgida teatises kirjeldatud strateegia elluviimist ning anda sellesse oma panus.

Tubakas – tervishoiutöötajad, poliitikud, valitsusvälised organisatsioonid, liikmesriigid ja Euroopa Komisjon on juba aastaid tegelenud suitsetamise ärahoidmisega. Sellegipoolest suitsetab Euroopas endiselt umbes kolmandik täiskasvanud elanikkonnast. Hinnangute järgi tapab tubakas igal aastal umbes 650 000 eurooplast, mis tähendab, et ELis sureb iga seitsmes inimene tubaka tarvitamise tõttu. Suitsetamine kahjustab peaaegu kõiki inimese elundeid, põhjustades mitmesuguseid haigusi. Pooled regulaarsed suitsetajad surevad suitsetamise tagajärjel ning neilt, kes surevad keskeas, röövib suitsetamine keskmiselt 22 eluaastat, kusjuures suur osa sellest lühemast elueast kannatatakse terviseprobleemide käes. Üle 13 miljoni suitsetaja põeb suitsetamise tõttu mõnd tõsist kroonilist haigust. Lisaks tapab passiivne suitsetamine EL25s aastas üle 79 000 täiskasvanu.²³ Jõupingutused tubakatarbimise vähendamiseks ELis hõlmavad soovitusi ja õigusakte, sealhulgas:

- Avalikud kohad ja töökohad – 1989. aastal võttis EL vastu resolutsiooni, millega keelati suitsetamine kõikides avalikes kohtades ja ühistranspordis.
- Tubakatoodete reguleerimine – 2001. aastal võeti vastu tubakatoodete direktiiv.



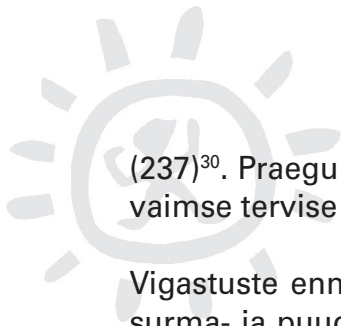
- Euroopa Liidu direktiiv tubaka reklaamimise kohta – 2003. aastal jõustus direktiiv, millega keelati tubaka reklaamimine, ning nüüd hõlmab direktiiv ka piiriülest reklaami ja spordi spondeerimist.
- Tubakatoodete tarbimise piiramist käsitlev raamkonventsioon – 2004. aastal kiitis Euroopa Liidu Nõukogu heaks MaailmaTerviseorganisatsiooni tubakatoodete tarbimise piiramist käsitleva raamkonventsiooni (FCTC)24.
- Hoiatusi tubakatoodete pakenditel suurendati vähemalt 30%-ni esikülje puhul ja 40%-ni tagakülje puhul.
- Maksustamine – tubakas on enamikus liikmesriikides maksustatud väga kõrge aktsiisiga.

Rohelise raamatuga „Suund Euroopa vabastamisele tubakasuitsust: poliitikavalikud ELi tasandil” käivitas Euroopa Komisjon 2007. aasta kevadel avaliku arutelu suitsuvaba keskkonna edendamise parimate viiside üle²⁵.

Uimastitarbimine – uimastitarbimine on rekordiliselt kõrge, eelkõige noorte seas. Praeguse seisuga on ELis kuni kaks miljonit probleemset uimastitarbijat²⁶. Riiklikud uimastiseadused rõhutavad järjest enam uimastite omamisega isiklikuks tarbeks seotud kuritegude ning uimastiäri ja -müügiga seotud kuritegude eristamist. Üldiselt karistatakse üha rangemalt viimasena nimetatud liiki kuritegusid. Selline arengusuund on kooskõlas kogu Euroopas leviva üldise lähenemisviisiga, millega rõhutatakse uimastisõltuvuse ravivõimaluste laiendamist ja pööratakse rohkem tähelepanu sekkumistele, mis suunaks uimastiprobleemiga inimesed kriminaalkohtusüsteemi juurest ravi- ja rehabiliteerimisvõimaluste juurde.

Komisjon peab **ebaseaduslikku uimastitarbimist** ja suures osas ka seaduslike uimastite liigtarbimist tõsiseks rahvatervise probleemiks. Sellealased meetmed on suunatud ennetamisele hariduse ja teadlikkuse tõstmise kaudu, kuid ka riskide/kahju vähendamisele ja ravile. Euroopa lähenemisviis ELi uimastiprobleemide vastu võitlemisel on välja töötatud ELi narkootikumidealaste strateegiate (2005–2012) ja tegevuskavade (2005–2008) raames. ELi mudel näeb ühest küljest ette tasakaalu saavutamist ennetuse, harimise ja ravi vahel ning teisest küljest uimastite tootmise ja -äri vastaste seaduste jõustamist.

Vaimne tervis – Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel ei ole olemas ühte ametlikku definitsiooni vaimse tervise määratlemiseks. Seda, kuidas vaimset tervist mõistetakse, mõjutavad kultuurilised iseärasused ja konkureerivad erialased teooriad. Vaimne tervis on igapäevaprobleem, mis mõjutab üksikisikuid, perekondi, koole ja töökohti. Küsimus on Euroopa jaoks äärmiselt oluline, sest vaimsed tervisehäired moodustavad ELi haiguskoormusest ligi 20%²⁷. Pakutav ravi aga ei ole tihti piisav ja vajalikku abi ei saada isegi tõsiste vaimsete probleemide korral. 2005. aastal võtsid Euroopa tervishoiuministrid endale esmakordselt kohustuse süvalaiendada rahvatervise poliitikas vaimse tervisega seotud meetmeid²⁸. 2006. aastal alustas Euroopa Komisjon avaliku arutelu, mis põhines rohelisel raamatul „Elanikkonna vaimse tervise parandamine. Euroopa Liidu vaimse tervise strateogia väljatöötamine”²⁹. Komisjon sai palju vastuseid



(237)³⁰. Praegu koostavad komisjoni talitused teatist, milles määratakse kindlaks vaimse tervise strateegia. Strateegia peaks vastu võetama 2007. aasta kevadel.

Vigastuste ennetamine – Vigastused on Euroopa elanike hulgas kõige levinum surma- ja puude tekkimise põhjus³¹. Surma ja tõsise vigastuse oht on eriti suur mitmes valdkonnas, nagu kodu, vaba aeg, liiklus, töökoht, tarbekaubad ning teenused. Hinnangute kohaselt on tahtmatud ja tahtlikud vigastused laste, noorte ja kuni 45aastaste täiskasvanute seas peamiseks surma või alalise puude tekkimise põhjuseks, mille tagajärjel kaotatakse väga palju tervena ja töövõimelisena elatavaid eluaastaid. Üle 65aastaste inimeste seas on vigastused samuti peamine surma ja puude tekkimise põhjus ning nendega kaasneb sageli inimese tervise järsk halvenemine.

Euroopa Komisjon on käivitanud mitu algatust, et innustada meetmete võtmist ja vähendada tahtmatute ja tahtlike surma- ja õnnetusjuhtumite esinemise sagedust, tehes kõnealuses valdkonnaüleses küsimuses koostööd eri peadirektoraatidega transpordi, töökohtade, vaimse tervise, vägivalla, alkoholi ja laste tervise valdkonnas. Aastatel 1999–2002 algatati üle 80 eriprojekti, mis olid suunatud õnnetuste varajasele ennetamisele³². Tegevuse tõhustamiseks on aga palju võimalusi, eelkõige tuleks vastu võtta hea tava, mille kohta on praktikas tõestatud, et see vähendab õnnetusi, ning mis on avalikustatud. Lisaks võttis Euroopa Komisjon 2006. aasta juunis vastu teatise ohutuma Euroopa meetmete kohta³³ ning ettepaneku nõukogu soovitusel kohta, mis käsitleb kehavigastuse ärahoidmise ja ohutuse edendamist³⁴, mis peaks heaks kiidetama 2007. aasta mais.

ELi tervishoiupoliitika fookuses – nakkushaigused

Nakkushaigused, nagu HIV/AIDS, tuberkuloos, leetrid ja gripp, kujutavad endast tõsist ohtu inimtervisele, põhjustades umbes ühe kolmandiku kogu maailma surmadest. Nakkushaigusi ei takista riigipiirid ja tänapäevases maailmas, kus kõik on omavahel seotud, levivad need eriti kiiresti. Lisaks tekivad uued haigused ja tuntud haiguste puhul arenevad välja ravimitele resistentsed vormid, nagu näiteks multiresistentne tuberkuloos ja metitsilliiniresistentsed *Staphylococcus aureus*'e tüved.

Selleks et sellisteks ohtudeks valmis olla, teeb komisjon tihedat koostööd liikmesriikidega. Komisjon on eri tüüpi terviseohtude käsitlemiseks võtnud kasutusele üldised valmisolekukavad. Riiklikul ja ühenduse tasandil on vastu võetud erikavad seoses pandeemilise gripi, SARSi, röugete ja bioterrorismiga. Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC) vastutab teadusliku nõustamise ja riskihindamise eest seoses varajase hoiatamise ja reageerimise süsteemi (EWRS) kaudu saadud teadetega³⁵.

Väljaande terviktekstis on kõnealuse teema kohta eraldi peatükk.



ELi tervishoiupoliitika fookuses – ravimid ja ravimeetodid

Käesolevaks sajandiks on kõik ELi liikmesriigid välja töötanud kõikehõlmavad ravimialased õigusaktid. Ravimite valdkonna põhjalikumalt reguleerimist alustati 1960. aastatel. Olukorra kasvav keerukus ja riiklike õigusaktide kooskõlastamatus on ajendanud tegema jõupingutusi regulatiivsete süsteemide ühtlustamiseks ELi tasandil. Kõik praegusel hetkel Euroopas kättesaadavad ravimid peavad vastama ELi õigusaktides sätestatud ohutus-, kvaliteedi- ja tõhususe standarditele (üksikasjalikumalt kirjeldatud väljaande terviktekstis).

Täiendravimite kasutatavate ravimite kontrollimise ulatus ja viis on liikmesriigiti aga väga erinev. EL sekkus kõnealusesse valdkonda 1992. aastal direktiiviga 92/73/EMÜ³⁶ (homöopaatiliste ravimite kohta) ning muude meetmetega, mida on täpsemalt kirjeldatud raamatus.

Euroopa Liit on võtnud endale ülesandeks tagada ravimite valdkonnas kvaliteedi, ohutuse ja uuenduslikkuse kõrge tase. Ravimite ja ravimeetodite valdkonnas on põhieesmärgid tagada juurdepääs taskukohase hinnaga ravimitele, tagada ravimite ohutus ja tõhusus ning võimaldada kodanikel teha teadlikke valikuid. Seejuures tuleb toetada ravimitööstuse konkurentsivõimet.

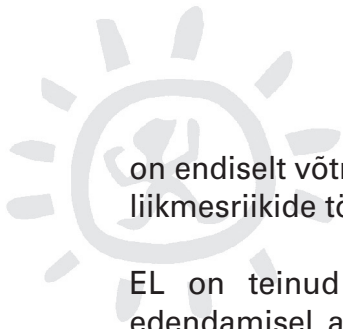
2005. aastal asutasid ettevõtluse ja tööstuse peadirektoraat ning tervise- ja tarbijakaitse peadirektoraat nende küsimuste arutamiseks kõrgetasemelise farmaatsiatoodete foorumi³⁷. Foorum toob vabatahtliku koostöö raames kokku liikmesriigid, ravimitööstuse ning rahvatervise ja patsientide rühmad, et leida tasakaal riiklike ja Euroopa tasandi lahenduste vahel.

Kokkuvõte

Hea tervis on sotsiaalse ja majandusliku arengu põhiollikas. Kõrgem inimarengu tase tähendab, et inimesed elavad kauem ja et tervena elatud aastaid on rohkem. Kui inimesed on terved, on tervishoiu- ja sotsiaalkaitsesüsteemide koormus väiksem. Terve tööjõud on majanduskasvu ja majandusliku õitsengu eeltingimus. Tänapäevases Euroopas, kus rahvastik vananeb kiiresti, on see tähtsam kui kunagi varem.

Kõnealuses väljaandes tunnustatakse viimastel aastakümnetel tehtud märkimisväärseid edusamme rahvatervise valdkonnas, kuid märgitakse ka, et eri rahvastikurühmade, piirkondade ja riikide vahel esineb endiselt suuri erinevusi. Kuigi tervishoid on peamiselt riigi kohustus, ei saa paljusid tähtsaid terviseohte lahendada riikliku tervishoiupoliitika abil ning tihti ei ole ohud geograafiliselt piiritletud. ELi kooskõlastatud sekkumine rahvatervisesse muutub järjest tähtsamaks.

Kodanikuühiskonnal on järjest suurem roll tervishoiutulemuste kujundamisel ja saavutamisel kohalikul, piirkondlikul, riiklikul ja Euroopatasandil. Kodanikuühiskond



on endiselt võtmetegija tegevustes, mis annavad lisaväärtust ja täiendavad ELi ja liikmesriikide tööd kodanike elu tervislikumaks ja ohutumaks muutmisel.

EL on teinud märkimisväärseid edusamme kodanikuühiskonnaga dialoogi edendamisel, avades selle eri riikide ja sektorite mitmesugustele sidusrühmadele. Siiski on veel palju teha, eriti seoses kodanikuühiskonna suutlikkuse arendamisega poliitikakujundamises osalemiseks.

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



Märkused

1. Lisateabe saamiseks riskide kohta vt maailma terviseraportit (2002) „Riskide vähendamine, tervisliku elu edendamine“, Maailma Terviseorganisatsioon, 2002
2. Winslow 1920, lk 23 raamatus Baggott, Rob 2000. Public Health Policy and Politics. Palgrave Macmillan
3. Inimõiguste ülddeklaratsiooni artikkel 25 – vastu võetud ja välja kuulutatud peassamblee 10. detsembril 1948. aasta resolutsiooniga 217 A (111)
4. Tervise põhiaandmed, Eurostat 2005
5. Kjaesrud ja Siddel, Euroopa Komisjon 2006
6. „Dieet, toitumine ja krooniliste haiguste ennetamine“ – WHO ja FAO ühise ekspertkomisjoni aruanne, 2003.
7. Statistics in Focus – Elanikkond ja sotsiaalsed tingimused, teema nr 3 – 2/2004
8. Statistics in Focus – Elanikkond ja sotsiaalsed tingimused, teema nr 3 – 2/2004
9. Komisjoni 26. novembri 2003. aasta teatis teemal „Viimased edusammud töökoha kvaliteedi parandamisel“, KOM (2003) 728 (lõplik)
10. 2002. aasta maailma terviseraport „Riskide vähendamine, tervisliku elu edendamine“, Maailma Terviseorganisatsioon
11. Amsterdami lepingu artikkel 152 – Volituse käsitleda rahvatervise küsimusi annab ELi Maastrichti (Euroopa Liidu) lepingu artikkel 129 ja Amsterdami lepingu artikkel 152
12. http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm
13. Lisateabe saamiseks vt: Schafer Elinder, Liselotte. Public health aspects of EU Common Agricultural Policy- developments and recommendations for change in four sectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco („ELi ühise põllumajanduspoliitika rahvatervist puudutavad aspektid – arengud ja ettepanekud muudatusteks neljas sektoris: puu- ja juurviljad, piimatooted, vein ja tubakas“). Rootsri rahvatervise amet, 2003.
14. Euroopa Keskkonnaagentuur ja WHO
15. Lisateabe saamiseks vt: http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html
16. http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm
17. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm
18. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm
19. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm
20. Kohtuasi C-158/96 Kohll [1998] EKL I-1931 ning kohtuasi C-120/95 Decker [1998] EKL I-1831
21. „Dieet, toitumine ja krooniliste haiguste ennetamine“ – WHO ja FAO ühise ekspertkomisjoni aruanne, 2003.
22. Komisjoni 24. oktoobri 2006. aasta teatis nõukogule, Euroopa Parlamendile, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele Euroopa Liidu strateegia kohta liikmesriikide toetamiseks alkoholist põhjustatud kahju vähendamisel. KOM (2006) 625 lõplik
23. Roheline raamat „Suund Euroopa vabastamisele tubakasuitsust: poliitikavalikud ELi tasandil“ 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
26. Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse 2006. aasta aruanne uimastiprobleemide olukorra kohta ELis. <http://annualreport.emcdda.europa.eu>
27. Roheline raamat „Elanikkonna vaimse tervise parandamine – Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine“, Euroopa Komisjon, 2006.
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm
30. Vastused rohelisele raamatule „Elanikkonna vaimse tervise parandamine – Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine“, Euroopa Komisjon, 19.12.2006
31. Lisateabe saamiseks vt: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm
32. Lisateabe saamiseks vt: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm
33. Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile ja nõukogule ohutuma Euroopa meetmete kohta, KOM (2006) 328 lõplik
34. Ettepanek: nõukogu soovitus kehavigastuse ärahoidmise ja ohutuse edendamise kohta, KOM (2006) 329 lõplik
35. Komisjoni 19. märtsi 2002. aasta otsus, millega nähakse ette haigusjuhtude määratlused ühenduse võrgustiku teavitamiseks nakkushaigustest vastavalt Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsusele nr 2119/98/EÜ
36. Nõukogu 22. septembri 1992. aasta direktiiv 92/73/EMÜ, millega laiendatakse ravimeid käsitlevate õigus- ja haldusnormide ühtlustamist puudutavate direktiivide 65/65/EMÜ ja 75/319/EMÜ reguleerimisala ning sätestatakse lisanormid homöopaatiliste ravimite kohta, EÜT L 297, lk 8 (1992)
37. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm
http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en