



RÅDET FOR
DEN EUROPÆISKE UNION



9658/06 (Presse 148)

(OR. en)

PRESSEMEDDELELSE

2733. samling i Rådet

Beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerpolitik

Luxembourg, den 1.-2. juni 2006

Formand

Ursula HAUBNER

Østrigs forbundsminister for social sikkerhed,
generationsspørgsmål og forbrugerbeskyttelse

Martin BARTENSTEIN

Østrigs forbundsminister for økonomi og arbejde

Maria Rauch-KALLAT

Østrigs forbundsminister for sundhed og kvindespørgsmål

P R E S S E

Rue de la Loi 175 B – 1048 BRUXELLES Tlf.: +32 (0)2 281 8716 / 6319 Fax: +32 (0)2 281 8026
press.office@consilium.europa.eu <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>

9658/06 (Presse 148)

1
DA

Vigtigste resultater af Rådets samling

Rådet vedtog et direktiv om **tilsætningsstoffer til fødevarer** med kvalificeret flertal ved førstebehandlingen.

Rådet nåede til politisk enighed om:

- et udkast til forordning om oprettelse af et **europæisk institut for ligestilling mellem mænd og kvinder**
- et udkast til afgørelse om **retningslinjer for medlemsstaternes beskæftigelsespolitikker for 2006**
- et udkast til afgørelse om et **fællesskabsprogram for beskæftigelse og social solidaritet.**

INDHOLD¹

DELTAGERE.....	5
-----------------------	----------

PUNKTER BEHANDLET VED DEBAT

BESKÆFTIGELSE OG SOCIALPOLITIK.....	8
– EU-strategien for bæredygtig udvikling - social integration	8
– Socialydelser af almen interesse.....	10
– Social sikring	11
– Et europæisk institut for ligestilling mellem mænd og kvinder	12
– Beijing-handlingsplanen - Rådets konklusioner.....	13
– Flexicurity.....	17
– Supplerende pensionsrettigheders portabilitet.....	18
– Program for beskæftigelse og social solidaritet - PROGRESS	19
– Retningslinjer for medlemsstaternes beskæftigelsespolitik.....	21
– Arbejdstid	22

¹

- Når Rådet formelt har vedtaget erklæringer, konklusioner eller resolutioner, angives dette i overskriften for det pågældende punkt, og teksten er sat i anførelstegn.
- Dokumenter med en dokumentreference er tilgængelige på Rådets internetsted <http://www.consilium.europa.eu>.
- Asterisk ved en afgørelse betyder, at der er fremsat offentligt tilgængelige erklæringer til optagelse i Rådets protokol; disse erklæringer findes ligeledes på Rådets internetsted eller kan fås ved henvendelse til Poesstjenesten.

SUNDHED.....	23
– Tilsætningsstoffer til levnedsmidler	23
– Kvinders sundhed - Rådets konklusioner	24
– Fremme af en sund levevis - forebyggelse af type 2-diabetes - Rådets konklusioner.....	28
– Fælles værdier og principper i EU's sundhedssystemer - Rådets konklusioner	33
– Bæredygtig EU-udviklingsstrategi	38
– Beredskab og planlægning i forbindelse med en influenzapandemi	40
– Bekæmpelse af hiv/aids	41
– Lægemedler til avanceret terapi	42
– Medicinsk udstyr	43
EVENTUELT	44

ANDRE PUNKTER, DER BLEV GODKENDT

FISKERI

– Blåhvilling og sild	46
-----------------------------	----

DELTAGERE

Medlemsstaternes regeringer og Europa-Kommissionen var repræsenteret således:

Belgien:

Peter VANVELTHOVEN
Rudy DEMOTTE

Minister for beskæftigelse og digitalisering
Social- og sundhedsminister

Den Tjekkiske Republik:

Čestmír SAJDA

Vicearbejds- og vicesocialminister, Kontoret for
Spørgsmål vedrørende Den Europæiske Union og
Internationale Forbindelser

Danmark:

Claus Hjort FREDERIKSEN
Eva Kjer HANSEN

Beskæftigelsesminister
Socialminister og minister for ligestilling

Tyskland:

Gerd ANDRES

Statssekretær under forbundsministeren for økonomi og
arbejde, medlem af Forbundsdagen
Statssekretær under forbundsministeren for sundhed,
medlem af Forbundsdagen

Marion CASPERS-MERK

Estland:

Jaak AAB

Socialminister

Grækenland:

Savvas TSITOURIDIS
Georgios KONSTANTOPOULOS

Minister for beskæftigelse og social sikring
Statssekretær for sundhed og social samhörighed

Spanien:

Jesús CALDERA SÁNCHEZ-CAPITÁN

Arbejds- og socialminister

Frankrig:

Gérard LARCHER

Viceminister med ansvar for beskæftigelse, arbejde og
unges integration på arbejdsmarkedet
Minister for sundhed og solidaritet

Xavier BERTRAND

Irland:

Séamus BRENNAN
Tony KILLEEN

Social- og familieminister
Viceminister, Irlands Ministerium for Erhvervs politik,
Handel og Beskæftigelse, med særligt ansvar for
arbejdsspørgsmål, herunder erhvervsuddannelse
Viceminister, Ministeriet for Sundhed og Børn, med
særligt ansvar for fremme af sundheden og tilknyttede
spørgsmål

Sean POWER

Italien:

Cesare DAMIANO
Franca DONAGGIO
Livia TURCO

Arbejds- og socialminister
Statssekretær for velfærd, Arbejds- og Socialministeriet
Sundhedsminister

Cypern:

Christos TALIADOROS
Andreas GAVRIELIDES

Arbejds- og minister for social sikring
Sundhedsminister

Letland:

Dagnija STAĶE
Gundars BĒRZIŅŠ

Socialminister
Sundhedsminister

Litauen:

Rimantas KAIRELIS
Žilvinas PADAIGA

Statssekretær, Social- og Arbejdsministeriet
Sundhedsminister

Luxembourg:

Marie-Josée JACOBS

François BILTGEN

Mars DI BARTOLOMEO

Minister for familiespørgsmål og integration samt
ligestillingsministerArbejds- og beskæftigelsesminister, minister for kultur,
videregående uddannelse og forskning samt minister for
trossamfund

Sundheds- og socialminister

Ungarn:

Gábor CSIZMÁR

Gábor KAPÓCS

Arbejds- og beskæftigelsesminister

Vicestatssekretær, Sundhedsministeriet

Malta:

Louis GALEA

Louis DEGUARA

Minister for undervisning, ungdom og beskæftigelse

Minister for sundhed, ældrespørgsmål og lokal
sundhedspleje**Nederlandene:**

Aart Jan de GEUS

Johannes Franciscus HOOGERVORST

Arbejds- og socialminister

Minister for sundhed, velfærd og sport

Østrig:

Martin BARTENSTEIN

Ursula HAUBNER

Maria RAUCH-KALLAT

Forbundsminister for økonomi og arbejde

Forbundsminister for social sikkerhed,
generationsspørgsmål og forbrugerbeskyttelse

Forbundsminister for sundhed og kvindespørgsmål

Polen:

Anna KALATA

Jarosław PINKAS

Arbejds- og socialminister

Vicestatssekretær, sundhedsministeriet

Portugal:

José VIEIRA DA SILVA

António CORREIA DE CAMPOS

Arbejdsminister og minister for social solidaritet

Sundhedsminister

Slovenien:

Janez DROBNIČ

Andrej BRUČAN

Arbejds-, familie- og socialminister

Sundhedsminister

Slovakiet:

Miroslav BEBLAVÝ

Rudolf ZAJAC

Statssekretær, ministeriet for arbejds-, social- og
familiepørgsmål

Sundhedsminister

Finland:

Tarja FILATOV

Tuula HAATAINEN

Liisa HYSSÄLÄ

Arbejdsminister

Social- og sundhedsminister

Omsorgsminister

Sverige:

Hans KARLSSON

Morgan JOHANSSON

Minister, Erhvervsministeriet, med ansvar for
arbejdsmarkedsspørgsmålMinister, Socialministeriet, med ansvar for folkesundhed
og sociale ydelser**Det Forenede Kongerige:**

Alistair DARLING

Anne McGUIRE

Rosie WINTERTON

Handels- og industriminister

Statssekretær for handicapsspørgsmål

Viceminister med ansvar for sundhedstjenester

Kommissionen:

Vladimir ŠPIDLA

Markos KYPRIANOU

Medlem

Medlem

Andre deltagere:

Tom MULHERIN

Maarten CAMPS

Formand for Det Europæiske Udvalg for Social

Beskyttelse

Formand for Beskæftigelsesudvalget

.....

De tiltrædende staters regeringer var repræsenteret således:

Bulgarien:

Emilia MASLAROVA

Valeri TZEKOV

Arbejds- og socialminister

Vicesundhedsminister

Rumænien:

Gheorghe BARBU

Anton Vlad ILIESCU

Minister for arbejde, social solidaritet og familiespørgsmål

Statssekretær, Sundhedsministeriet

PUNKTER BEHANDLET VED DEBAT

BESKÆFTIGELSE OG SOCIALPOLITIK

– *EU-strategien for bæredygtig udvikling - social integration*

Rådet havde en omfattende politisk debat (*offentlig debat*) og godkendte en fælles udtalelse fra Beskæftigelsesudvalget og Udvalget for Social Beskyttelse (9330/06) om revision af EU-strategien for bæredygtig udvikling (SDS).

Der blev lagt særlig vægt på spørgsmålet om fattigdomsbekæmpelse (navnlig blandt børn og ældre) og styrkelse af den sociale samhørighed. Der især fokuseret på følgende:

- opnåelse af en betydelig stigning i beskæftigelsen og bedre kvalitet og produktivitet i arbejdet samt styrkelse af den sociale samhørighed bør fortsat være afgørende elementer i strategien for bæredygtig udvikling
- den sociale dimension i strategien for bæredygtig udvikling skal styrkes ved at sikre et tæt samarbejde med de eksisterende processer under den åbne koordinationsmetode inden for social beskyttelse og social integration og den reviderede Lissabon-strategi;
- medlemsstaterne bør fortsætte overgangen i retning af aktive og forebyggende politikker, navnlig i lyset af de udfordringer, som globaliseringen og de demografiske forandringer udgør;
- det er vigtigt at fremme god forvaltningspraksis. I den forbindelse er det vigtigt, at de mennesker, der direkte er ramt af fattigdom, deltager, og der bør hentes inspiration i de årlige møder på europæisk plan mellem mennesker, som er ramt af fattigdom;
- der er behov for større prioritering af målsætninger, mål og nøgleaktioner og blandingen af de politikinstrumenter, der foreslås i pakken vedrørende revision af strategien for bæredygtig udvikling; indikatorer spiller en særlig rolle i den henseende;
- Rådet (EPSCO) skal spille en rolle ved at levere synlige resultater og målelige fremskridt med hensyn til gennemførelse af EU-strategien for bæredygtig udvikling, navnlig gennem øget synergi på tværs af politikker og processer, herunder Lissabon-dagsordenen;
- en ambitiøs EU-strategi for bæredygtig udvikling skal bidrage til bedre sammenhæng mellem EU's interne politikker og dets internationale tilsagn. På det sociale område bør der gøres en særlig indsats for at tilskynde til anstændigt arbejde.

Formanden rundede debatten af med at sige, at delegationerne ikke mener, der er behov for en ny proces på dette område, da den åbne koordinationsmetode (navnlig udveksling af god praksis og anvendelse af indikatorer til overvågning af udviklingen) udgør en passende ramme for medtagelse af social integration som et væsentligt element i strategien for bæredygtig udvikling.

Der erindres om, at Det Europæiske Råd i juni 2005 vedtog en erklæring om de styrende principper for bæredygtig udvikling baseret på 4 mål: *miljøbeskyttelse, social lighed og samhørighed, økonomisk velstand og internationalt ansvar*¹.

I december 2005, noterede Det Europæiske Råd sig fremlæggelsen af Kommissionens meddelelse om revision af strategien for bæredygtig udvikling for de kommende 5 år (15796/05, og det så frem til "*i juni 2006 at vedtage en ambitiøs og samlet strategi, der omfatter mål, indikatorer og en effektiv kontrolprocedure, inddrager interne og eksterne dimensioner og bygger på en positiv langsigtet vision, der forener Fællesskabets prioriteter og målsætninger for bæredygtig udvikling i en klar og sammenhængende strategi, der kan formidles enkelt og effektivt til borgerne.*"².

Formandskabet fører i øjeblikket konsultationer med alle de relevante rådssammensætninger med henblik på, at Det Europæiske Råd i juni 2006 kan vedtage den reviderede EU-strategi for bæredygtig udvikling.

¹ 10255/05.

² Punkt 13 i konklusionerne fra Det Europæiske Råd i december 2005 (15914/1/05).

– *Socialydelser af almen interesse*

Kommissionen orienterede Rådet om sin meddelelse: *Iværksættelse af Fællesskabets Lissabon-program – Socialydelser af almen interesse i Den Europæiske Union (9038/06)*. Formanden for Udvalget for Social Beskyttelse redegjorde mundtligt for udvalgets foreløbige syn på denne meddelelse.

Formålet med meddelelsen er at indkredse de særlige kendetegn ved socialydelser af almen interesse og afklare, i hvilket omfang EU-reglerne vedrørende statsstøtte, det indre marked og offentlige indkøb skal finde anvendelse på disse ydelser. Dette skal ses i relation til den overordnede drøftelse om udkastet til direktiv om "*tjenesteydelser*", fra hvis anvendelsesområde visse socialydelser er udelukket.

Meddelelsen indeholder en åben liste over kendetegn, der afspejler socialydelsernes særlige karakter som forsyningspligtydelser. Ud over de traditionelle kriterier (universel karakter, gennemsigtighed, kontinuitet, tilgængelighed osv.), vedrører disse kendetegn de organisatoriske forhold og fremgangsmåder, der gælder for dem.

Meddelelsen vil være udgangspunktet for Kommissionens høring af alle de berørte parter: medlemsstaterne, leverandørerne af tjenesteydelser og brugerne.

– **Social sikring**

Gennemførelse af forordningen

I afventen af Europa-Parlamentets førstebehandlingsudtalelse nåede Rådet frem til en generel delindstilling¹, med henblik på gennemførelse af forordning (EF) nr. 883/2004² om koordineringen af de sociale sikringsordninger (9584/06 + ADD 1).

Forordning (EF) nr. 883/2004 var det første skridt i en proces, der sigter mod at modernisere og forenkle EU-regler om koordinering af nationale sociale sikringsordninger, således at EU-borgere får mulighed for at bevæge sig frit inden for Europa og samtidig bevare deres ret til sociale sikringsydelse (sundhedsydelse, pensioner, arbejdsløshedsunderstøttelse etc.). Denne proces skal afsluttes med vedtagelse af en gennemførelsesforordning³, der skal træde i stedet for forordning (EØF) nr. 574/72, og et forslag til en sådan forordning er nu under drøftelse.

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 42 og 308 - enstemmighed i Rådet og fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet.

Bilag XI

I afventen af Europa-Parlamentets førstebehandlingsudtalelse nåede Rådet frem til en generel delindstilling⁴ om udkastet til forordning om ændring af forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger og fastlæggelse af indholdet i bilag XI (9613/06).

Forslaget til forordning fastsætter de regler om særlige aspekter ved de enkelte medlemsstaters lovgivning, der vil udgøre indholdet i bilag XI i forordning (EF) nr. 883/2004⁵.

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 42 og 308 - enstemmighed i Rådet og fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet.

¹ Omfatter afsnit I og II i Kommissionens forordning. Drøftelsen af forslaget fortsættes under de kommende formandskaber.

² Europa-Parlamentets og Rådets forordning af 29. april 2004 om koordineringen af de sociale sikringsordninger, EUT L 166 af 30.4.2004, corrigendum EUT L 200 af 7.6.2004.

³ Se artikel 89 i forordning (EF) nr. 883/2004.

⁴ Omfatter de dele af forslaget, der svarer til afsnit I og II i forslaget til gennemførelsesforordning. Drøftelsen af forslaget fortsættes under de kommende formandskaber.

⁵ Se artikel 83 i forordning (EF) nr. 883/2004.

– *Et europæisk institut for ligestilling mellem mænd og kvinder*

Rådet nåede til politisk enighed med enstemmighed¹ om et udkast til forordning om oprettelse af et europæisk institut for ligestilling mellem mænd og kvinder. Kommissionen kunne imidlertid ikke støtte den repræsentative bestyrelse, som Rådet havde vedtaget, da den foretrak en bestyrelse af begrænset størrelse som beskrevet i dens ændrede forslag².

Udkastet til forordning sigter mod at oprette et europæisk institut, der skal yde teknisk støtte til Fællesskabets institutioner og til medlemsstaterne, navnlig med hensyn til indsamling, analyse og videreformidling af data og sammenlignelige statistikker og udvikling af metodologiske redskaber til integrering af politikker vedrørende kønsaspektet (kønsmainstreaming) samt til bevidstgørelse af Den Europæiske Unions borgere.

I Kommissionens finansieringsoversigt er der angivet et samlet beløb på 52,5 mio. EUR for 2007-2013 til dækning af instituttets udgifter.

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 13, stk. 2, og artikel 141, stk. 3 - fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet og kvalificeret flertal i Rådet. Europa-Parlamentet afgav udtalelse den 14. marts 2006 (5133/06). Mange af ændringerne er indarbejdet i den tekst, der blev fremlagt for Rådet.

Den godkendte tekst vil blive vedtaget som en fælles holdning på en kommende samling i Rådet og sendt til andenbehandling i Europa-Parlamentet.

¹ Polen undlod at stemme, da den nationale høring af dets parlament endnu ikke var afsluttet.
² 9195/06.

– *Beijing-handlingsplanen - Rådets konklusioner*

Rådet vedtog følgende konklusioner om gennemgang af medlemsstaternes og EU-institutionernes gennemførelse af Beijing-handlingsplanen¹:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION,

som tager følgende i betragtning:

1. Ligestilling mellem mænd og kvinder er et grundlæggende princip i Den Europæiske Union som fastsat i EF-traktaten og et af Fællesskabets mål og en af dets opgaver, og at integrere ligestilling mellem mænd og kvinder i alle aktiviteter udgør en specifik opgave for Fællesskabet.
2. Efter FN's fjerde Verdenskvindekonference i Beijing i 1995 anmodede Det Europæiske Råd i Madrid (15.-16. december 1995) om en årlig gennemgang af medlemsstaternes gennemførelse af Beijing-handlingsplanen.
3. Opfølgningen i 1996 og 1997 viste, at der var behov for en mere vedvarende og systematisk EU-overvågning og -vurdering af gennemførelsen af Beijing-handlingsplanen.
4. Rådet besluttede den 2. december 1998, at den årlige vurdering af gennemførelsen af handlingsplanen skulle indeholde et forslag til et sæt kvantitative og kvalitative indikatorer og benchmarks.
5. Siden 1999 har de forskellige formandskaber opstillet kvantitative og kvalitative indikatorer på nogle af de 12 kritiske områder i Beijing-handlingsplanen, nemlig 1999 - Kvinders deltagelse i den politiske beslutningsproces, 2000 - Kvinder i økonomien (bedre sammenhæng mellem arbejdsliv og familieliv), 2001 - Kvinder i økonomien (ligeløn), 2002 - Vold mod kvinder, 2003 - Kvinders og mænds deltagelse i den økonomiske beslutningsproces og 2004 - Seksuel chikane på arbejdspladsen. Rådet har hvert år vedtaget konklusioner om disse indikatorer.
6. Som led i tiårsgennemgangen af Beijing-handlingsplanen vedtog EU's ministre med ansvar for ligestilling den 4. februar 2005 en fælles erklæring, der bl.a. bekræfter den kraftige støtte til og engagement i fuld og effektiv gennemførelse af Beijing-erklæringen og Beijing-handlingsplanen.

¹ Tyskland undlod at stemme.

7. I overensstemmelse med Det Europæiske Råds anmodning på mødet den 20.-21. marts 2003 udarbejder Kommissionen i samarbejde med EU's medlemsstater en årlig rapport til Det Europæiske Råds forårsmøde om udviklingen hen imod ligestilling mellem mænd og kvinder samt retningslinjer for integrationen af kønsaspektet i de forskellige politikområder.
8. Den 29. juni 2000 besluttede Rådet at nedsætte Udvalget for Social Beskyttelse, som skal fungere som formidler af samarbejdet mellem Kommissionen og EU's medlemsstater om modernisering og forbedring af de sociale beskyttelsessystemer. Udvalget nedsatte en undergruppe vedrørende indikatorer, som skal udvikle de indikatorer og statistikker, udvalget har brug for. Udvalget har bl.a. til opgave at beskæftige sig med de politiske udfordringer, der er forbundet med "at sikre bæredygtig sundhedspleje af høj kvalitet".
9. Den 4. oktober 2004 godkendte Rådet udtalelsen fra Udvalget for Social Beskyttelse om Kommissionens meddelelse om anvendelse af den åbne koordinationsmetode på sundhedspleje og langvarig pleje.
10. Den 23. september 2002 vedtog Europa-Parlamentet og Rådet et program for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008), hvis generelle mål er at højne oplysnings- og vidensniveauet, at reagere hurtigt på sundhedsrisici og at fremme sundheden og forebygge sygdom ved at tage fat på sundhedsdeterminanter i forbindelse med alle politikker og aktiviteter.
11. I forbindelse med Beijing-handlingsplanen forstås sundhed som defineret af WHO som en tilstand af fuldstændigt fysisk, mentalt og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom eller invaliditet. Det østrigske EU-formandskab har udsendt en rapport, hvori det opstiller følgende tre indikatorer vedrørende kvinder og sundhed:
 - sunde leveår

Indikatoren for "sunde leveår" findes i det centrale sæt europæiske strukturelle indikatorer.
 - adgang til sundhedspleje (uopfyldt efterspørgsel)

I 2002 anerkendte Det Europæiske Råd i Barcelona tre styrende principper for reformen af sundhedssystemerne, og et af dem er adgang for alle.

- hjerte-kar-sygdomme

Hjerte-kar-sygdomme er den største dødsårsag for kvinder i Den Europæiske Union.

Disse indikatorer bør opdeles efter køn.

1. MINDER OM, at medlemsstaterne har forpligtet sig til at sikre kvinders ret til fysisk og mental sundhed af højeste standard i hele deres livsforløb på lige fod med mænd, og at mangelen på et kønsperspektiv på sundhedsområdet er en hindring for den ligestilling mellem kønnene, der er fastsat i Beijing-handlingsplanen.
2. MINDER OM, at Rådet i forbindelse med programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008) har erklæret, at alle relevante statistikker bør opdeles og analyseres efter køn.
3. MINDER OM, at medlemsstaterne har forpligtet sig til at træffe foranstaltninger og udarbejde relevante indikatorer og statistikker med henblik på den videre gennemførelse af Beijing-handlingsplanen, og at Rådet i juni 2005 opfordrede Kommissionen til at medtage vurderingen af relevante indikatorer udviklet med henblik på opfølgningen af gennemførelsen af Beijing-handlingsplanen i sin årlige rapport til Det Europæiske Råds forårsmøde.
4. UNDERSTREGER, at anerkendelse af kønsaspektet i forbindelse med sundhed som omhandlet i køreplanen for ligestilling mellem kvinder og mænd 2006-2010 (KOM(2006) 92 endelig) er en vigtig del af EU's sundhedspolitikker.
5. NOTERER SIG det østrigske formandskabs rapport om kvinders sundhed og de tre indikatorer for den forestående opfølgning af Beijing-handlingsplanen på det kritiske område kvinder og sundhed.
6. ERKENDER,
 - at der er en tendens til, at kvinder har en procentvis lavere forventet levealder uden handicap,
 - at EU er nødt til at tage hensyn til et særligt kønsperspektiv ved kortlægningen af de forskellige hindringer for adgang til og udnyttelse af sundhedspleje
 - at forskningen i hjerte-kar-sygdomme længe har været baseret på langtidsundersøgelser af mænd, så resultaterne ikke nødvendigvis også gælder for kvinder.

7. OPFORDRER de kommende formandskaber til i samarbejde med medlemsstaterne og med Kommissionen at træffe de nødvendige foranstaltninger til at sikre, at der i sundhedspolitikkerne og i den åbne koordinationsmetode anlægges et kønsperspektiv i forbindelse med sundhedspleje og langvarig pleje og til i undergruppen vedrørende indikatorer at fokusere på kønsperspektivet i sundhedsindikatorerne.
8. OPFORDRER medlemsstaterne til yderligere at forbedre indsamlingen, sammenfatningen, analysen og udbredelsen af rettidige, pålidelige, sammenlignelige data opdelt efter køn og alder, bl.a. ved inddragelse af de nationale statistiske kontorer og inden for rammerne af Fællesskabets statistiske program, så der regelmæssigt kan udarbejdes statistikker og fremlægges medicinske data om de tre indikatorer, som det østrigske formandskab har foreslået, samt statistiske oplysninger om andre indikatorer, der har tilknytning til Beijing-handlingsplanens emner, og så der regelmæssigt kan foretages undersøgelser; OPFORDRER OGSÅ medlemsstaterne til at indsamle kønsspecifikke data og videreudvikle kønsspecifikke sundhedsindikatorer på fællesskabsplan.
9. FORPLIGTER SIG til fortsat at fokusere på de kritiske områder i Beijing-handlingsplanen og til regelmæssigt at evaluere de opnåede fremskridt og opfordrer de kommende formandskaber til i samarbejde med medlemsstaterne at vende tilbage til tidligere drøftede emner og vurdere fremskridtene på disse områder ved hjælp af de opstillede indikatorer.
10. OPFORDRER indtrængende Kommissionen og medlemsstaterne til, hvor det er relevant, at tage hensyn til emner drøftet i forbindelse med opfølgningen af Beijing-handlingsplanen, som der allerede er fastsat indikatorer for i forbindelse med andre fællesskabstiltag.
11. OPFORDRER regeringerne til
 - at fastslå forudsætningerne for et godt helbred for både kvinder og mænd under hensyntagen til de aspekter, der er specifikke for kvinders helbred, for at tilvejebringe et miljø, der virker befordrende for begge køn
 - at fremme forskning i ligestilling mellem mænd og kvinder for så vidt angår sundhed.
12. OPFORDRER Kommissionen og medlemsstaterne til i overensstemmelse med deres respektive kompetencer at integrere kønsspecifikke sundhedshensyn i sundhedspolitikkerne med særlig vægt på de tre indikatorer (sunde leveår, adgang til sundhedspleje (uopfyldt efterspørgsel) og hjerte-kar-sygdomme), som det østrigske formandskab har foreslået."

Rådet noterede sig også rapporten fra formandskabet om de tre indikatorer for den forestående opfølgning af Beijing-handlingsplanen på det kritiske område kvinder og sundhed.

– *Flexicurity*

Rådet godkendte det fælles bidrag fra Beskæftigelsesudvalget og Udvalget for Social Beskyttelse (9633/06).

På Det Europæiske Råds forårsmøde i 2006 opfordrede Rådet medlemsstaterne til at være særligt opmærksomme på "flexicurity" og til at fremme fleksibilitet kombineret med tryghed i ansættelsen og reducere arbejdsmarkedssegmenteringen¹.

I det fælles bidrag blev der identificeret fire elementer, som er nødvendige for at skabe en god balance mellem fleksibilitet og tryghed i ansættelsen: der skal foreligge kontraktordninger, aktive arbejdsmarkedspolitikker, hensigtsmæssigt tilrettelagte livslange læringsordninger og moderne sociale sikringssystemer.

Rådet anerkender, at det er nødvendigt med yderligere analyse for at tage hensyn til medlemsstaternes særlige situation, bl.a.

- specifikke eksempler på, hvad der virker godt i forskellige lande
- den interne fleksibilitet såvel på det kvantitative som på det funktionelle plan (dvs. arbejdstilrettelæggelse) og forskellige aspekter af arbejdsretten
- måling af flexicurity
- omkostninger og fordele ved flexicurity for forskellige grupper på arbejdsmarkedet, herunder marginaliserede grupper
- omkostninger og fordele ved flexicurity for de offentlige finanser og samfundet som helhed
- bæredygtigheden af de sociale og finansielle forpligtelser, især i tider med økonomisk modgang
- forskellige måder at nå frem til (mere) flexicurity på for medlemsstater med forskellige udgangspunkter.

Udvalgene noterer sig, at Kommissionen vil offentliggøre en grønbog om arbejdsret, analysere flexicurity-aspekter i forbindelse med den årlige statusrapport og vedtage en meddelelse i 2007 om et sæt fælles principper, og at det kommende finske formandskab vil sætte spørgsmålet på dagsordenen for det sociale trepartstopmøde i efteråret 2006.

¹ Se 7775/06.

– *Supplerende pensionsrettigheders portabilitet*

I afventen af Europa-Parlamentets førstebehandlingsudtalelse noterede Rådet sig en fremskridtsrapport om, hvor langt man er nået med gennemgangen af forslaget til direktiv om styrkelse af supplerende pensionsrettigheders portabilitet.

Supplerende pensionsordninger, der skal dække den risiko, der er forbundet med alderdommen i medlemsstaterne, er blevet stadig vigtigere, og derfor sigter Kommissionens forslag mod at lette arbejdstagernes fri bevægelighed mellem medlemsstaterne og deres mobilitet inden for en medlemsstat ved at fjerne eventuelle restriktive bestemmelser knyttet til disse supplerende pensionsordninger, der kan begrænse de mobile arbejdstageres mulighed for at optjene tilstrækkelige pensionsrettigheder i løbet af deres arbejdsliv.

Hovedformålene er:

- at lette erhvervelsen af erhvervstilknyttede pensionsrettigheder
- at sikre en passende beskyttelse af fratrædende arbejdstageres hvilende pensionsrettigheder
- at lette overførslen af erhvervede pensionsrettigheder
- at sikre, at arbejdstagerne modtager passende information i tilfælde af erhvervsmæssig mobilitet.

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 42 og 84 - enstemmighed i Rådet og fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet.

– *Program for beskæftigelse og social solidaritet - PROGRESS*

Nu, hvor der er opnået enighed om den finansielle ramme for 2007-2013, nåede Rådet til fuld¹ politisk enighed om et udkast til afgørelse om et fællesskabsprogram for beskæftigelse og social solidaritet.

Formålet med programmet er at yde økonomisk støtte til gennemførelsen af EU's målsætninger inden for beskæftigelse og social- og arbejdsmarkedspolitik og således bidrage til virkeliggørelse af målene under Lissabon-strategien.

Programmet omfatter 5 sektioner: beskæftigelse, social beskyttelse og inddragelse, arbejdsvilkår, bekæmpelse af forskelsbehandling og bevarelse af forskellighed samt ligestilling mellem mænd og kvinder.

Afgørelsen opretter ét strømlinjet finansielt instrument og konsoliderer dermed de fire gældende specifikke handlingsprogrammer og muliggør videreførelse og udvikling af de aktiviteter, der er blevet iværksat på grundlag af følgende:

- Rådets afgørelse om Fællesskabets handlingsprogram for bekæmpelse af forskelsbehandling (2001-2006)²,
- Rådets beslutning om et EF-handlingsprogram vedrørende fællesskabsstrategien for ligestilling mellem mænd og kvinder³,
- Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse om oprettelse af et EF-handlingsprogram til fremme af medlemsstaternes samarbejde om bekæmpelse af social udstødelse⁴,
- Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse om Fællesskabets tilskyndelsesforanstaltninger på beskæftigelsesområdet⁵, og

¹ På samlingen den 8.-9. december 2005 nåede Rådet (EPSCO) til delvis politisk enighed om forslaget.

² Rådets afgørelse 2000/750/EF af 27. november 2000 (EFT L 303 af 2.12.2000, s. 23).

³ Rådets beslutning 2001/51/EF af 20. december 2000 (EFT L 17 af 19.1.2001, s. 22).

⁴ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 50/2002/EF af 7. december 2001 (EFT L 10 af 12.1.2002, s. 1).

⁵ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1145/2002/EF af 10. juni 2002 (EFT L 170 af 29.6.2002, s. 1).

- Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse om fastlæggelse af et EF-handlingsprogram med henblik på at fremme organisationer, der er aktive på europæisk plan hvad angår ligestilling mellem mænd og kvinder¹,

samt andre aktiviteter, der gennemføres på fællesskabsplan vedrørende arbejdsvilkår.

Budgettet udgør i hele programmets varighed 658 mio. EUR i 2004-priser.

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 13, stk. 2, artikel 129 og artikel 137, stk. 2, litra a) - kvalificeret flertal i Rådet og fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet. Europa-Parlamentet afgav udtalelse den 6. september 2005 (11954/05).

Den godkendte tekst vil blive vedtaget som en fælles holdning på en kommende samling i Rådet og sendt til andenbehandling i Europa-Parlamentet.

¹ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 848/2004/EF af 29. april 2004 (EUT L 157 af 30.4.2004, s. 18, berigtiget i EUT L 195 af 2.6.2004, s. 7).

– *Retningslinjer for medlemsstaternes beskæftigelsespolitik*

Rådet nåede til politisk enighed om et udkast til beslutning om fastlæggelse af retningslinjer for medlemsstaternes beskæftigelsespolitik for 2006 (9471/06).

Som foreslået af Kommissionen videreføres de retningslinjer, der blev vedtaget sidste år (10205/05), uændret.

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 128, stk. 2 - kvalificeret flertal i Rådet og høring af Europa-Parlamentet, Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg, Beskæftigelsesudvalget og Regionsudvalget.

Den godkendte tekst vil blive forelagt til godkendelse på Det Europæiske Råds møde i juni 2006 og vil blive vedtaget formelt på en kommende samling i Rådet.

– *Arbejdstid*

Efter de tidligere drøftelser i december 2005 havde Rådet igen lange og omfattende drøftelser om et ændret forslag til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om ændring af direktiv 2003/88/EF om visse aspekter i forbindelse med tilrettelæggelse af arbejdstiden¹ på basis af formandskabets kompromistekster vedrørende det kontroversielle spørgsmål om undtagelsesordningen.

Alle delegationerne og Kommissionen noterede sig med tilfredshed, at formandskabet var fast besluttet på at nå til en generel enighed, da der skal findes en fælles løsning på de udfordringer, der er affødt af SIMAP- og Jaeger-dommene.

På trods af de fremskridt, der er gjort med hensyn til at finde elementer, der kan indgå i en aftale, og på baggrund af de forskellige situationer på arbejdsmarkedene og forskellene i medlemsstaternes holdninger til et eventuelt behov og betingelserne for at opretholde undtagelsesordningen, lykkedes det imidlertid ikke at nå til generel politisk enighed på dette stadium.

Der er følgende to formål med Kommissionens ændrede forslag:

For det første at tage hensyn til EF-Domstolens retspraksis, navnlig dommene i sagerne SIMAP² og Jaeger³, der går ud på, at en læges tilkaldevagt, når han skal være fysisk til stede på hospitalet, skal betragtes som arbejdstid.

For det andet at revidere nogle af bestemmelserne i direktiv 2003/88/EF om muligheden for ikke at anvende den maksimale ugentlige arbejdstid (48 timer), hvis arbejdstageren indvilliger i at udføre et sådant arbejde (undtagelsesbestemmelsen).

De nøglespørgsmål, der endnu ikke er løst, vedrører undtagelsesbestemmelsen samt spørgsmål om, hvorvidt den maksimale ugentlige arbejdstid beregnes pr. kontrakt eller pr. arbejdstager.

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 137, stk. 2 - kvalificeret flertal i Rådet og fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet. Europa-Parlamentet afgav førstebehandlingsudtalelse den 11. maj 2005 (8725/05), og Kommissionen forelagde sit ændrede forslag den 31. maj 2005. (9554/05).

¹ EUT L 299 af 18.11.2003, s. 9.

² Domstolens dom af 3. oktober 2000 i sag C-303/98, Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP) mod Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana, Sml. 2000, s. I-07963.

³ Domstolens dom af 9. september 2003 i sag C-151/02, anmodning om præjudiciel afgørelse: Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein (Tyskland) i den verserende sag ved denne ret mellem Landeshauptstadt Kiel og Norbert Jaeger, Sml. 2003, s. I-08389.

SUNDHED– ***Tilsætningsstoffer til levnedsmidler***

Rådet vedtog med kvalificeret flertal¹ ved førstebehandlingen² et direktiv om ændring af direktiv 95/2/EF om andre tilsætningsstoffer til levnedsmidler end farvestoffer og sødestoffer og direktiv 94/35/EF om sødestoffer til brug i levnedsmidler (PE-CONS 3663/05).

Direktiv 95/2/EF om andre tilsætningsstoffer til levnedsmidler end farvestoffer og sødestoffer indeholder en list over godkendte tilsætningsstoffer, de fødevarer, som de må tilsættes, og betingelserne for deres anvendelse. Det skal tilpasses i lyset af den seneste tekniske og videnskabelige udvikling.

Der foretages følgende ændringer:

- ændring af de eksisterende tilladelser (nitrit og nitrat, overgangskost, kosttilskud og levnedsmidler til særlige medicinske formål, p-Hydroxybenzoater, geleringsmidler i minibægre med gelé)
- tilladelse til nye tilsætningsstoffer til levnedsmidler (erythritol, 4-Hexylresorcinol, sojabønnehemicellulose, ethylcellulose, pullulan, TBHQ)
- tilladelse til udvidelse af anvendelsen af tilladte tilsætningsstoffer til levnedsmidler (natriumhydrogencarbonat i surmælksost, sorbater og benzoater i krebsdyr, siliciumdioxid som bærestof, tilsætningsstoffer i traditionelle produkter)

Direktiv 94/35/EF om sødestoffer til brug i levnedsmidler indeholder en liste over godkendte sødestoffer, de levnedsmidler, som de må tilsættes, og betingelserne for deres anvendelse. Det skal tilpasses i lyset af den seneste tekniske og videnskabelige udvikling.

Ændringerne vedrører tilladelse til et nyt tilsætningsstof til levnedsmidler (erythritol).

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 95 - kvalificeret flertal i Rådet og fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet. Europa-Parlamentet afgav førstebehandlingsudtalelse den 26. oktober 2005 (13689/06).

¹ Belgien, Danmark og Nederlandene stemte imod.

² Rådet godkendte alle Europa-Parlamentet forslag til ændringer (13689/05).

– *Kvindens sundhed - Rådets konklusioner*

Rådet vedtog følgende konklusioner:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION:

1. NOTERER SIG, at Den Europæiske Unions borgere, hvoraf mere end halvdelen er kvinder, lægger stor vægt på det højest mulige sundhedsniveau og betragter dette som en væsentlig forudsætning for høj livskvalitet.
2. MINDER OM, at
 - artikel 3, stk. 2, i EF-traktaten og artikel 23 i Den Europæiske Unions charter om grundlæggende rettigheder fastsætter, at der skal sikres ligestilling mellem mænd og kvinder på alle områder,
 - artikel 152 i EF-traktaten fastsætter, at der skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af Fællesskabets politikker og aktiviteter, og at Fællesskabets indsats skal være et supplement til de nationale politikker og være rettet mod at forbedre folkesundheden og forebygge sygdomme hos mennesker samt imødegå forhold, der kan indebære risiko for menneskers sundhed,
 - Den 4. december 1997 vedtog Rådet en resolution vedrørende Kommissionens beretning¹ om sundhedssituationen for kvinder i Det Europæiske Fællesskab²,
 - Den 9. marts 1997 vedtog Europa-Parlamentet en beslutning om beretningen fra Kommissionen om sundhedssituationen for kvinder i Det Europæiske Fællesskab³,
 - Den 28. april 2005 vedtog Europa-Parlamentet en beslutning om modernisering af socialsikringen og udvikling af sundhedspleje af høj kvalitet og opfordrede Kommissionen til at fremlægge en ny rapport om kvinders sundhedssituation i EU⁴.
3. MINDER OM rapporten om fremskridtene i Den Europæiske Union for så vidt angår gennemførelsen af Beijing-handlingsprogrammet, der blev udarbejdet i januar 2005 af det luxembourgske formandskab, og som understregede, at kvinders sundhed stadig er et vigtigt område, og fremhævede, at det er vigtigt at indsamle relevante data.

¹ 8537/97; KOM(97) 224 endelig.

² EFT C 394 af 30.12.1997, s. 1.

³ EFT C 175 af 21.6.1999, s. 68.

⁴ A6-0085/2005.

4. MINDER OM den strategiske handlingsplan for kvinders sundhed i Europa, der blev godkendt på WHO's møde i København den 5.-7. februar 2001.
5. ANERKENDER, at sociale determinanter og sundhedsdeterminanter, kliniske manifestationer, terapeutiske metoder, effektivitet og bivirkninger i forbindelse med behandling af sygdomme og lidelser kan være forskellige for kvinder og mænd.
6. UNDERSTREGER, at det er vigtigt at bevidstgøre befolkningen, men også fagfolk inden for sundhedssektoren om, at kønsaspektet er en vigtig sundhedsdeterminant.
7. ANERKENDER betydningen af at afhjælpe de uligheder, der kan findes i og mellem medlemsstaterne, ved at tackle sociale og økonomiske sundhedsdeterminanter.
8. SER MED TILFREDSHED PÅ Kommissionens meddelelse: En køreplan for ligestilling mellem kvinder og mænd - 2006-2010¹, der anerkender kønsaspektet i forbindelse med sundhed, idet den blandt andet tager sigte på at øge integreringen af kønsaspektet i sundhedspolitikker.
9. NOTERER SIG, at programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008)² tager sigte på at beskytte menneskers sundhed og forbedre folkesundheden, hvorved det bidrager til at løse problemer med helbredsmæssige uligheder.
10. SER MED TILFREDSHED på, at forslaget til Rådets beslutning om særprogrammet "Samarbejde" til gennemførelse af Det Europæiske Fællesskabs syvende rammeprogram for forskning, teknologisk udvikling og demonstration (2007-2013)³ vil integrere kønsaspektet i sundhedsforskningen.
11. ANERKENDER behovet for kønsrelateret biomedicinsk forskning samt forskning vedrørende socioøkonomiske determinanter.
12. ANERKENDER, at selv om kvinder lever længere end mænd, så lever de flere år, hvor deres helbred ikke er godt. Incidensen og prævalensen af visse sygdomme, som f.eks. osteoporosis, er højere hos kvinder. Andre sygdomme, såsom hjerte-kar-sygdomme, kræft og mentale sundhedsproblemer, påvirker mænd og kvinder forskelligt. Nogle sygdomme, der er tilknyttet fødsel og forplantningsorganer, såsom endometriosis og livmoderhalskræft, vedrører udelukkende kvinder.

¹ 7034/06.

² EFT L 271 af 9.10.2002, s. 1.

³ 12736/05.

13. UNDERSTREGER, at hjerte-kar-sygdomme hyppigt er årsag til død og er en hyppig årsag til forringet livskvalitet for kvinder i Den Europæiske Union, på trods af at de i nogle medlemsstater ofte anses for at være overvejende mandesygdomme.
14. NOTERER SIG MED BEKYMRING, at øget rygning blandt kvinder i nogle medlemsstater medfører en betydelig forøget risiko for lungekræft og hjerte-kar-sygdomme.
15. NOTERER SIG MED BEKYMRING, at det forudses, at depression i nogle medlemsstater vil være den største sygdomsgruppe blandt kvinder inden 2020. Dårlig mental sundhed indvirker på livskvalitet og kan derfor påvirke sygelighed og dødelighed.
16. ANERKENDER, at usund levevis har en betydelig indvirkning på en lang række sygdomme, og derfor på de muligheder, som fremme af blandt andet sund kost og fysisk aktivitet giver for at reducere hjerte-kar-sygdomme og visse former for kræft.
17. ER ENIGT I, at forebyggende foranstaltninger, der inddrager kønsaspektet, samt sundhedsfremme og behandling bidrager til at reducere sygelighed og dødelighed som følge af alvorligere sygdomme blandt kvinder, hvorved deres livskvalitet forbedres.
18. NOTERER SIG, at pålidelige, kompatible og sammenlignelige data om situationen vedrørende kvinders sundhed er af afgørende betydning for at forbedre informationen til offentligheden og fastlægge passende strategier, politikker og indsatser for at sikre et højt sundhedsbeskyttelsesniveau, og at kønsspecifikke data og rapportering er afgørende for politikformulering.
19. UNDERSTREGER, at der efter næsten ti år er behov for en ny rapport om kvinders sundhedsstatus i den udvidede Europæiske Union.
20. OPFORDERER medlemsstaterne til at
 - indsamle kønsspecifikke data vedrørende sundhed, og opdele og analysere statistikker efter køn
 - tage initiativer til at styrke den viden, som fagfolk inden for generelle områder og på sundhedsområdet har med hensyn til sammenhængen mellem køn og sundhed

- fremme sundhed og forebygge sygdom, idet der om nødvendigt tages hensyn til kønsbestemte forskelle
- fremme forskning i medicinske forskelle virkninger på kvinder og mænd samt kønsbestemt sundhedsforskning
- tilskynde til integration af kønsaspektet i sundhedsplejen
- undersøge og afhjælpe de sundhedsmæssige uligheder, der således kan være, for at reducere sundhedskløften og sikre lige behandling samt lige adgang til sundhedspleje.

21. OPFORDRER Europa-Kommissionen til at

- integrere kønsaspekterne i sundhedsforskning
- støtte udveksling af oplysninger og erfaringer vedrørende god praksis inden for sundhedsfremme og -forebyggelse, der inddrager kønsaspektet
- bistå medlemsstaterne ved udvikling af effektive strategier til mindskelse af sundhedsmæssige uligheder med en kønsdimension
- fremme og styrke sammenlignelige og kompatible kønsbestemte oplysninger om sundhed i alle medlemsstater og på fællesskabsplan ved hjælp af udarbejdelsen af passende data
- forelægge den anden rapport om sundhedssituationen for kvinder i Den Europæiske Union.

22. OPFORDRER Europa-Kommissionen til at anvende den ekspertise, som Eurostat og det fremtidige Europæiske Institut for Ligestilling mellem Mænd og Kvinder besidder, for at bidrage til indsamling og analyse af data og udveksling af bedste praksis.

23. OPFORDRER Europa-Kommissionen til at fortsætte samarbejdet med de relevante internationale og mellemstatslige organisationer, navnlig WHO og OECD, for at sikre en effektiv koordinering af aktiviteterne."

– *Fremme af en sund levevis - forebyggelse af type 2-diabetes - Rådets konklusioner*

Rådet vedtog følgende konklusioner:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION

1. NOTERER SIG, at Den Europæiske Unions borgere lægger stor vægt på det højest mulige sundhedsniveau og betragter dette som en væsentlig forudsætning for høj livskvalitet
2. NOTERER SIG nødvendigheden af, at EU gør en indsats for at undersøge de hyppigste årsager til død og for tidlig død og de hyppigste årsager til forringet livskvalitet for Den Europæiske Unions borgere
3. MINDER OM, at
 - Fællesskabets indsats i henhold til traktatens artikel 152 skal være et supplement til de nationale politikker og være rettet mod at forbedre folkesundheden og forebygge sygdomme hos mennesker samt imødegå forhold, der kan indebære risiko for menneskers sundhed. Fællesskabets indsats på folkesundhedsområdet respekterer medlemsstaternes ansvar for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og medicinsk behandling
 - Rådet den 29. juni 2000 vedtog en resolution om foranstaltninger vedrørende sundhedsdeterminanter¹
 - Rådet den 14. december 2000 vedtog en resolution om sundhed og ernæring²
 - Rådet den 2. december 2002 vedtog konklusioner om fedme³
 - Rådet den 2. december 2003 vedtog konklusioner om sund levevis⁴.

¹ EFT C 218 af 31.7.2000, s. 8.

² EFT C 20 af 23.1.2001, s. 1.

³ EFT C 11 af 17.1.2003, s. 3.

⁴ EFT C 22 af 27.1.2004, s. 1.

4. MINDER ENDVIDERE OM, at
- Rådet den 2. juni 2004 noterede sig det irske formandskabs informationsnote om muligheden for en europæisk strategi for diabetes¹
 - Europa-Kommissionen den 15. marts 2005 lancerede en EU-plattform for kost, fysisk aktivitet og sundhed
 - Europa-Kommissionen den 8. december 2005 vedtog en grøn bog om fremme sund kost og fysisk aktivitet: En europæisk dimension i forebyggelsen af overvægt, fedme og kroniske sygdomme, som undersøger de faktorer, der er afgørende for frembrud af type 2-diabetes
 - Europa-Parlamentet den 3. april 2006 vedtog en skriftlig erklæring om diabetes²
5. NOTERER SIG konklusionerne, jf. bilaget, fra det østrigske formandskabs konference "Forebyggelse af type 2-diabetes", som blev afholdt den 15.-16. februar 2006 i Wien, Østrig, med deltagelse af eksperter fra medlemsstater, tiltrædende stater og kandidatlande, herunder sundhedspersonale og repræsentanter fra diabetesforeninger og patientgrupper
6. UNDERSTREGER, at diabetes er en af de hyppigste årsager til død og for tidlig død og til forringet livskvalitet for borgere i Den Europæiske Union
7. ERKLÆRER, at sundhedsdeterminanter har indflydelse på diabetes, og at de største risikofaktorer for udvikling af type 2-diabetes er overvægt, levevis med ringe fysisk aktivitet, rygning og/eller højt blodtryk, som kan påvirkes ved at ændre de underliggende faktorer. Andre medvirkende faktorer omfatter svangerskabsdiabetes (sukkersyge i forbindelse med graviditet), nedsat glukosetolerans eller impaired fasting glycaemia
8. ANERKENDER, at type 2-diabetes og dens følgesygdomme (hjerte-kar-sygdomme, nyresygdom, øjensygdom og problemer med fødderne), ofte diagnosticeres alt for sent, og at følgesygdommene ofte først opdages i forbindelse med diagnosen
9. ERKLÆRER, at forebyggende foranstaltninger, tidlig opsporing og diagnosticering og effektiv kontrol med sygdommen kan reducere dødelighed som følge af diabetes og forlænge de europæiske befolkningers forventede levealder og livskvalitet

¹ Dok. 9808/04.

² Skriftlig erklæring 1/2006.

10. ER BEKYMRET over de negative konsekvenser for sundheden og navnlig forekomsten af diabetes, den stigende overvægt og fedme i befolkningen på alle alderstrin i Den Europæiske Union, navnlig blandt børn og unge. Følgerne af type 2-diabetes på kvinder i den fødedygtige alder giver anledning til særlig bekymring
11. ERKLÆRER, at det er nødvendigt med en hurtig målrettet indsats mod diabetes og de underliggende sundhedsdeterminanter for at tackle den stigende forekomst og udbredelse af sygdom samt væksten i de dermed forbundne direkte og indirekte omkostninger
12. ERKENDER, at det er muligt at forebygge eller sinke udviklingen af type 2-diabetes, og at de dermed forbundne følgesygdomme kan begrænses, hvis der gøres noget ved de underliggende sundhedsdeterminanter, navnlig dårlig kost og manglende fysisk aktivitet, også i den tidlige barndom
13. ERKENDER, at forebyggelse af diabetes har en direkte positiv effekt på andre ikke-smitsomme sygdomme, f.eks. hjerte-kar-sygdomme, som også udgør en stor sundhedsrisiko for borgerne i Den Europæiske Union, og på byrderne på sundhedssystemerne og økonomierne
14. ANERKENDER behovet for kontrol og overvågning af diabetes, herunder udveksling af data om dødelighed, sygelighed og risikofaktorer i forbindelse med diabetes og større forståelse for befolkningernes levevis, viden, holdninger og adfærd i hele EU
15. ANERKENDER, at yderligere europæisk forskning i sundhedsdeterminanterne med henblik på bekæmpelse af risikofaktorerne i forbindelse med diabetes vil kunne bidrage væsentligt og positivt til at imødegå disse sygdomme fremover
16. ERKENDER, at der for at imødegå og reducere lidelser som følge af diabetes er behov for en langsigtet tilgang, der omfatter foranstaltninger rettet mod den raske del af befolkningen og mod enkeltpersoner, der har høj risiko for at få eller som lever med diabetes
17. ANERKENDER, at sundhedsfremme skal baseres på en integreret tilgang og være vidtfavnende og gennemsigtig, inddrage flere sektorer, være tværfaglig og deltagerbaseret samt bygge på den bedste disponible forskning og dokumentation. Sygdomsforebyggelse skal navnlig være rettet mod mennesker gennem hele livscyklussen, navnlig dem, der har størst risiko for at blive ramt af diabetes, idet der skal tages hensyn til sociale og kulturelle forskelle samt køns- og aldersforskelle. Der skal gøres en indsats med henblik på en passende evaluering, herunder kontrol med og overvågning af foranstaltninger og programmer

18. UDTRYKKER TILFREDSHED MED, at Kommissionen har oprettet en handlingsplatform for kost, fysisk aktivitet og sundhed
19. UDTRYKKER TILFREDSHED MED den rolle, som civilsamfundet kan spille med henblik på at forebygge diabetes og dens følgesygdomme
20. OPFORDRER medlemsstaterne til som led i vedtagelse eller revision af nationale folkesundhedsstrategier og deres bestræbelser for at fokusere på sundhedsdeterminanter og fremme af sund levevis og med hensyn til disponible ressourcer at overveje:
 - indsamling, registrering, overvågning og indberetning på nationalt plan af omfattende epidemiologiske og økonomiske data om diabetes samt data om de underliggende faktorer
 - udvikling og gennemførelse af rammeplaner, der på relevant vis er rettet mod diabetes og/eller determinanterne herfor, evidensbaseret sygdomsforebyggelse, screening og forvaltning baseret på bedste praksis, og som omfatter en evalueringsordning med målelige mål til at følge sundhedsresultater og omkostningseffektivitet, under hensyn til medlemsstaternes organisation og levering af deres respektive sundhedstjenesteydelser, etiske, juridiske, kulturelle og andre relevante spørgsmål og disponible midler
 - udvikling af foranstaltninger vedrørende evidensbaseret, bæredygtig og omkostningseffektiv bevidstgørelse af offentligheden og primær forebyggelse, som er tilgængelige og økonomisk overkommelige, med henblik på at imødekomme behovene hos de personer, der har størst risiko for at udvikle diabetes, samt befolkningen som helhed
 - udvikling af foranstaltninger vedrørende økonomisk overkommelig og tilgængelig sekundær forebyggelse, som bygger på nationale evidensbaserede retningslinjer og tager sigte på at opspore og forhindre, at der opstår komplikationer som følge af diabetes
 - vedtagelse af en holistisk, tværsektionel og tværfaglig styringsmodel i forbindelse med personer med diabetes, hvor der lægges vægt på forebyggelse og inddragelse af primær, sekundær og lokal sundhedspleje, sociale tjenester og uddannelsesområdet
 - videreudvikling af omfattende uddannelse af professionelle fra sundhedssektoren

21. OPFORDRER Europa-Kommissionen til om nødvendigt at støtte medlemsstaterne i deres indsats for at forebygge diabetes og fremme en sund levevis ved at:
- identificere diabetes som en folkesundhedsmæssig udfordring i Europa og fremme etablering af netværk og udveksling af oplysninger mellem medlemsstater med henblik på at fremme bedste praksis, styrke koordinationen af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende politikker og programmer for hele befolkningen og højrisikogrupperne samt mindske uligheder og optimere ressourcerne i sundhedssektoren
 - lette og støtte den europæiske grundforskning og kliniske forskning med hensyn til diabetes og sikre bred udbredelse af forskningsresultaterne i hele Europa
 - undersøge og styrke sammenligneligheden af de epidemiologiske oplysninger om diabetes ved at udarbejde standardiserede output for kontrol med overvågning af, og indberetning om dødelighed, sygelighed og risikofaktorer i forbindelse med diabetes i medlemsstaterne
 - aflægge rapport om medlemsstaternes indsats for at fremhæve sundhedsdeterminanter samt fremme sund levevis, nationale diabetesplaner og forebyggende foranstaltninger på grundlag af data fra medlemsstaterne, hvori det vurderes, om de foreslåede foranstaltninger virker effektivt, og om der er behov for yderligere foranstaltninger
 - fortsætte arbejdet med at opstille en omfattende strategi for sundhedsdeterminanter på europæisk plan, der bl.a. skal omfatte en sammenhængende og omfattende politik for ernæring og fysisk aktivitet, samt undersøge, i hvilket omfang reklamer for energiholdige fødevarer og sukkersødede læskedrikke, deres markedsføring og præsentation har indflydelse på folkesundheden
 - bygge på arbejdet i den europæiske handlingsplatform for kost, fysisk aktivitet og sundhed og fremme udviklingen og gennemførelsen af nationale programmer og foranstaltninger til diabetesforebyggelse
 - tage hensyn til sundhedsdeterminanter og risikofaktorer i forbindelse med diabetes i alle EU's politikker
22. OPFORDRER Kommissionen til at videreføre samarbejdet med de kompetente internationale organisationer, herunder navnlig Verdenssundhedsorganisationen og OECD, for at sikre en effektiv koordinering af aktiviteterne."

– *Fælles værdier og principper i EU's sundhedssystemer - Rådets konklusioner*

"Rådet vedtog følgende konklusioner:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION

1. NOTERER sig, at Europa-Kommissionen i sit ændrede forslag til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv om tjenesteydelser i det indre marked har besluttet at fjerne sundhedstjenester fra direktivets anvendelsesområde og dermed indarbejde de ændringer, der er foreslået af Europa-Parlamentet.
2. NOTERER sig, at Europa-Kommissionen har erklæret, at den vil fastlægge EU-rammer for sikre og effektive sundhedstjenester af høj kvalitet gennem styrkelse af samarbejdet mellem medlemsstaterne og ved at skabe klarhed og sikkerhed omkring anvendelsen af EU-lovgivning på sundhedstjenester og sundhedspleje.
3. ERKENDER, at de seneste domme afsagt af EU-domstolen har understreget behovet for at præcisere interaktionen mellem EF-traktatens bestemmelser, især om fri bevægelighed for tjenesteydelser, og de nationale sundhedssystemers sundhedstjenester.
4. FINDER, at sundhedssystemerne er en central del af Europas høje niveau for social beskyttelse og et væsentligt bidrag til social samhørighed og social retfærdighed.
5. MINDER OM de overordnede værdier universalitet, adgang til pleje af god kvalitet, lighed og solidaritet.
6. TILSLUTTER SIG vedlagte erklæring om fælles værdier og principper, der ligger til grund for sundhedssystemerne i Den Europæiske Unions medlemsstater (bilaget).
7. OPFORDRER Europa-Kommissionen til at sikre, at de fælles værdier og principper i erklæringen respekteres, når der udarbejdes specifikke forslag om sundhedstjenester.
8. OPFORDRER Den Europæiske Unions institutioner til at sikre, at de fælles værdier og principper i erklæringen respekteres i deres arbejde.

Erklæring om fælles værdier og principper

Dette er en erklæring fra Den Europæiske Unions 25 sundhedsministre om de fælles værdier og principper, der ligger til grund for Europas sundhedssystemer. Vi mener, at en sådan erklæring er vigtig, idet den skaber klarhed for vore borgere, og at den er aktuel på grund af Europa-Parlamentets afstemning for nylig og Kommissionens reviderede forslag om at fjerne sundhedspleje fra det foreslåede direktiv om tjenesteydelser i det indre marked. Vi er af den faste overbevisning, at udviklinger på dette område bør bygge på politisk konsensus og ikke kun på retspraksis.

Vi mener også, at det vil være vigtigt at sikre nedennævnte fælles værdier og principper for så vidt angår anvendelsen af konkurrenceregler på de systemer, der gennemfører dem.

Denne erklæring bygger på drøftelser, der har fundet sted i Rådet og med Kommissionen som led i den åbne koordinationsmetode, og på processen for overvejelser på højt plan vedrørende patientmobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU. Den tager også hensyn til de juridiske instrumenter på europæisk og internationalt plan, der har indflydelse på sundhedsområdet.

Denne erklæring fastlægger de fælles værdier og principper, der deles i hele Den Europæiske Union, med hensyn til hvordan sundhedssystemerne opfylder behovene hos de befolkninger og patienter, som de betjener. Den forklarer også, at det er meget forskelligt, hvordan disse værdier og principper omsættes til praksis i medlemsstaternes sundhedssystemer, og at det vil blive ved med at være således. Især skal de beslutninger, der vedrører den vifte af sundhedsydelser, som borgerne er berettiget til, og de mekanismer, der anvendes til at finansiere og levere denne sundhedspleje, f.eks. i hvilken udstrækning det er hensigtsmæssigt at anvende markedsmechanismer og konkurrencepres til forvaltning af sundhedssystemerne, træffes i den nationale kontekst.

Fælles værdier og principper

Den Europæiske Unions sundhedssystemer er en central del af Europas høje niveau for social beskyttelse og bidrager til social samhørighed og social retfærdighed samt til bæredygtig udvikling.

De overordnede værdier universalitet, adgang til pleje af god kvalitet, lighed og solidaritet er almindeligt accepterede i de forskellige EU-institutioners arbejde. Sammen udgør de værdier, der er fælles for hele Europa. Universalitet betyder, at ingen er udelukket fra adgang til sundhedspleje; solidaritet er tæt forbundet med, hvordan vore sundhedssystemer er finansieret, og behovet for at sikre adgang for alle; lighed vedrører lige adgang efter behov, uanset etnisk baggrund, køn, alder, social status eller betalingsevne. EU's sundhedssystemer sigter også mod at reducere de store sundhedsmæssige uligheder, der skaber bekymring i EU's medlemsstater; tæt forbundet med dette er indsatsen i medlemsstaternes systemer for at forebygge sygdomme, bl.a. ved at fremme en sund livsstil.

Alle sundhedssystemer i EU sigter mod at være patientorienterede og imødekommende over for den enkeltes behov.

De forskellige medlemsstater anvender imidlertid forskellige tilgange til at føre disse værdier ud i livet; de har f.eks. forskellige opfattelser af, om den enkelte skal betale et personligt bidrag til dækning af visse elementer af sundhedsplejen, eller om der er et generelt bidrag, og om dette skal betales over en supplerende forsikring. Medlemsstaterne har gennemført forskellige bestemmelser for at sikre lighed: nogle har valgt at lade denne komme til udtryk gennem patientrettigheder, andre i form af forpligtelser for sundhedsvæsenet. Håndhævelsen sker også på forskellig måde - i nogle medlemsstater gennem domstolene, i andre gennem nævn, ombudsmænd osv.

Det er et væsentligt træk ved alle vore systemer, at vi sigter mod at gøre dem finansielt bæredygtige på en måde, der sikrer disse værdier i fremtiden.

Det er en integrerende del af medlemsstaternes strategi for nedsættelse af den økonomiske byrde for de nationale sundhedssystemer, at man retter fokus mod forebyggende foranstaltninger, idet forebyggelse i betydelig grad bidrager til at nedsætte omkostningerne ved sundhedspleje og derfor bidrager til finansiell bæredygtighed ved at hindre sygdom og spare de dermed forbundne udgifter.

Under disse overordnede værdier er der også et sæt operative principper, der er fælles for Den Europæiske Union i den forstand, at alle EU's borgere forventer at finde dem, og der er strukturer til at støtte dem i sundhedssystemerne overalt i EU. Disse omfatter

– Kvalitet:

Alle sundhedssystemer i EU stræber mod at yde pleje af god kvalitet. Dette gennemføres især ved at forpligte sundhedspersonalet til at deltage i efter- og videreuddannelse, der er baseret på klart definerede nationale standarder, og som sikrer, at personalet har adgang til rådgivning med hensyn til bedste praksis inden for kvalitetssikring, stimulerer innovation, udbreder god praksis og udvikler systemer til sikring af god klinisk styring, og ved at overvåge kvaliteten i sundhedssystemet. En vigtig del af denne dagsorden vedrører princippet om sikkerhed.

– Sikkerhed:

Patienter kan forvente, at EU's sundhedssystemer sikrer en systematisk tilgang til sikring af patienternes sikkerhed, herunder overvågning af risikofaktorer, passende uddannelse af sundhedspersonalet og beskyttelse mod vildledende reklame for sundhedsprodukter og behandlinger.

– Pleje, der bygger på dokumentation og etik:

Befolkningsmæssige udfordringer og nye medicinske teknologier kan give anledning til vanskelige spørgsmål (om etik og økonomisk overkommelighed), som alle EU's medlemsstater skal svare på. Det er vigtigt at sikre, at sundhedssystemerne er dokumentationsbaserede både for at kunne yde behandling af høj kvalitet og for at kunne sikre bæredygtighed på lang sigt. Alle systemer skal kunne klare den udfordring, det er at prioritere sundhedspleje på en sådan måde, at den enkelte patients behov afvejes i forhold til de økonomiske midler, der er til rådighed til at behandle hele befolkningen.

– Inddragelse af patienterne:

Alle EU's sundhedssystemer vil være patientorienterede. Dette betyder, at de sigter mod at inddrage patienterne i deres behandling, at de er åbne over for dem og tilbyder dem valgmuligheder, hvis det er muligt, dvs. valg mellem forskellige udbydere af sundhedsydelser. Hvert system stiler mod at tilbyde de enkelte patienter oplysninger om deres sundhedsstatus og give dem ret til at blive fuldt ud informeret om den behandling, der tilbydes dem, og til at give deres samtykke til en sådan behandling. Alle systemer bør også være underlagt offentlig kontrol og bør sikre god forvaltningsskik og gennemsigtighed.

– Klageadgang:

Patienterne bør have ret til klage, hvis noget går galt. Dette omfatter en gennemsigtig og fair klageprocedure samt klar information om ansvar og særlige former for klageadgang, der fastsættes af det pågældende sundhedssystem (f.eks. erstatning).

– Privatlivets fred og tavshedspligt

Alle EU's borgeres ret til beskyttelse af personlige oplysninger er anerkendt i EU og i national lovgivning.

Som sundhedsministre noterer vi os den stigende interesse i spørgsmålet om den rolle, som markedsmekanismerne (herunder konkurrencepres) spiller i forvaltningen af sundhedssystemerne. Der er mange politikudviklinger på vej inden for dette område i EU's sundhedssystemer, der sigter mod at fremme pluralitet og valgmuligheder og mod at udnytte ressourcerne bedst muligt. Vi kan lære af hinandens politikudviklinger på dette område, men det er de enkelte medlemsstater selv, der beslutter sig for, hvilken tilgang de vælger med specifikke tiltag skræddersyet til det pågældende sundhedssystem.

Det er ikke hensigtsmæssigt at forsøge at standardisere sundhedssystemerne på EU-plan, men der ligger en umådelig værdi i at arbejde med sundhedspleje på europæisk plan. Medlemsstaterne er forpligtet til at arbejde sammen og dele erfaringer og oplysninger om strategier og god praksis, f.eks. gennem Kommissionens Gruppe på Højt Plan vedrørende Sundhedstjenesteydelser og Lægebehandling eller den åbne koordinationsmetode inden for sundhedspleje og langvarig pleje, med henblik på at nå det fælles mål, som er at fremme mere effektiv og tilgængelig sundhedspleje af høj kvalitet i Europa. Vi mener, at der ligger en særlig værdi i ethvert relevant initiativ vedrørende sundhedstjenesterne, der sikrer klarhed for de europæiske borgere om deres rettigheder, når de flytter fra en EU-medlemsstat til en anden, og i at værne om disse værdier og principper inden for en retlig ramme af hensyn til retssikkerheden.

Som konklusion kan det fastslås, at vore sundhedssystemer er en grundlæggende del af Europas sociale infrastruktur. Vi undervurderer ikke de udfordringer, der ligger foran os med hensyn til at forene individuelle behov med de midler, der er til rådighed, efterhånden som Europas befolkning bliver ældre, forventningerne stiger og lægevidenskaben gør fremskridt. Når vi drøfter fremtidige strategier, bør det være et fælles anliggende at beskytte de værdier og principper, som ligger til grund for sundhedssystemerne i EU. I vores egenskab af sundhedsministre i EU's 25 medlemsstater opfordrer vi de europæiske institutioner til at sikre, at de i deres arbejde beskytter disse værdier, efterhånden som arbejdet med at undersøge EU's indvirkning på sundhedssystemerne og integrationen af sundhedsaspekter i alle politikker skrider frem."

– **Bæredygtig EU-udviklingsstrategi**

Rådet havde en politisk debat i forbindelse med revisionen af EU-strategien for bæredygtig udvikling (SDS).

Debatten handlede om følgende:

- Spørgsmålet om, hvorvidt de målsætninger, mål og kerneaktioner vedrørende folkesundhed, der foreslås i SDS-revisionspakken¹, er hensigtsmæssige og tilstrækkelige til at tage udfordringerne i forbindelse med bæredygtig udvikling op og til effektivt at imødegå ikke-bæredygtige tendenser inden for sundhedssektoren
- Sundhedssektorens bidrag til økonomisk udvikling og Lissabon-strategiens resultater
- De bidrag, som en ambitiøs EU-strategi for bæredygtig udvikling kan yde til bedre sammenhæng mellem EU's interne politikker og dets internationale tilsagn samt til bæredygtig udvikling både på EU-plan og globalt.

Delegationerne udtrykte enstemmigt tilfredshed med, at folkesundhed er blevet et prioriteret område i EU's SDS-revisionspakke. Bedre sundhed ansås for at være afgørende for økonomisk udvikling og velstand.

Flere delegationer understregede, at forbindelsen mellem bæredygtig udvikling og menneskers sundhed bør fremgå mere tydeligt af den reviderede SDS.

Delegationerne fremhævede også, at konsekvensvurdering af nye lovgivningsmæssige foranstaltninger også bør omfatte sundhedsdimensionen, for eksempel som et redskab til at integrere sundhedsaspektet i samtlige politikker.

Spørgsmålet om sundhedssystemernes finansielle bæredygtighed blev også rejst.

EU vil kunne spille en førende rolle ved at sætte den internationale dagsorden for folkesundhed og udvikle videnskabelige foranstaltninger til at tage de udfordringer op, der ligger i folkesundhed på verdensplan.

¹ 15796/05.

I juni 2005 vedtog Det Europæiske Råd en erklæring om de styrende principper for bæredygtig udvikling baseret på 4 mål: *miljøbeskyttelse, social lighed og samhørighed, økonomisk velstand og internationalt ansvar*¹.

I december 2005, noterede Det Europæiske Råd sig fremlæggelsen af Kommissionens meddelelse om revision af strategien for bæredygtig udvikling for de kommende 5 år², og det så frem til "*i juni 2006 at vedtage en ambitiøs og samlet strategi, der omfatter mål, indikatorer og en effektiv kontrolprocedure, inddrager interne og eksterne dimensioner og bygger på en positiv langsigtet vision, der forener Fællesskabets prioriteter og målsætninger for bæredygtig udvikling i en klar og sammenhængende strategi, der kan formidles enkelt og effektivt til borgerne.*"³.

Formandskabet fører i øjeblikket konsultationer med alle de relevante rådssammensætninger med henblik på at Det Europæiske Råd i juni 2006 kan vedtage den reviderede EU-strategi for bæredygtig udvikling.

¹ 10255/05.

² 15796/05..

³ Punkt 13 i konklusionerne fra Det Europæiske Råd i december 2005 (15914/1/05).

– *Beredskab og planlægning i forbindelse med en influenzapandemi*

Rådet havde en udveksling af synspunkter om beredskab og planlægning i forbindelse med en influenzapandemi med særligt fokus på de skridt, der skal tages på EU-plan for at være parat i tilfælde af, at der udbryder human pandemisk influenza.

Delegationerne udtrykte deres synspunkter om oprettelse af et europæisk strategisk lager af antivirale midler og om, hvor mange behandlinger dette lager skal dække, om lageret skal være virtuelt eller fysisk eksisterende, og om, hvornår lageret skal være oprettet.

Udvekslingen af synspunkter var en opfølgning af drøftelserne på sundhedsministrenes uformelle møder i februar og april 2006 i Wien.

Drøftelserne om de retlige, tekniske og økonomiske aspekter af dette spørgsmål fortsætter under det kommende formandskab.

– ***Bekæmpelse af hiv/aids***

Rådet havde en udveksling af synspunkter om meddelelsen fra Kommissionen om *bekæmpelse af hiv/aids i EU og EU's nabolande i perioden 2006–2009*.

Debatten omfattede navnlig følgende spørgsmål:

- områder [f.eks. menneskerettigheder, stigmatisering og diskrimination, fremme af forebyggelse, tidlig diagnosticering, adgang til behandling og forskning], der bør fokuseres særligt på for at styrke bekæmpelsen af denne globale trussel; styrkelse af den primære forebyggelse; strategi/foranstaltninger, der er nødvendige på europæisk plan for at støtte og styrke medlemsstaternes forebyggende foranstaltninger
- bistand til nabolandene i deres bestræbelser på at få kontrol med hiv/aids-epidemien
- behovet for på et tidspunkt at inddrage Det Europæiske Råd.

Forebyggelse, bekæmpelse af stigmatisering og diskrimination, genoptagelse af informationskampagnerne, let og lige adgang til behandling, bekæmpelse af prostitution og narkohandel, investering i forskning i nye behandlinger og vacciner var blandt de initiativer, der blev peget på som afgørende for at standse spredningen af epidemien.

En streng overvågning af folkesundheden og epidemiologiske systemer ville gøre det lettere for medlemsstaterne at skræddersy deres foranstaltninger til grupper med størst hiv-risiko. Øget samarbejde med myndigheder og ngo'er og udveksling af god praksis er af altafgørende betydning i forbindelse med bistanden til nabolandene.

Stats- og regeringschefernes engagement såvel inden for som uden for EU vurderedes at have betydning for de fælles bestræbelser for at bekæmpe epidemien og prioritere hiv-aids højt på den internationale dagsorden.

Det skal understreges, at hiv/aids-epidemien siden slutningen af 1980'erne været genstand for stor bekymring og mange tiltag fra EU's sundhedsmyndigheders side.

EU og EU's nabolande står nu over for truslen om en "ny epidemi". Dele af Europa tegner sig for den største vækst i antallet af nye hiv/aids-tilfælde i verden. UNAIDS har offentliggjort tal, der bekræfter, at antallet af nye tilfælde af infektion er stigende i de 25 medlemsstater og i deres østeuropæiske nabolande. Smittemønstret er også under forandring. Selv om de seksuelt overførte infektioner fortsat er fremherskende i dele af det europæiske kontinent, kan en stor del af den kraftige stigning i antallet af infektioner tilskrives stiknarkomaner.

– *Lægemidler til avanceret terapi*

I afventen af Europa-Parlamentets førstebehandlingsudtalelse noterede Rådet sig en statusrapport om et forslag til forordning om lægemidler til avanceret terapi (15023/05).

Hovedformålet med dette forslag er at skabe en fælles retlig ramme for tre terapiformer (genterapi, somatisk celleterapi og vævsmanipulering), hvor den videnskabelige og tekniske udvikling går meget hurtigt.

Udviklingen på dette område har stor betydning for den fremtidige sygdomsbehandling, så der er stort behov for at fastsætte fællesskabsregler med henblik på at lette innovation, udvikling og klinisk testning på et nyt marked.

Kommissionen har fremsat et forslag, der omhandler sikkerhed og virkning af midler baseret på avancerede terapiformer, når det originale materiale foreligger, frem for materialets oprindelse, idet disse spørgsmål er omfattet af andre retsakter (f.eks. direktivet om humane væv).

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 95 - kvalificeret flertal i Rådet og fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet.

– *Medicinsk udstyr*

I afventen af Europa-Parlamentets førstebehandlingsudtalelse noterede Rådet sig en statusrapport (9522/06) om et forslag til direktiv om revision af direktiverne om medicinsk udstyr (5072/06).

Forslaget tager sigte på at tydeliggøre den eksisterende lovgivning (direktiv 90/385/EØF¹, 93/42/EØF² og 98/79/EF³) og skabe grundlaget for en generel revision af lovgivningen for medicinsk udstyr foretaget af Kommissionen.

Foreslået retsgrundlag: traktatens artikel 95 - kvalificeret flertal i Rådet og fælles beslutningsprocedure med Europa-Parlamentet.

¹ Rådets direktiv 90/385/EØF af 20. juni 1990 om indbyrdes tilnærmelse af medlemsstaternes lovgivning om aktive, implantable medicinske anordninger. EFT L 189 af 20.7.1990, s. 17.

² Rådets direktiv 93/42/EØF af 14. juni 1993 om medicinske anordninger. EFT L 169 af 12.7.1993, s. 1.

³ Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 98/79/EF af 27. oktober 1998 om medicinsk udstyr til in vitro-diagnostik. EFT L 331 af 7.12.1998, s. 1.

EVENTUELT

Rådet blev af formandskabet orienteret om følgende spørgsmål:

- Forslag til forordning om oprettelse af Den Europæiske Fond for Tilpasning til Globaliseringen (9594/06)
- Formandskabskonferencer:
 - Konference om socialydelser af almen interesse (den 20. april 2006 i Wien) (9459/06)
 - Femte møde med mennesker, der er ramt af fattigdom (den 12.-13. maj 2006 i Bruxelles) (9682/06)
 - Konference om de kulturelle og politiske betingelser for sociale modeller i Europa (den 19.-20. maj 2006 i Wien) (9849/06)
 - Konference om indsnævring af lønforskellene mellem mænd og kvinder (den 22. maj 2006 i Bruxelles) (9841/06)
 - Resultatet af den første internationale konference om kemikalieforvaltning (ICCM 1) (den 4.-6. februar 2006 i Dubai) (8930/06)
 - Konference om skadelige traditionelle skikke (5675/06)
- Sager, der hører under den fælles beslutningsprocedure (sundhedsanprisninger, vitaminer og lægemidler til pædiatrisk brug)

Rådet blev af Kommissionen orienteret om følgende spørgsmål:

- Meddelelse fra Kommissionen: Retningslinjer for udstationering af arbejdstagere som led i udveksling af tjenesteydelser (9924/06)
- Meddelelse fra Kommissionen: Gennemførelse af partnerskabet for vækst og beskæftigelse: at gøre Europa til et ekspertisecenter for virksomhedernes sociale ansvar (9918/06)
- Meddelelse fra Kommissionen om fremme af anstændigt arbejde for alle (9921/06)

- 2007: Det europæiske år for lige muligheder for alle (9916/06)
- Forslag til Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse om oprettelse af et EF-handlingsprogram for sundhed og forbrugerbeskyttelse (2007-2013) - Situationsrapport (9512/06)
- Rammekonventionen om tobakskontrol (9902/06)
- Kommissionens Gruppe på Højt Plan vedrørende Sundhedstjenesteydelser og Lægebehandling (9903/06)
- Psykisk sundhed (9904/06)
- Post G-10 strategien (9906/06)
- Kommissionens meddelelse om forebyggelse af personskader og fremme af sikkerheden (9907/06)
- Kommissionens meddelelse om EU's alkoholstrategi (9908/06)

Rådet blev af formandskabet og Kommissionen orienteret om følgende spørgsmål:

- Konference om e-sundhed i Malaga (9783/06 ADD 1)

Rådet blev af den portugisiske delegation orienteret om følgende spørgsmål:

- Konference i Europarådets regi for ministre med ansvar for familieanliggender: Nye forælderroller (9893/06)

ANDRE PUNKTER, DER BLEV GODKENDT

FISKERI

Blåhvilling og sild

Rådet vedtog en forordning om ændring af forordning (EF) nr. 51/2006¹ for at gennemføre aftalen af 23. februar 2006 mellem Fællesskabet og Færøerne om gensidig adgang til blåhvilling- og sildebestandene i hinandens fiskeriområder.

¹ EUT L 16 af 20.1.2006, s. 1.