



RÅDET FOR
DEN EUROPÆISKE
UNION



9507/04 (Presse 163)

PRESSEMEDDELELSE

2586. samling i Rådet

Beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerpolitik

Luxembourg, den 1.-2. juni 2004

- Formand **Mary COUGHLAN, TD**
Irlands minister for social- og familiespørgsmål
- Frank FAHEY, TD**
Viceminister, Irlands Ministerium for Erhvervs politik, Handel og Beskæftigelse, med særligt ansvar for arbejdsspørgsmål, herunder erhvervsuddannelse
- Willie O'DEA, TD**
Viceminister, Irlands Justitsministerium, Ministeriet for Ligestilling og Lovreformer, med særligt ansvar for ligestillingsspørgsmål, herunder handicapspørgsmål
- Micheál Martin, TD**
Irlands minister for sundhed og børn

P R E S S E

Rue de la Loi 175 B – 1048 BRUXELLES Tlf.: +32 (0)2 285 8716 / 6319 Fax: +32 (0)2 285 8026
press.office@consilium.eu.int <http://ue.eu.int/Newsroom>

9507/04 (Presse 163)

1
DA

Vigtigste resultater af Rådets samling

Rådet nåede til politisk enighed om et udkast til forordning om ajourføring af forordning nr. 1408/71 om koordineringen af de sociale sikringsordninger på baggrund af de seneste ændringer i de nationale lovgivninger og de seneste domme fra EF-Domstolen.

Det nåede desuden til politisk enighed om beskæftigelsesretningslinjerne og -henstillingerne for 2004.

Rådet foretog en tilpasning af Kommissionens forhandlingsdirektiver for så vidt angår revisionen af det internationale sundhedsregulativ i samarbejde med Verdenssundhedsorganisationen (WHO).

Rådet vedtog en afgørelse om indgåelse på Fællesskabets vegne af WHO-rammekonventionen om bekæmpelse af tobaksrygning.

INDHOLD¹

DELTAGERE	5
------------------------	----------

PUNKTER BEHANDLET VED DEBAT

BESKÆFTIGELSE, SOCIALPOLITIK, LIGESTILLING.....	7
– SAMORDNING AF DE SOCIALE SIKRINGSORDNINGER - ÆNDRINGER.....	7
– UDVALGET FOR SOCIAL BESKYTTELSE.....	8
– 2004-BESKÆFTIGELSESPAKKEN.....	9
– Beskæftigelsesretningslinjer.....	9
– Beskæftigelseshenstillinger.....	9
– DET EUROPÆISKE INSTITUT FOR LIGESTILLING.....	11
– LIGEBEHANDLING AF KVINDER OG MÆND	12
SUNDHED	13
– HJERTESUNDHED - Rådets konklusioner	13
– E-SUNDHED - Rådets konklusioner.....	21
– PLANLÆGNING AF BEREDSKAB OVER FOR INFLUENZAPANDEMIER - Rådets konklusioner	28
– PATIENTMOBILITET OG SUNDHEDSPLEJE - Rådets konklusioner	31
– LANGVARIG SUNDHEDSPLEJE	38
– DET INTERNATIONALE SUNDHEDSREGULATIV	39
– ALKOHOL OG UNGE - Rådets konklusioner.....	40
– ASTMA HOS BØRN - Rådets konklusioner.....	42
– ANPRISNINGER AF FØDEVARER	46
– TILSÆTNING AF VITAMINER OG MINERALER TIL FØDEVARER	47
EVENTUELT	48

ANDRE PUNKTER, DER BLEV GODKENDT*SUNDHED*

– WHO-rammekonventionen om bekæmpelse af tobaksrygning.....	I
---	---

¹

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

DELTAGERE

Medlemsstaternes regeringer og Europa-Kommissionen var repræsenteret således:

Belgien:

Marie ARENA

Minister for offentligt ansatte, social integration og storbypolitik

Frank VANDERBROUCKE

Arbejds- og pensionsminister

Rudy DEMOTTE

Social og sundhedsminister

Den Tjekkiske Republik:

Zdeněk ŠKROMACH

Arbejds- og pensionsminister

Jozef KUBINYI

Sundhedsminister

Danmark:

Henriette KJÆR

Socialminister og minister for ligestilling

Tyskland:

Marion CASPERS-MERK

Statssekretær, medlem af Forbundsdagen, under forbundsministeren for sundhed og social beskyttelse
Forbundsminister for sundhed og social beskyttelse

Ulla SCHMIDT

Estland:

Marko POMERANTS

Socialminister

Grækenland:

Panos PANAGIOTOPOULOS

Minister for beskæftigelse og social sikring

Nikitas KAKLAMANIS

Minister for sundhed og social samhørighed

Spanien:

Jesús CALDERA SÁNCHEZ-CAPITÁN

Arbejds- og socialminister

Elena SALGADO MÉNDEZ

Minister for sundheds- og forbrugerspørgsmål

Frankrig:

Gérard LARCHER

Viceminister under ministeren for beskæftigelse, arbejde og social samhørighed, med ansvar for arbejdsmarkedsforhold

Irland:

Mary COUGHLAN, T.D.

Minister for social- og familiespørgsmål

Willie O'DEA, T.D.

Viceminister, Justitsministeriet, Ministeriet for Ligestilling og Lovreformer

Frank FAHEY, T.D.

Viceminister, Ministeriet for Erhvervspolitik, Handel og Beskæftigelse

Micheál MARTIN

Minister for sundhed og børn

Italien:

Girolamo SIRCHIA

Sundhedsminister

Cypern:

Christos TALIADOROS

Arbejdsminister og minister for social sikring

Andreas TRYFONIDES

Statssekretær, Sundhedsministeriet

Letland:

Dagnija STAĶE

Velfærdsminister

Rinalds MUCIŅŠ

Sundhedsminister

Litauen:

Rimantas KAIRELIS

Statssekretær, Social- og Arbejdsministeriet

Juozas OLEKAS

Sundhedsminister

Luxembourg:

Marie-Josée JACOBS

Minister for familiespørgsmål, social solidaritet og ungdomsspørgsmål, minister for fremme af kvinders vilkår

François BILTGEN

Arbejdsminister

Carlo WAGNER

Sundheds- og socialminister

Ungarn:

Gábor CSIZMÁR

Politisk statssekretær, Arbejds- og Beskæftigelsesministeriet

Ferencné JAKAB

Administrativ statssekretær, Ministeriet for Sundheds-, Social- og Familiespørgsmål

Malta:

Helen D'AMATO

Statssekretær for ældrespørgsmål og lokal sundhedspleje, Ministeriet for Sundhed, Ældrespørgsmål og Lokal Sundhedspleje

Nederlandene:

Aart Jan DE GEUS

Hans HOOGERVORST

Arbejds- og socialminister
Minister for sundhed, velfærd og sport

Østrig:

Herbert HAUPT

Forbundsminister for social sikkerhed, generationsspørgsmål og forbrugerbeskyttelse
Forbundsminister for sundhed og kvindespørgsmål

Maria RAUCH-KALLAT

Polen:

Krzysztof PATER

Understatssekretær, Økonomi-, Arbejds- og Socialministeriet
Understatssekretær, Sundhedsministeriet

Wiktor MASŁOWSKI

Portugal:

Nuno MORAIS SARMENTO

Teresa CAEIRO

Luís Filipe PEREIRA

Minister, premierministerens kontor
Statssekretær for sociale spørgsmål
Sundhedsminister

Slovenien:

Vlado DIMOVSKI

Dušan KEBER

Arbejds-, familie- og socialminister
Sundhedsminister

Slovakiet:

Eudovit KANÍK

Rudolf ZAJAC

Minister for arbejds-, social- og familiespørgsmål
Sundhedsminister

Finland:

Tarja FILATOV

Liisa HYSSÄLÄ

Arbejdsminister
Omsorgsminister

Sverige:

Mona SAHLIN

Lars ENGQVIST

Minister, Justitsministeriet, med ansvar for demokrati-, integrations- og ligestillingsspørgsmål
Socialminister

Det Forenede Kongerige:

Andrew SMITH

Jacqui SMITH

John HUTTON

Arbejds- og pensionsminister
Viceminister for industri og regionerne samt viceminister for kvinde- og ligestillingsspørgsmål
Vicesundhedsminister

Kommissionen:

Stavros DIMAS

David BYRNE

Medlem

Medlem

Andre deltagere:

Theo LANGEJAN

Mats WADMAN

Formand for Udvalget for Social Beskyttelse
Formand for Beskæftigelsesudvalget

PUNKTER BEHANDLET VED DEBAT**BESKÆFTIGELSE, SOCIALPOLITIK, LIGESTILLING****– SAMORDNING AF DE SOCIALE SIKRINGSORDNINGER - ÆNDRINGER**

Rådet nåede til politisk enighed om et udkast til Europa-Parlamentets og Rådets forordning om ajourføring af forordning nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på personer, der flytter inden for EU. Formålet med udkastet til forordning er at tage hensyn til de seneste ændringer i de nationale lovgivninger og til udviklingen i EF-Domstolens retspraksis.

Udkastet indeholder en væsentlig begrænsning af listen over særlige ikke-bidragspligtige kontant-ydelser¹, navnlig sociale ydelser og handicapydelse, som ikke kan "eksporteres", da de udelukkende kan ydes i den medlemsstat, hvor modtageren er bosiddende. Det forventes, at denne forbedring fører til yderligere fjernelse af hindringer for den frie bevægelighed for personer i Den Europæiske Union.

Blandt de øvrige ændringer kan nævnes, at opholdsperioder i en anden medlemsstat kan medregnes ved beregningen af den minimumsforsikringsperiode, der i nogle tilfælde kræves for at være berettiget til ydelser, og at bilaterale overenskomster om social sikring mellem medlemsstaterne vil kunne anvendes, hvis de er mere fordelagtige for ydelsesmodtagerne.

Den tekst, der er opnået enighed om, skal efter endelig udformning på samtlige fællesskabssprog vedtages i form af en fælles holdning uden yderligere debat på en kommende samling i Rådet og vil blive fremsendt til andenbehandling i Europa-Parlamentet.

Nærmere oplysninger findes i følgende dokumenter på Rådets websted: 12094/03 og 9020/04.

¹ Ydelser, der finansieres over statsbudgettet og ikke gennem bidrag.

– **UDVALGET FOR SOCIAL BESKYTTELSE**

Rådet nåede til politisk enighed om et udkast til afgørelse om på ny at nedsætte Udvalget for Social Beskyttelse på grundlag af det specifikke retsgrundlag, der følger af Nice-traktaten (traktatens artikel 144).

Formålet med udkastet til afgørelse er i vid udstrækning af proceduremæssig art, selv om udvalgets opgaver er blevet omdefineret for at tage hensyn til det nye retsgrundlag.

Den tekst, der er opnået enighed om, skal efter endelig udformning på samtlige fællesskabsprog vedtages uden yderligere debat på en kommende samling i Rådet.

Nærmere oplysninger findes i følgende dokumenter på Rådets websted: 11000/03, 9682/04 og 9680/04.

– **2004-BESKÆFTIGELSESPAKKEN**

– **Beskæftigelsesretningslinjer**

Rådet nåede til politisk enighed om et udkast til afgørelse om retningslinjer for medlemsstaternes beskæftigelsespolitikker i 2004.

Tekstudkastet bibeholder for 2004 de retningslinjer, der er udstukket i bilaget til Rådets afgørelse af 22. juli 2003², i overensstemmelse med den seneste strømning af den treårige koordinering af den økonomiske politik og beskæftigelsespolitikken. Beskæftigelsesretningslinjerne skal danne grundlag for de nationale beskæftigelseshandlingsplaner, som medlemsstaterne skal forelægge senest i oktober 2004.

– **Beskæftigelseshenstillinger**

Rådet nåede også til politisk enighed om et udkast til henstilling om gennemførelsen af medlemsstaternes beskæftigelsespolitikker, der træder i stedet for Rådets henstilling af 22. juli 2003.

Tekstudkastet opstiller som en øjeblikkelig prioritet for medlemsstaternes og arbejdsmarkedspartnernes indsats de politiske målsætninger, der er indeholdt i rapporten fra beskæftigelsestaskforcen under forsæde af Wim Kok:

- at øge arbejdstagernes og virksomhedernes tilpasningsevne
- at få flere mennesker ud på arbejdsmarkedet og få flere mennesker til at blive længere på arbejdsmarkedet samt at sørge for, at arbejde bliver et reelt valg for alle
- at investere mere og mere effektivt i menneskelige ressourcer og livslang læring
- at sikre bedre styring med henblik på en mere effektiv reformgennemførelse.

Det indeholder desuden specifikke henstillinger og prioriteter for de enkelt medlemsstater.

Tekstudkastene skal efter endelig udformning på samtlige fællesskabssprog vedtages uden yderligere debat på en kommende samling i Rådet.

² EFT L 197 af 5.8.2003, s. 13.

Rådet gav desuden sin tilslutning til de tekster, der forelægges for Det Europæiske Råd den 17.-18. juni 2004 med henblik på godkendelse.

Da der i beskæftigelsespakken for 2004 lægges stor vægt på gennemførelse, drøftede Rådet på grundlag af en note fra formandskabet betydningen af investering i menneskelige ressourcer og Den Europæiske Socialfond i forbindelse med gennemførelsen af beskæftigelseshenstillingerne.

Delegationerne blev bl.a. opfordret til at udveksle nationale erfaringer og resultater vedrørende:

- integrering af ældre arbejdstagere på arbejdsmarkedet
- erhvervsfaglig uddannelse
- anvendelse af midler fra Den Europæiske Socialfond til at udvikle vidensamfundet
- modernisering af de offentlige arbejdsformidlinger
- anvendelse af midler fra Den Europæiske Socialfond til at skabe større lighed med hensyn til adgang til arbejdsmarkedet.

Nærmere oplysninger findes i følgende dokumenter på Rådets websted: 9593/04, 9400/04, 9549/04, 8076/04 og 9296/04.

– **DET EUROPÆISKE INSTITUT FOR LIGESTILLING**

Rådet drøftede fordelene ved at oprette et europæisk institut for ligestilling.

Rådet drøftede navnlig de spørgsmål, der må tages i betragtning, når der senere udarbejdes detaljerede forslag til oprettelse af et sådant institut.

Delegationerne kunne i princippet fuldt ud tilslutte sig, at der oprettes et institut, men fremhævede samtidig, at det er vigtigt, at der bliver tale om en struktur, som supplerer og ikke overlapper den eksisterende indsats på dette område. Det blev ligeledes nævnt, at der skal være budgetneutralitet.

Dagens drøftelser var en opfølgning af det uformelle møde mellem ligestillingsministrene den 7. maj 2004 i Limerick og skal også ses på baggrund af den europæiske social- og arbejdsmarkedspolitiske dagsorden, der blev vedtaget i december 2000 i Nice, hvor Det Europæiske Råd anmodede om, at der blev oprettet et europæisk institut for ligebehandling af mænd og kvinder og gennemført en projektvurdering.

Ifølge Kommissionens projektvurdering vil et institut klart kunne spille en rolle ved at løse nogle af de opgaver, som de eksisterende institutioner ikke arbejder med for øjeblikket, navnlig vedrørende:

- spørgsmål om samordning
- centralisering og formidling af oplysninger
- øget opmærksomhed om ligestillingsspørgsmål og
- udformning af værktøjer til integration af ligestillingsaspektet.

Nærmere oplysninger findes i følgende dokument på Rådets websted: 9654/04.

– **LIGEBEHANDLING AF KVINDER OG MÆND**

Rådet havde en orienterende drøftelse om forslaget til Rådets direktiv om gennemførelse af princippet om ligebehandling af kvinder og mænd i forbindelse med adgang til og levering af varer og tjenesteydelser.

Debatten var på grundlag af følgende vejledende spørgsmål, som formandskabet forelagde, koncentreret om Kommissionens overordnede tilgang med henblik på at skabe ligestilling på andre områder end beskæftigelse:

- a) Stiller ministrene sig positivt til det foreslåede direktiv, og mener de, at princippet om ligebehandling af kvinder og mænd skal gennemføres i forbindelse med varer og tjenesteydelser ved hjælp af Kommissionens trinvis tilgang med henblik på at skabe ligestilling på andre områder end beskæftigelse?
- b) Mener ministrene på baggrund af virkningerne for kunderne og forsikringsbranchen, at et forbud mod kønsbaserede aktuarmæssige faktorer inden for forsikring og dertil knyttede tjenesteydelser som omfattet af dette direktiv er et centralt element i direktivet, og at anvendelsen af sådanne faktorer bør forbydes som uacceptabel diskrimination?
- c) Hvis b) besvares bekræftende, vil det så være umagen værd at undersøge muligheden for delløsninger i spørgsmålet om kønsbaserede aktuarmæssige faktorer som f.eks.:
 - at forbyde anvendelsen af kønsbaserede aktuarmæssige faktorer ved beregningen af præmier og ydelser, samtidig med at man tillader anvendelse af kønsbaserede aktuarmæssige faktorer ved beregningen af risici?
 - at forlænge overgangsperioden til mere end seks år efter gennemførelsen af det af Kommissionen foreslåede direktiv?
 - at udtænke forskellige løsninger alt efter de enkelte forsikringsprodukter?
- d) Eller mener ministrene snarere, at det fortsat bør være tilladt at anvende kønsbaserede aktuarmæssige faktorer, så længe der lægges objektive statistikker til grund?

Nærmere oplysninger findes i følgende dokumenter på Rådets websted: 14812/03 og 9426/1/04.

SUNDHED**– HJERTESUNDHED - Rådets konklusioner**

Rådet drøftede behovet for at fremme hjertesundheden og vedtog derefter 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. 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 og medlemsstaternes sundhedsministre, forsamlet i Rådet, den 3. december 1990 vedtog konklusioner om hjerte-kar-sygdomme i Fællesskabet³
 - Rådet den 2. juni 1994 vedtog en resolution om hjerte-kar-sygdomme⁴
 - Rådet den 29. juni 2000 vedtog en resolution om foranstaltninger vedrørende sundhedsdeterminanter⁵

³ EFT C 329 af 31.12.1990, s. 19.

⁴ EFT C 165 af 17.6.1994, s. 3.

⁵ EFT C 218 af 31.7.2000, s. 8.

- Rådet den 14. december 2000 vedtog en resolution om sundhed og ernæring⁶
 - Rådet den 5. juni 2001 vedtog konklusioner om en fællesskabsstrategi til mindskelse af alkoholrelaterede skader⁷
 - Rådet den 26. juni 2002 noterede sig en orientering fra det spanske formandskab om hjerte-kar-sygdomme⁸
 - Rådet den 2. december 2002 vedtog konklusioner om fedme⁹
 - Rådet den 2. december 2003 vedtog konklusioner om sund levevis¹⁰,
3. NOTERER SIG følgende konklusioner fra konferencen "Promoting Heart Health, A European Consensus", der blev holdt den 24.–26. februar 2004 i Cork i Irland med deltagelse af repræsentanter på højt sundhedspolitisk plan fra 25 medlemsstater og tiltrædelseslande samt nationale, europæiske og internationale eksperter inden for kardiologi, sundhedsfremme og folkesundhed:
- hjerte-kar-sygdomme - hjertesygdomme, slagtilfælde og andre aterosklerotiske karsygdomme - er den hyppigste dødsårsag blandt mænd og kvinder i Den Europæiske Union
 - i Den Europæiske Union er dødelighed som følge af hjerte-kar-sygdomme faldende, men et stigende antal mænd og kvinder lever med hjerte-kar-sygdomme
 - de fleste hjerte-kar-sygdomme kan forebygges, navnlig gennem ændringer i levevis og hensigtsmæssig brug af medicin
 - sundhedsfremmende strategier på hjerte-kar-området skal være rettet mod hele befolkningen og dem, der er i højrisikogruppen for at få eller som lever med hjerte-kar-sygdomme

⁶ EFT C 20 af 23.1.2001, s. 1.

⁷ EFT C 175 af 20.6.2001, s. 1.

⁸ 9752/02 SAN 78.

⁹ EFT C 11 af 17.1.2003, s. 3.

¹⁰ EFT C 22 af 27.1.2004, s. 1.

- befolkningsstrategier skal tage hensyn til sundhedsdeterminanter, herunder levevis, risikofaktorer samt socialt og psykisk miljø, for at virke sundhedsfremmende
 - usund levevis, navnlig tobaksforbrug, uhensigtsmæssig kost og utilstrækkelig motion for Europas borgere udgør risikofaktorer, der skal inddrages i forbindelse med udformningen af nationalpolitik og EU-politik
 - fremme af hjertesundheden og forebyggende strategier er en omkostningseffektiv investering, der giver målelige sundhedsmæssige, sociale og økonomiske gevinster
 - medlemsstaterne bør overveje at udforme og iværksætte retningslinjer for dem, der er i højrisikogruppen eller som lever med hjerte-kar-sygdomme
 - der er brug for sammenlignelige data inden for Den Europæiske Union for at kunne undersøge dødelighed, sygelighed samt relevant sundhedsadfærd og relevante risikofaktorer i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme
 - der foreligger allerede meget udførlig evidensbaseret information om fremme af hjertesundheden, men der er behov for mere forskning i Europa,
4. NOTERER SIG, at det generelle mål i programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed fra 2003-2008¹¹ bl.a. omfatter sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse ved at tage fat på sundhedsdeterminanter i forbindelse med alle politikker og aktiviteter,
 5. UNDERSTREGER, at hjerte-kar-sygdomme er den hyppigste årsag til sygdom og sygelighed, at de hyppigt er årsag til død og for tidlig død, og at de er en hyppig årsag til forringet livskvalitet for Den Europæiske Unions borgere,
 6. GØR OPMÆRKSOM PÅ, at selv om der i nogle lande er opnået et betydeligt fald i dødelighed som følge af hjerte-kar-sygdomme, er der behov for en hurtig målrettet indsats i lyset af den demografiske udvikling og den deraf følgende stigning i forekomsten af hjerte-kar-sygdomme,
 7. GØR OPMÆRKSOM PÅ, at forebyggende foranstaltninger, effektive behandlingsformer og andre foranstaltninger resulterer i et betydeligt fald i dødelighed som følge af hjerte-kar-sygdomme og forøger den forventede levetid for den europæiske befolkning,

¹¹ EFT L 271 af 9.10.2002, s. 1.

8. ANERKENDER, at der hos Den Europæiske Unions ældre borgere er en høj forekomst af risikofaktorer med hensyn til hjerte-kar-sygdomme, herunder forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol i blodet; Den Europæiske Unions befolkning har en høj forekomst af sygdomme i hjertets kranspulsårer, rammes ofte af invaliditet som følge af slagtilfælde og har en stigende forekomst af fedme, diabetes mellitus og kronisk hjertesvigt,
9. NOTERER SIG, at hjerte-kar-sygdomme forekommer hyppigst i samfundets laveste socio-økonomiske grupper med deraf følgende sundhedsmæssige uligheder for Den Europæiske Unions borgere og store social- og sundhedsudgifter for medlemsstaterne og borgerne,
10. ERKENDER, at tobaksforbrug, forhøjet blodtryk og forhøjede kolesterolværdier i blodet er de væsentligste risikofaktorer i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme, og disse faktorer er stærkt og direkte knyttet til den enkeltes levevis og kost og til hans eller hendes fysiske aktivitetsniveau,
11. ERKENDER, at også fedme, diabetes mellitus, umådeholdent alkoholforbrug og psykosocial stress er faktorer, der bidrager til risikoen for hjerte-kar-sygdomme,
12. ER BEKYMRET over de negative følger for udviklingen i hjerte-kar-sygdomme af det stigende antal fede og overvægtige i alle aldersgrupper i Den Europæiske Union, navnlig i gruppen af børn og unge,
13. ERKENDER, at der er sociale, kulturelle og økonomiske forskelle inden for og mellem medlemsstaterne, og at mange af Fællesskabets sociale og økonomiske politikker har indvirkning på folkesundheden og kan påvirke de støttende miljøer, der er nødvendige for at fremme sundheden på hjerte-kar-området, herunder politikker vedrørende miljø, landbrug, fiskeri, forbrugerbeskyttelse, det indre marked, transport og uddannelse,
14. ERKENDER, at det er muligt at forebygge eller sinke udviklingen af hjerte-kar-sygdomme, at begrænse tilbagefald og at forbedre livskvaliteten for mennesker med hjerte-kar-sygdomme ved at gøre noget ved de underliggende sundhedsdeterminanter, navnlig befolkningens tobaksforbrug, dårlige kost og manglende motion samt umådeholdne alkoholforbrug,
15. ER ENIGT OM, at sundhedsfremme på hjerte-kar-området har en direkte positiv effekt på en række andre ikke-smitsomme sygdomme, som også udgør store sygdomsgrupper for Den Europæiske Unions borgere,
16. ANERKENDER, at der er behov for kontrol og overvågning på hjerte-kar-området, herunder sammenlignelige data for dødelighed, sygelighed og risikofaktorer i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme samt data for levevis, viden, holdninger og adfærd i Den Europæiske Unions befolkning,

17. ANERKENDER, at yderligere forskning i Europa i bekæmpelse af risikofaktorerne i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme vil kunne bidrage væsentligt og positivt til at imødegå disse sygdomme fremover,
18. ERKENDER, at der for effektivt at imødegå og reducere forekomsten af hjerte-kar-sygdomme og de deraf følgende lidelser er behov for en langsigtet løsning ved hjælp af offentlige sundhedsstrategier, der omfatter foranstaltninger eller programmer rettet mod den raske del af befolkningen og mod enkeltpersoner og grupper, der har høj risiko for at få eler som lever med hjerte-kar-sygdomme,
19. ANERKENDER, at rammen for en sundhedsfremmende strategi må baseres på en integreret indfaldsvinkel, og den skal være vidtfavnende og gennemsigtig, inddrage flere sektorer, være tværfaglig og deltagerbaseret samt bygge på den bedste disponible forskning og dokumentation. Strategirammen skal være rettet mod mennesker gennem hele livscyklussen, alle samfundets grupper, navnlig dem, der har størst risiko for at blive ramt af hjerte-kar-sygdomme, idet der tages hensyn til sociale og kulturelle forskelle samt køns- og aldersforskelle, og den skal omfatte ressourcer til passende evaluering, herunder kontrol med og overvågning af foranstaltninger og programmer,
20. ANERKENDER, at rammen for en strategi, der er rettet mod højrisikogrupper eller enkeltpersoner, skal omfatte et evidensbaseret redskab til måling af risikoen for hjerte-kar-sygdomme og til støtte for rådgivning om levevis, ligesom der skal gribes ind over for risikofaktorer og fastsættes risikofaktormål for at mindske risikoen,
21. ANERKENDER, at det i forbindelse med en højrisikostrategi er nødvendigt at fastlægge, hvilke uddannelsesressourcer der er nødvendige for at sikre, at der sker en passende spredning, gennemførelse, overvågning og evaluering af dette redskab gennem kapacitetsopbygning blandt læger med særlig vægt på de alment praktiserende læger inden for den primære sundhedspleje, andet sundhedspersonale og faggrupper, der er relevante for folkesundheden,
22. ANERKENDER, at der er behov for en tæt sammenknytning mellem strategier for sundhedsfremme og højrisikostrategier for bredt at kunne gøre noget ved de underliggende sundhedsdeterminanter i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme,
23. ANERKENDER de fremskridt, der er gjort i Den Europæiske Union med hensyn til lovgivning og programmer om bekæmpelse af tobaksrygning,
24. UDTRYKKER TILFREDSHED MED, at Europa-Kommissionen har oprettet et netværk vedrørende ernæring og motion,
25. UDTRYKKER ENDVIDERE TILFREDSHED MED Europa-Kommissionens initiativer i forbindelse med udarbejdelsen af en EU-handlingsplan for miljø og sundhed,

26. OPFORDRER medlemsstaterne til som led i vedtagelse eller revision af nationale folkesundhedsstrategier at overveje
- at inddrage sundhedsfremme-, befolknings- og højrisikostراتيجier for således at fremme sundhed på hjerte-kar-området og forbedret livskvalitet med det langsigtede mål at reducere virkningerne og byrderne ved hjerte-kar-sygdomme
 - at videreudvikle og indføre sundhedskonsekvensanalyse til at måle alle nationale offentlige politikkers indvirkninger på sundheden
 - at vedtage en samfunds- og multisektorstrategi til fremme af folkesundheden, herunder sundhed på hjerte-kar-området, ved via et omfattende og rummeligt partnerskab at inddrage alle relevante statslige og ikke-statslige organisationer på både nationalt og lokalt niveau
 - at videreudvikle og gennemføre nationale handlingsplaner vedrørende tobaksforbrug, herunder også røgfri miljøer, kost og motion til fremme af folkesundheden, også på hjerte-kar-området
 - at gennemføre evidensbaserede, bæredygtige og omkostningseffektive fællesskabsforebyggelsesprogrammer, der er tilgængelige og økonomisk overkommelige og således kan dække de personers behov, der er mest udsat for at udvikle hjerte-kar-sygdomme
 - eventuelt at fastlægge nationale retningslinjer for forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme og at overveje anvendelsen af "risk charts" til vurdering af individuel risiko under hensyn til medlemsstaternes organisation og levering af deres respektive sundhedstjenesteydelser, etiske, retlige, kulturelle og andre relevante spørgsmål og disponible ressourcer
 - at foretage en samordning med eksisterende nationale sundhedsplaner for hjerte-kar-sygdomme i flere forskellige sektorer, herunder indsamling og offentliggørelse af relevante, sammenlignelige data om gennemførelse af programmer samt
 - at gennemføre standardiserede overvågningssystemer for dødelighed, sygelighed, sundhedsadfærd og risikofaktorer i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme,

27. OPFORDRER Europa-Kommissionen til som led i programmet for indsatsen inden for folkesundhed¹² at støtte medlemsstaterne i deres bestræbelser på at fremme sundheden på hjerte-kar-området samt:
- at tage hensyn til nationale og internationale forskningsresultater og eksisterende nationale sundhedsstrategier på hjerte-kar-området
 - at fremme etablering af netværk og udveksling af oplysninger mellem interessenter, herunder erhvervsorganisationer, ikke-statslige organisationer og forbrugerorganisationer
 - at overveje i samråd med medlemsstaterne at fastsætte retningslinjer for bedste praksis, at udbygge koordineringen af sundheds- og forebyggelsespolitikker og -programmer for hele befolkningen og individuelle højrisikogrupper
 - at forbedre sammenligneligheden af data om sund levevis og adfærd i medlemsstaterne samt at se på muligheden af at anvende standardiserede procedurer og metoder til kontrol og overvågning af dødelighed, sygelighed og risikofaktorer i forbindelse med hjerte-kar-sygdomme i medlemsstaterne
 - at anvende en multisektorstrategi til fremme af sundhed og forebyggelse af sygdomme på hjerte-kar-området og til vurdering af de sundhedsmæssige følger af Den Europæiske Unions andre offentlige politikker; også at undersøge de økonomiske omkostninger ved hjerte-kar-sygdomme sammenholdt med den forbedrede sundhedsstatus som følge af en omfattende folkesundhedsstrategi i medlemsstaterne for at mindske byrderne ved disse sygdomme
 - at fortsætte arbejdet med at udvikle en omfattende og integreret europæisk fødevarer- og ernæringspolitik, der bl.a. skal omfatte motionsprogrammer og retningslinjer for befolkningens kost, samt at undersøge, i hvilket omfang reklamer for fødevarer, deres markedsføring og præsentation har indflydelse på folkesundheden
 - at se på metoder til at fremme sundheden på hjerte-kar-området, herunder også
 - aktivt at støtte yderligere tiltag i forbindelse med politikker til bekæmpelse af tobaksrygning
 - at støtte og fremme regelmæssig udveksling af erfaringer med hensyn til sundhedsdeterminanter og sundhed på hjerte-kar-området

¹² EFT L 271 af 9.10.2002, s. 1.

- at lette samordning og vurdering af den videnskabelige dokumentation til sundhedsfremme på hjerte-kar-området, der leveres af eksperter på området, for således især at være til støtte for nationale retningslinjer og oplysninger til højrisikogrupper
- at lette udveksling af oplysninger om erhvervsstrukturer og uddannelsesforløb på hjerte-kar-området samt
- at overveje at forelægge yderligere forslag om sundhedsdeterminanter af væsentlig betydning for sundhedsfremme på hjerte-kar-området,

28. OPFORDRER Kommissionen til at samarbejde med de relevante internationale og mellemstatslige organisationer, især Verdenssundhedsorganisationen, for at sikre en effektiv koordinering af aktiviteterne."

– ***E-SUNDHED - Rådets konklusioner***

Kommissionen orienterede Rådet om sin meddelelse om e-sundhed - bedre sundhedspleje for borgerne i Europa: en handlingsplan for et europæisk e-sundhedsområde (9185/04), og Rådet vedtog derefter følgende konklusioner:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION

1. NOTERER SIG, at e-sundhed er anvendelse af informations- og kommunikationsteknologier, herunder også internettet, til at forbedre eller skabe forudsætninger for sundhed og sundhedspleje. Det kan potentielt være til nytte for serviceudbydere og fagfolk. Blandt eksempler på positive udviklingstendenser inden for e-sundhed kan nævnes sundhedsinformationsnet, elektroniske patientjournaler, elektroniske kontrolsystemer og sundhedsportaler. E-sundhed giver de europæiske borgere store muligheder for bedre adgang til bedre sundhedssystemer. Ressourcer på e-sundhedsområdet kan bidrage til:
 - at forbedre sundhedstilstanden ved at støtte sund livsstil, forbedre beslutningstagningen på sundhedsområdet og højne sundhedsplejens kvalitet
 - at sætte folk og patienter i stand til at få større kontrol over deres sundhed ved at støtte en mere kvalificeret beslutningstagning på sundhedsområdet som led i sundhedstjenester med borgeren i centrum
 - ved væsentlige produktivitetsforbedringer og større effektivitet i sundhedssektoren og i forbindelse med forebyggelse at gøre det muligt for sundhedssektoren at efterkomme den stigende efterspørgsel
 - at udbygge offentlige sundhedstjenester ved at lette sundhedsfaglig praksis, udveksling af bedste praksis og kommunikation, og
 - at mindske uligheder på sundhedsområdet ved at anvende nye strategier til at forbedre sundhedstilstanden i afsidesliggende samfund og risikogrupper i befolkningen,
2. ERKENDER det betydelige bidrag, som e-sundhed kan yde ved at forbedre:
 - adgangen til oplysninger og pleje

- mulighederne for fagfolk og myndigheder på folkesundhedsområdet for at få oplysninger fra hele Fællesskabet
 - sundhedstjenesternes kvalitet, sikkerhed, økonomi og effektivitet,
3. NOTERER SIG MED TILFREDSHED det værdifulde bidrag, som Kommissionen har ydet i sin meddelelse af 29. november 2002 om e-Europa: Kvalitetskriterier for websteder¹³ med information om sundhed, og minder om kriterierne heri vedrørende åbenhed og redelighed, kildeangivelse, privatlivs- og databeskyttelse, ajourføring af oplysningerne, ansvarlighed og tilgængelighed,
 4. NOTERER SIG MED TILFREDSHED nedsættelsen af grupper i henhold til den målsætning om sundhedsinformation, der er indeholdt i programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008), herunder også Gruppen for Sundhedstelematik. Disse vil bistå ved indsamlingen af data fra hele Fællesskabet med henblik på fastlæggelse af europæiske indikatorer for folkesundheden,
 5. NOTERER SIG MED TILFREDSHED Fællesskabets folkesundhedsportal, der vil blive indført på et modulopbygget grundlag, og som også bør anvendes til at formidle oplysninger om sundhedsindikatorer indsamlet som led i sundhedsinformationsdelen af programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008)¹⁴ ud over regelmæssige rapporter om sundhedsspørgsmål,
 6. NOTERER SIG Kommissionens meddelelse om e-sundhed – bedre sundhedspleje for borgerne i Europa: en handlingsplan for et europæisk e-sundhedsområde,¹⁵
 7. NOTERER SIG, at deltagerne på konferencen "Supporting the European Citizen through e-Health" i Cork den 5.-6. maj 2004 med deltagelse af repræsentanter for 25 medlemsstater på ministerplan og højt politisk plan samt af både nationale og europæiske eksperter i e-sundhed,
 - understregede, at udviklingen inden for e-sundhed vil kunne bidrage til "empowerment" af de europæiske borgere hvad angår deres sundhed og velvære

¹³ 15135/02 SAN 226 TELECOM 67.

¹⁴ Vedtaget i henhold til Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1786/2002/EF af 23. september 2002 (EFT L 271 af 9.10.2002, s. 1).

¹⁵ 9185/04 SAN 78 TELECOM 91 + ADD 1.

- tilkendegav tilfredshed med de nye muligheder, som e-sundhed, herunder internettet, giver for at udbrede, udveksle og forvalte sundhedsrelaterede oplysninger, forbedre administrative processer og støtte sundhedstjenesterne
 - påpegede, at e-sundhed vil kunne danne afsæt for at overveje nye muligheder og udfordringer inden for rammerne af programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008) og for at nå målene i handlingsplan e-Europa 2005
 - erkendte, at e-sundhed kan forventes at gøre de europæiske borgere mere tilbøjelige til at benytte sundhedstjenester i en anden medlemsstat end den, hvor de er bosiddende, bl.a. gennem det europæiske sygesikringskort
 - opfordrede til, at der ved udviklingen, afprøvningen og implementeringen af e-sundhedssystemer tages fuldt hensyn til datasikkerhed, beskyttelse af privatlivets fred og sikkerhed
 - opfordrede til at forske mere i mulige anvendelser af e-sundhed, navnlig integration af data og interoperabilitet, og
 - opfordrede til, at der i højere grad udveksles bedste praksis på europæisk plan hvad angår individuel oplysning og rådgivning via telemedicintjenester og sundhedsrelaterede websteder og i forbindelse med kvalitetssikring,
8. ERKENDER, at e-sundhed omfatter alle elementer i en overordnet e-forvaltning som f.eks. høj konnektivitet, interoperabilitet (to eller flere systemers eller komponenters evne til at udveksle data og anvende oplysninger), intraoperabilitet (evnen til at udveksle og anvende oplysninger, funktioner og tjenester blandt komponenter inden for et system), sikkerhed, beskyttelse af privatlivets fred, disponibilitet og tilgængelighed, og ERKENDER, at da sundhedssektoren i Europa overvejende er en offentlig sektor, har de udfordringer og aktioner, der er beskrevet i Kommissionens meddelelse "E-forvaltningens betydning for Europas fremtid"¹⁶, også gyldighed her,
9. ERKENDER, at elektroniske sygesikringskort, elektroniske nationale og regionale sundhedsnet og anvendelsen af andre informationsteknologiske redskaber kan tilvejebringe betydelige forbedringer med hensyn til kvaliteten og sikkerheden af den sundhedspleje, der ydes patienterne i en situation, hvor sundhedssystemerne er udsat for voksende pres, og samtidig bidrage til omkostningsbesparelser på længere sigt,

¹⁶ 13127/03 TELECOM 111.

10. ERKENDER, at individualiserede systemer for tilsyn med og støtte til patienter nu også står til rådighed og kan bidrage til at afkorte eller helt undgå patienters hospitalsophold, idet der sikres tilsyn med deres sundhedstilstand, hjælp til patienter i ambulans behandling og støtte til ældre og kronisk syge, således at de kan føre en uafhængig tilværelse,
11. FREMHÆVER det bidrag, som e-sundhed kan yde med henblik på de stadig flere indbyrdes forbindelser mellem nationale sundhedssystemer og den øgede mobilitet, der kendetegner patienter og sundhedspersonel i Fællesskabet og i tredjelande. I denne henseende kan e-sundhed spille en rolle i opfølgningen af Kommissionens meddelelse og af anbefalingerne fra drøftelserne på højt plan om patientmobilitet og udviklingen i sundhedssektoren i EU. E-sundhed vil kunne give tekniske løsninger for udveksling af oplysninger på europæisk plan og bidrage til oprettelse af netværk mellem europæiske referencecentre. E-sundhed vil også kunne give teknisk støtte til europæisk samarbejde om evaluering af sundhедsteknologi,
12. ERKENDER det betydelige potentiale, som chipkort med flere applikationer kan have som et sikkert system til personidentifikation, hvormed der kan opnås adgang til medicinske oplysninger og sygesikringsdata, og under strenge betingelser som et middel til oplagring af særlig vigtige medicinske oplysninger og sygesikringsdata. Sådanne kort kan sammen med andre it-løsninger være med til at lette patientmobiliteten over hele Europa,
13. ERKENDER de potentielle fordele ved yderligere samarbejde hen imod udvikling af et sikkert interoperabelt sundhedssystem via internationale, nationale og regionale netværk, der forbinder borgere, praktiserende læger og myndigheder online, og som letter grænseoverskridende levering af webbaserede sundhedstjenesteydelser, og ERKENDER betydningen af en integrering af de eksisterende redskaber og tjenesteydelser på området,
14. ERKENDER, at enkeltpersoner for at kunne træffe fornuftige afgørelser om, hvilke sundhedsoplysninger de finder troværdige, eller hvilke produkter eller tjenesteydelser de vil anvende, har behov for at vide, hvilke standarder et websted anvender ved udvikling af indholdet. Websteder med information om sundhed skal klart oplyse, hvilke kilder de har anvendt, og sikre, at de oplysninger, de formidler, er relevante, uafhængige og rettidige. Websteder med information om sundhed bør også fastslå, hvem der med størst sandsynlighed besøger webstedet, og sikre, at de præsenterede oplysninger er så forståelige og lettilgængelige som muligt for alle besøgende, herunder for handicappede personer. Da nogle websteder kan være sponsoreret af en part og have en anden part som vært, bør disse forbindelser desuden klart angives på webstedet,
15. ERKENDER, at sundhed på internettet kan skabe nye udfordringer og muligheder for det sundhedspersonel, der giver onlinerådgivning. Især bør dette personale hjælpe "e-patienterne" med at forstå begrænsningerne ved onlinesundhedsrådgivning, herunder etiske, sociale og juridiske spørgsmål, og det forhold, at onlinesundhedsrådgivning generelt ikke kan erstatte en personlig konsultation. Man bør være opmærksom på at sikre, at patienten forstår instrukser vedrørende enhver opfølgning, der måtte være nødvendig,

16. ERKENDER, at risikoen for krænkelse af privatlivets fred og tavshedspligten forøges ved internettets teknologiske kapacitet, World Wide Web og informationssystemernes arkitektur. Brugere og patienter har ret til at forvente, at de ansvarlige for sundhedsrelaterede websteder træffer alle rimelige sikkerhedsforanstaltninger for at beskytte personoplysninger mod sådanne krænkelse,
17. ANSER, at indsamling af medicinske data skaber særlige problemer vedrørende databeskyttelse, især når data skal indsamles eller kan anvendes til andre formål end til umiddelbar gavn for den enkeltes sundhed. I denne forbindelse skal Fællesskabets lovgivning om privatlivets fred og beskyttelse af personoplysninger overholdes. ANSER samtidig, at det af websteder med information om sundhed klart bør fremgå, hvilke oplysninger de indsamler, og til hvilke formål de anvender personoplysninger, og at de også bør give besøgende mulighed for selv at afgøre, om de vil tillade sådanne anvendelser af deres oplysninger, ved udtrykkeligt at indhente den pågældendes informerede samtykke med henblik på specifikke former for dataindsamling og dataudveksling,
18. OPFORDRER MEDLEMSSTATERNE TIL
- at videreudvikle og gennemføre e-sundhed som en del af deres nationale folkesundhedsstrategier i henhold til den enkelte medlemsstats potentielle finansielle kapacitet
 - som led i vedtagelse eller revision af nationale folkesundhedsstrategier at overveje at undersøge, om og i givet fald hvordan der skal opstilles kvalitetskrav og kriterier for sundhedsrelaterede websteder
 - at bidrage til at fremme bevidsthed om sundhed og internetkompetence i hele samfundet og at udbygge offentlighedens almindelige viden om informationsteknologiernes muligheder og begrænsninger på sundhedsområdet
 - at videreudvikle og formidle den bedste praksis i e-sundhed for at fremme udvikling på dette område og opnå de potentielle fordele og
 - at tage hensyn til e-sundheds potentiale som et middel til opfølgning af drøftelserne på højt plan om patientmobilitet og udviklingen i sundhedssektoren i Den Europæiske Union,
19. OPFORDRER KOMMISSIONEN OG MEDLEMSSTATERNE TIL
- inden for Fællesskabet at fremme oprettelse af netværk mellem organisationer, forskningsinstitutter, kompetente myndigheder og andre instanser, der er aktive på e-sundhedsområdet

- arbejde hen imod implementering af inter- og intraoperable systemer for udvikling af e-sundhed,
20. OPFORDRER KOMMISSIONEN til at støtte medlemsstaterne i deres indsats for at fremme e-sundhed via relevante programmer og aktioner på EF-plan, især programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008), samt
- med henblik på hurtigt at øge antallet af sundhedsrelaterede websteder i EU og antallet af europæiske borgere, der konsulterer sådanne websteder, at undersøge muligheden af at videreudvikle anerkendte kvalitetskriterier for websteder vedrørende folkesundhed
 - med henblik på bedre information til borgerne at lancere folkesundhedsportalen senest i 2005
 - at tilskynde til etablering af netværk og elektronisk udveksling af oplysninger mellem berørte parter, herunder også fagfolk, ikke-statslige organisationer og forbrugerorganisationer, patienter, plejepersonale og borgere
 - at videreudvikle sikre og interoperable it-systemer og datanet over hele Europa, herunder den nationale telematikinfrastruktur, som et middel til at lette udvikling af e-sundhed og eventuel indsamling af folkesundhedsdata i hele Fællesskabet, herunder også om patienters og sundhedspersonels mobilitet
 - at undersøge de retlige aspekter af e-sundhed for yderligere at tilskynde til fremskridt på dette område, især for så vidt angår beskyttelse af personoplysninger/patientrelaterede oplysninger
 - at undersøge de eksisterende regelsæt vedrørende markedsføring, salgsfremme, salg, distribution og køb af farmaceutiske produkter online, herunder også deres indførsel fra tredjelande
 - at gennemføre yderligere forskning vedrørende de potentielle fordele i forbindelse med adgang til e-sundhed, kvalitet og økonomi
 - at overveje udarbejdelse af retningslinjer for bedste praksis i samråd med medlemsstaterne, at udbygge koordineringen af e-sundhedspolitikker og -programmer
 - at gøre data vedrørende alle aspekter af e-sundhed mere sammenlignelige og via en strategi, der omfatter flere sektorer, fremme e-sundhed i hele Fællesskabet

- at undersøge muligheden af at oprette infrastrukturer, der giver brugervenlige, afprøvede og interoperable systemer for sundhedsplejepersonale, sygdomsforebyggelse samt sundhedsfremme og -uddannelse via nationale og regionale netværk, der forbinder borgere, praktiserende læger og myndigheder
- at overveje en koordineret aktion for at løse fælles udfordringer i forbindelse med e-sundhed, især udvikling af grænseflader mellem inkompatible it-systemer
- at fortsætte samarbejdet med de relevante internationale og mellemstatslige organisationer, navnlig Verdenssundhedsorganisationen, for at sikre en effektiv koordinering af aktiviteterne på e-sundhedsområdet."

– **PLANLÆGNING AF BEREDSKAB OVER FOR INFLUENZAPANDEMIER - Rådets konklusioner**

Rådet vedtog følgende konklusioner:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION

1. ERKENDER, at selv om planlægning af beredskab over for pandemier stadig primært falder ind under medlemsstaternes kompetenceområde, kan der være en fordel ved at behandle spørgsmålet på europæisk plan,
2. NOTERER SIG, at det er vigtigt at sikre en effektiv indsats og et højt operativt beredskabsniveau over for fremtidige udbrud af pandemier,
3. ERINDRER OM Europa-Parlamentets og Rådets beslutning nr. 2119/98/EF om oprettelse af et net til epidemiologisk overvågning af og kontrol med overførbare sygdomme i Fællesskabet¹⁷,
4. ERINDRER OM Rådets konklusioner af 6. maj 2003 om alvorligt akut luftvejssyndrom (SARS),
5. ERINDRER OM drøftelserne om aviær influenza under den uformelle ministermiddag i Bruxelles den 12. februar 2004 og på det uformelle ministerkonsultationsmøde i Cork den 12. maj 2004,
6. ERINDRER OM Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 815/2004 af 21. april 2004 om oprettelse af et europæisk center for forebyggelse af og kontrol med sygdomme¹⁸,
7. NOTERER SIG Kommissionens arbejdsdokument af 26. marts 2004 om planlægning af Fællesskabets beredskab og indsats over for influenzapandemier¹⁹,
8. NOTERER SIG, at sundhedsministrene og kommissæren for sundhed og forbrugerbeskyttelse den 28. oktober 2001 oprettede Udvalget for Sundhedssikring som et uformelt samarbejds- og koordineringsorgan sammensat af højtstående akkrediterede repræsentanter for medlemsstaternes sundhedsministre og Europa-Kommissionen,

¹⁷ EFT L 268 af 3.10.1998, s. 1.

¹⁸ EFT L 142 af 30.4.2004, s. 1.

¹⁹ 7975/04 SAN 58.

9. NOTERER SIG, at Udvalget for Sundhedssikring har mandat til
- at udveksle oplysninger om sundhedsrelaterede trusler fra terrorhandlinger eller udsætning af biologiske agenser eller andre stoffer med det formål at skade sundheden
 - at dele oplysninger og erfaringer om beredskabs- og indsatsplaner og krisestyringsstrategier
 - at skulle kunne kommunikere hurtigt i tilfælde af sundhedsrelaterede kriser
 - at rådgive sundhedsministrene og Europa-Kommissionen om beredskab og indsats samt om koordinering af nødplaner på EU-plan
 - at deltage i og koordinere medlemsstaternes og Europa-Kommissionens sundhedsrelaterede kriseindsats og
 - at lette og støtte koordinerings- og samarbejdsbestrebelse og -initiativer på EU-plan og medvirke og bidrage til disses gennemførelse på nationalt plan,
10. ER ENIGT OM
- at anmode Kommissionen og sundhedsministrene om at udvide mandatet for Udvalget for Sundhedssikring til også at omfatte planlægning af Fællesskabets beredskab og indsats over for influenzapandemier i en midlertidig overgangsperiode på et år indtil udgangen af maj 2005 og derefter tage mandatet op til revision, når Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme har påbegyndt sit arbejde, med henblik på bl.a. at vurdere, om det er ønskeligt fremover at indlede en kollektiv forhandlingsproces med lægemiddelindustrien om udvikling og indkøb af vacciner og antivirale lægemidler under hensyn til udgifterne, opbevaringen og de logistiske og juridiske aspekter med en potentiel udgiftsbesparelse for øje, idet medlemsstaternes beføjelser respekteres fuldt ud, og
 - inden maj 2005 igen at se på spørgsmålet om planlægning af beredskab over for pandemier og på arbejdet i de relevante fora,
11. OPFORDRER MEDLEMSSTATERNE TIL
- at holde hinanden underrettet om udviklingen inden for planlægning af beredskab over for pandemier og

- at revidere, ajourføre eller færdiggøre deres nationale pandemiplaner under hensyn til forskellige lokale forhold og nytten af evaluering,

12. OPFORDRER MEDLEMSSTATERNE OG KOMMISSIONEN TIL

- at fortsætte samarbejdet med de relevante internationale og mellemstatslige organisationer, navnlig Verdenssundhedsorganisationen, for at sikre en effektiv koordinering af aktiviteterne inden for planlægning af beredskabet og indsatsen over for pandemier
- at yde teknisk bistand inden for beredskab over for pandemier og operativ og strategisk planlægning
- at overveje at indføre og forbedre, alt efter tilfældet, et effektivt net af referencelaboratorier for influenza
- at arbejde hen imod at fremme koordinering og interoperabilitet mellem de nationale influenzapandemiplaner
- at befordre regelmæssige møder på højt plan i Udvalget for Sundhedssikring
- at sikre en klarlægning af den potentielle rolle for de team, der skal yde bistand ved udbrud, og
- at arbejde for gennemførelse af en fælles evaluering,

13. OPFORDRER KOMMISSIONEN TIL

- at sørge for, at Rådet holdes fuldt og regelmæssigt underrettet og høres om det igangværende arbejde på dette område, og
- løbende at se på den rolle, som det net, der er oprettet ved Europa-Parlamentets og Rådets beslutning nr. 2119/98/EF, spiller, og vurdere den rolle, som Det Europæiske Lægemiddelagentur og Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme kan spille på dette område."

– **PATIENTMOBILITET OG SUNDHEDSPLEJE - Rådets konklusioner**

Rådet havde en drøftelse på grundlag af Kommissionens meddelelse: "Opfølgning af processen for overvejelser på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU" og vedtog derefter følgende konklusioner:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION

1. NOTERER SIG

- konklusionerne fra Rådet og medlemsstaternes repræsentanter, forsamlet i Rådet, af 19. juli 2002 om bevægelighed for patienter og udviklingen inden for sundhedsvæsenet i Den Europæiske Union²⁰,
- rapporten af 8. december 2003 om processen for overvejelse på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU, der omfattede sundhedsministrene og deres personlige repræsentanter samt repræsentanter for patienter, sundhedspersonale, sygeforsikringsselskaber og Europa-Parlamentet,
- meddelelsen fra Kommissionen af 20. april 2004 om opfølgningen af processen for overvejelse på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU,
- meddelelsen fra Kommissionen til Rådet, Europa-Parlamentet, Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg og Regionsudvalget af 20. april 2004 om modernisering af den sociale beskyttelse med henblik på udvikling af tilgængelig, bæredygtig sundhedspleje og langvarig pleje af høj kvalitet: støtte til nationale strategier gennem "den åbne koordineringsmetode", og
- noten fra Kommissionen til Udvalget for Økonomisk Politik af 16. marts 2004 om kontrol med sundhedsudgifter: nogle af de seneste erfaringer med reformen.

2. MINDER OM Rådets forordning (EØF) nr. 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet,

3. ANERKENDER medlemsstaternes ansvar i henhold til traktatens artikel 152 for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og lægebehandling og NOTERER SIG samtidig EF-Domstolens domme om anvendelsen af forskrifterne for det indre marked på spørgsmålet om godtgørelse af udgifter til sundhedsydelser leveret i en anden medlemsstat,

²⁰ EFT C 183 af 1.8.2002, s. 1.

4. NOTERER sig udvidelsen af Den Europæiske Union og den heraf følgende øgede forskellighed i sundhedssystemerne i det udvidede Europa og de særlige spørgsmål, der kan opstå i forbindelse med patienters og sundhedspersonales mobilitet,
5. LÆGGER VÆGT PÅ, at der uden for sundhedssektoren findes mange forskellige sundhedsdeterminanter, der har betydning for folkesundheden, og UNDERSTREGER, at hensyntagen til sundhed i planlægningen og gennemførelsen af andre politikker end sundhedspolitikken er vigtig for folkesundheden og bidrager til nedbringelsen på lang sigt af udgifterne til sundhedsydelser og sociale ydelser,
6. LÆGGER VÆGT PÅ, at de nationale sundhedssystemer i Den Europæiske Union skal være præget af principperne om universalitet, solidaritet og ret og rimelighed, og at disse principper skal overholdes, når der gøres en indsats på sundhedsområdet og i andre sektorer, der har betydning for sundhedssektoren, og UNDERSTREGER de fælles udfordringer, som medlemsstaterne står over for, når de skal bevare disse principper og samtidig opretholde sundhedssystemernes finansielle stabilitet og bæredygtighed,
7. NOTERER SIG, at det primære ansvar for sundhedssystemerne ligger hos medlemsstaterne, og at systemerne i hver medlemsstat er enestående og afspejler den historiske udvikling, de forskellige sociale, økonomiske og kulturelle værdier og de forskellige retssystemer og holdninger til den enkeltes, familiens, arbejdsgiverens, velgørende organisationers og statens rettigheder og ansvar,
8. ANERKENDER, at der allerede er mange tilfælde, hvor medlemsstaterne eller regionale eller lokale sundhedsmyndigheder i medlemsstaterne har forhandlet bilaterale eller multilaterale aftaler om levering af lægebehandling på tværs af grænserne med nabolande og i andre lande i Den Europæiske Union for deres egne statsborgere og andre borgere i disse medlemsstater,
9. NOTERER SIG, at selv om både patienter og sundhedspersonale foretrækker, at en behandling ydes så tæt på hjemmet som muligt, rejser folk mere og råder over flere oplysninger om umiddelbare behandlingsalternativer i andre medlemsstater, og NOTERER SIG, at den mest tilgængelige behandling i grænsesituationer kan findes i en anden medlemsstat. Denne nye kombination af muligheder kan tilskynde folk til at overveje behandling i en anden medlemsstat,
10. ANERKENDER, at stigende sundhedsudgifter kan skabe udfordringer på nationalt plan med hensyn til tilgængeligheden, kvaliteten og finansieringen af sundhedsydelser, og LÆGGER VÆGT PÅ, at finansielle spørgsmål, navnlig godtgørelse af udgifter, fortsat vil spille en vigtig rolle for omfanget af patientmobiliteten,

11. UNDERSTREGER sundhedssektorens enestående karakteristika og erkender, at markedet for lægebehandling er ufuldkomment og mere og mere komplekst og skaber store informationsasymmetrier mellem behandlere og forbrugere,
12. FREMHÆVER, at patienterne, når de søger lægebehandling i udlandet, bør have adgang til korrekt og præcis information om pris og omkostninger i forbindelse med behandlingen, behandlingens kvalitet og den praksis, de kan forvente,
13. NOTERER SIG, at informationsteknologien gør det muligt at formidle information om sundhed i meget videre omfang end tidligere, og NOTERER SIG samtidig, at sundhed er et af de mest søgte emner på internettet, og at informationsteknologien gør det muligt at annoncere og levere visse sundhedsydelser på tværs af grænserne,
14. NOTERER SIG, at udveksling af ekspertise og information gennem sundhedsteknologivurdering kan fremmes gennem øget systematisk samarbejde i EU med henblik på at bistå medlemsstaterne i at planlægge, yde og kontrollere sundhedstjenester effektivt og sikkert på grundlag af den bedste forhåndenværende videnskabelige dokumentation om sundhedsteknologiens medicinske, sociale og økonomiske følger,
15. ERKENDER, at andre udviklinger, f.eks. i forbindelse med det indre marked, socialpolitikken generelt, beskæftigelsen og anerkendelsen af erhvervsfaglige kvalifikationer og eksamensbeviser, har betydning for sundhedsvæsenet,
16. NOTERER SIG, at EF-Domstolens domme og disse dommes rækkevidde kan have henledt offentlighedens opmærksomhed på de øgede muligheder for godtgørelse af udgifter til lægebehandling i udlandet, og UNDERSTREGER, at der er behov for at undersøge, hvordan retssikkerheden kan forbedres efter EU-Domstolens retspraksis vedrørende patienters ret til godtgørelse af udgifter til lægebehandling i en anden medlemsstat. Det er derfor betimeligt, at sundhedsministrene fortsat øger samarbejdet på sundhedsområdet,
17. NOTERER SIG, at visse restriktioner for godtgørelse af udgifter til lægebehandling i en anden medlemsstat, forudsat at de er i overensstemmelse med traktaten, kan betragtes som begrundede, hvis de f.eks. er nødvendige for at sikre gode afbalancerede sundhedsydelser, der er tilgængelige for alle, for at sikre finansiel bæredygtighed i sundhedsvæsenet eller for at give mulighed for effektiv tilrettelæggelse af ydelserne,
18. NOTERER SIG, at patienterne har en række rettigheder og forventninger, når de går ind i en lægebehandling, og at disse kan variere meget fra medlemsstat til medlemsstat. Patienter vil derfor drage fordel af øget gennemsigtighed i forbindelse med lægebehandling, beskyttelse af persondata, dækning, informeret samtykke, sundhedspersonalets rettigheder og forpligtelser med hensyn til patienter, og patienters forpligtelser som f.eks. at give fuldstændig og præcis information,

19. NOTERER SIG, at indførelsen af det europæiske sygesikringskort den 1. juni 2004 vil hjælpe til at lette bevægeligheden inden for Den Europæiske Union ved at forenkle procedurerne i forbindelse med adgang til lægebehandling under et midlertidigt ophold i en anden medlemsstat,
20. NOTERER SIG, at det kan være muligt at udnytte overskydende kapacitet inden for rammerne af formelle aftaler for at hjælpe til at nedbringe ventetiden, når der er ventelister på grund af begrænset kapacitet snarere end budgetmæssige begrænsninger,
21. NOTERER SIG, at hurtig indførelse af ny medicinsk teknologi i en medlemsstat kan give patienterne klare fordele, men have tendens til at skabe pres på andre medlemsstater; at øget medicinsk specialisering, der omfatter meget kostbare kliniske indgreb, fører til en gradvis skabelse af referencecentre, der tiltrækker patienter fra hele Europa, og at europæisk samarbejde muligvis kan forbedre adgangen til omkostningseffektiv behandling af høj kvalitet, herunder behandling for sjældne sygdomme,
22. NOTERER SIG, at selv om der er en lang række spørgsmål i forbindelse med patientmobilitet og lægebehandling i det indre marked, findes der ikke noget forum eller nogen mekanisme med et tilgrundliggende retsgrundlag på fællesskabsplan, der er hensigtsmæssigt i forbindelse med en videreudvikling af koordineringen og samarbejdet inden for lægebehandling på tværs af grænserne (lægebehandling på tværs af grænserne er et generelt udtryk, der både dækker samarbejde i grænseregioner og mere generelt behandling modtaget i en anden medlemsstat, men ikke nødvendigvis i nærheden af grænsen) og mere generelt i forbindelse med opfølgningen af Den Europæiske Unions betydning for sundhedssystemerne,
23. STØTTER anbefalingerne i rapporten fra processen for overvejelse på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU, der opfordrer Kommissionen til at overveje udarbejdelsen af en permanent mekanisme på EU-niveau for at støtte europæisk samarbejde på lægebehandlingsområdet og at overveje Den Europæiske Unions betydning for sundhedssystemerne, og NOTERER SIG Kommissionens afgørelse af 20. april 2004 om oprettelse af en gruppe på højt plan vedrørende sundhedsydelse og lægebehandling som et velkomment øjeblikkeligt bidrag til opfølgning af disse anbefalinger,
24. STØTTER konklusionen i rapporten om processen for overvejelse på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU, hvorefter medlemsstaternes ansvar for lægebehandling omfatter:
 - finansiering af sundhedssystemet og det sociale sikringsystem (f.eks. skat, socialforsikring osv.) og den overordnede tilrettelæggelse af systemet, herunder fastsættelsen af priserne,
 - fastsættelse af de overordnede prioriteter for sundhedsudgifterne og ret til at bestemme omfanget af den offentligt finansierede lægebehandling,
 - intern tildeling af ressourcer (herunder menneskelige ressourcer) gennem centrale eller overdragne mekanismer,

- prioritering af den enkeltes adgang til sundhedsvæsenet (hvis der betales inden for rammerne af den nationale ordning) under hensyntagen til det kliniske behov,
- forvaltningsstrategier inden for de fastsatte budgetter, f.eks. anvendelse af evidensbase- ret medicin med mulighed for nationale forskelligheder i sundhedspolitik og behand- lingsmønstre, og
- forhold vedrørende lægebehandlingens kvalitet, effektivitet og produktivitet, som f.eks. kliniske retningslinjer,

25. OPFORDRER MEDLEMSSTATERNE TIL med passende støtte fra Kommissionen at tage behørigt hensyn til anbefalingerne i rapporten om processen for overvejelse på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedsple- je i EU, og navnlig
- at udveksle information om eksisterende bilaterale og multilaterale aftaler om levering af lægebehandling,
 - at overveje eksisterende sundhedsprojekter, der går på tværs af grænserne, og udvikling af netværkssamarbejde mellem disse projekter med henblik på at udveksle eksempler på bedste praksis og at overveje indførelse af rammeaftaler for samarbejde inden for sund- hedssektoren,
 - yderligere at undersøge muligheden for at nå frem til en fælles forståelse af patienters rettigheder og pligter, både individuelt og socialt, på europæisk plan, begyndende med at indsamle foreliggende informationer om disse spørgsmål og om, hvordan de behand- les i medlemsstaterne,
 - at vise, hvordan forskellige adgangsveje til lægebehandling i andre medlemsstater fun- gerer i hjemlandet, og betydningen heraf,
 - at undersøge mulighederne for yderligere samarbejde på lægebehandlingsområdet med henblik på opfølgning af udveksling af oplysninger, erfaringer og god praksis,
 - at kortlægge europæiske referencecentre, herunder tilrettelæggelsen, udpegningen og udviklingen af disse centre, og måder, hvorpå man kan fremme netværkssamarbejde og samarbejde mellem disse sammen med Kommissionen,
 - at overveje, hvorledes udveksling af ekspertise og information om sundhedsteknologi- vurdering kan fremmes og forbedres mellem medlemsstaterne, og
 - at sikre adgang til lægebehandling af høj kvalitet for alle borgere i overensstemmelse med principperne om ret og rimelighed og solidaritet og under behørig hensyntagen til den medicinske kompetence og de midler, der er til rådighed,

26. AGTER i overensstemmelse med de eksisterende procedurer at oprette en permanent mekanisme, der arbejder på højt plan, orienterer Rådet på den sædvanlige måde om spørgsmål vedrørende patientmobilitet og udviklingen inden for lægebehandling samt vurderer Den Europæiske Unions betydning for sundhedssystemerne,
27. OPFORDRER EUROPA-KOMMISSIONEN TIL ud over Kommissionens nedsættelse af gruppen på højt plan vedrørende sundhedsydelse og lægebehandling at følge op på anbefalingerne i rapporten om processen for overvejelse på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU og navnlig
- at sikre, at Gruppen på Højt Plan vedrørende Sundhedsydelse og Lægebehandling, når det er hensigtsmæssigt, vil arbejde sammen med andre relevante instanser og udvalg, især Udvalget for Social Beskyttelse og Udvalget for Økonomisk Politik,
 - at overveje yderligere initiativer vedrørende patientmobilitet og den fremtidige udvikling inden for lægebehandling i Den Europæiske Union for at tilvejebringe data med henblik på informerede afgørelser om yderligere tværnationalt samarbejde, og
 - at sikre samarbejde og koordinering mellem relevante internationale instanser, herunder Verdenssundhedsorganisationen, Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling og Europarådet,
28. OPFORDRER MEDLEMSSTATERNE OG EUROPA-KOMMISSIONEN TIL:
- at tage behørigt hensyn til anbefalingerne i rapporten om processen for overvejelse på højt plan vedrørende patienternes mobilitet og den fremtidige udvikling inden for sundhedspleje i EU i forbindelse med fastlæggelsen og gennemførelsen af alle europæiske politikker og aktiviteter,
 - at udvikle og styrke ordningerne for indsamling af nøjagtige data om mobiliteten blandt patienter og ansatte i sundhedsvæsenet,
 - at overveje, hvorledes investeringer i sundhed, infrastrukturudvikling på sundhedsområdet og kompetenceudvikling kan blive et af de områder, der er berettiget til støtte under alle relevante eksisterende finansielle instrumenter i Den Europæiske Union, og
 - at indsamle og udveksle sammenlignelige data om arbejdsstyrken i samarbejde med Kommissionen og relevante eksterne organisationer."

Under drøftelserne gav en række delegationer udtryk for betænkeligheder med hensyn til, hvordan Kommissionens forslag til et direktiv om tjenesteydelser i det indre marked vil indvirke på sundhedssektoren (6174/04). Det blev besluttet, at formandskabet skal gøre den ansvarlige rådssammensætning opmærksom på disse betænkeligheder.

Endvidere drøftede ministrene under frokosten de prioriterede spørgsmål, der bør behandles i Gruppen på Højt Plan vedrørende Sundhedstjenesteydelser og Lægebehandling, de aktioner og projekter vedrørende patientmobilitet, der skal iværksættes med det samme, anvendelsen af den åbne koordinationsmetode i forbindelse med sundhedspleje og forskellige måder, hvorpå sundhedssektorens egenart vil kunne tilgodeses i forbindelse med det indre markeds krav.

– **LANGVARIG SUNDHEDSPLEJE**

Kommissionen orienterede Rådet om folkesundhedsaspekterne i meddelelsen "Modernisering af socialsikringen med henblik på at udvikle en tilgængelig og varig sundhedspleje og langvarig pleje af høj kvalitet - understøttelse af de nationale strategier via den åbne koordinationsmetode".

Nærmere oplysninger findes i følgende dokument på Rådets websted: 8131/04.

– ***DET INTERNATIONALE SUNDHEDSREGULATIV***

Rådet vedtog reviderede forhandlingsdirektiver til Kommissionen for så vidt angår revisionen af det internationale sundhedsregulativ i samarbejde med Verdenssundhedsorganisationen (WHO).

Kommissionen orienterede desuden Rådet om, hvor langt man er kommet i forhandlingerne med hensyn til revisionen af det internationale sundhedsregulativ.

Afgørelsen tager sigte på at revidere forhandlingsdirektiverne i lyset af nye oplysninger, som er fremkommet i forbindelse med forhandlingerne.

Nærmere oplysninger findes i følgende dokument på Rådets websted: 8815/04.

– **ALKOHOL OG UNGE - Rådets konklusioner**

Rådet vedtog følgende konklusioner:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION

1. HENVISER TIL, at der i henhold til traktatens artikel 152 skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af alle Fællesskabets politikker og aktiviteter,
2. MINDER OM Rådets henstilling af 5. juni 2001 om unge menneskers, især børns og helt unges alkoholforbrug (EFT L 161 af 16.6.2001, s. 38), hvori Kommissionen bl.a. opfordres til i samarbejde med medlemsstaterne
 - at følge op på, vurdere og overvåge udviklingen og foranstaltningerne i såvel medlemsstaterne som på fællesskabsplan og i denne forbindelse sikre en kontinuerlig, konstruktiv og velstruktureret dialog med alle berørte parter
 - at aflægge beretning om gennemførelsen af de foreslåede foranstaltninger på grundlag af oplysninger fra medlemsstaterne, at vurdere i hvor høj grad de foreslåede foranstaltninger virker efter hensigten, samt at overveje behovet for en revision eller en yderligere indsats og
 - fuldt ud at udnytte alle Fællesskabets politikker, herunder navnlig programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed, til at takle de problemer, der er omhandlet i denne henstilling,
3. MINDER OM Rådets konklusioner af 5. juni 2001 om en fællesskabsstrategi til mindskelse af alkoholrelaterede skader (EFT C 175 af 20.6.2001, s. 1), hvori Rådet bl.a.
 - understreger, at alkohol er en af de vigtigste sundhedsdeterminanter i Fællesskabet
 - finder det betænkeligt, at unge i nogle medlemsstater i stigende grad har for vane at drikke i hverdagen og at holde drikkegilder
 - understreger, at det er ønskeligt at udvikle en omfattende fællesskabsstrategi til mindskelse af alkoholrelaterede skader, og
 - opfordrer Kommissionen til at fremsætte forslag til en omfattende fællesskabsstrategi til mindskelse af alkoholrelaterede skader, der skal supplere de nationale politikker og fastsætte en tidsplan for de forskellige foranstaltninger,

4. NOTERER SIG, at alkohol er anerkendt som en vigtig sundhedsdeterminant i Det Europæiske Fællesskabs sundhedsstrategi og folkesundhedsprogrammet 2003-2008,
5. NOTERER SIG, at det i undersøgelser foretaget for nylig anslås, at 55 000 unge mellem 15 og 29 år døde i WHO-region Europa af alkoholrelaterede årsager i 1999. Dette er et uopretteligt tab for samfundet, familierne og den enkelte og for Europas fremtid,
6. UNDERSTREGER, at problemerne med alkoholrelaterede dødsfald og lidelser, især blandt unge, som kunne være undgået, er blevet et fælles anliggende, og at der er behov for samarbejde og koordinering på fællesskabsplan. Dette er en af de mest presserende udfordringer, som sundhedsministrene står over for på europæisk plan,
7. MINDER OM den tidligere opfordring til Kommissionen til i samarbejde med medlemsstaterne at følge op på, vurdere og overvåge udviklingen og foranstaltningerne i såvel medlemsstaterne som på fællesskabsplan i forbindelse med Rådets henstilling om unge menneskers alkoholforbrug og til at aflægge rapport til Rådet om gennemførelsen i medlemsstaterne i 2005,
8. STØTTER Kommissionens igangværende arbejde med at udvikle en samlet alkoholstrategi, der skal fremhæve behovet for en mere afbalanceret tilgang med større fokus på folkesundhedsaspekter på andre politikområder, og GENTAGER sin opfordring til Kommissionen til hurtigt at fremsætte forslag til en sådan strategi til mindskelse af alkoholrelaterede skader, der skal supplere de nationale politikker og fastsætte en tidsplan for de forskellige foranstaltninger,
9. UNDERSTREGER, at der skal lægges særlig vægt på unge og alkohol i denne strategi."

– **ASTMA HOS BØRN - Rådets konklusioner**

Rådet vedtog følgende konklusioner:

"RÅDET FOR DEN EUROPÆISKE UNION

1. NOTERER SIG med bekymring, at astma hos børn får stadig større sundhedsmæssige, samfundsmæssige og økonomiske konsekvenser for Det Europæiske Fællesskab, at luftvejssygdomme hos børn som den mest udbredte årsag til sygelighed hos børn i industrilandene har alvorlige økonomiske konsekvenser og væsentlige følger for livskvaliteten for den enkelte og for dennes familie, og at WHO's verdenssundhedsrapport for 2000 placerede luftvejssygdomme blandt de fem vigtigste sygdomsbelastninger (målt i sygdomsjusterede leveår (disability-adjusted life years)),
2. MINDER OM, at børn ifølge FN's konvention om barnets rettigheder har ret til den højst opnåelige sundhedstilstand,
3. HENVISER med bekymring TIL, at den fælles rapport fra Det Europæiske Miljøagentur og Verdenssundhedsorganisationens regionalkontor for Europa "Children's health and environment: a review of evidence"²¹ påpeger en væsentlig stigning i antallet af astmatilfælde hos børn i de "rige vestlige" lande i løbet af de seneste årtier med en tendens, der går fra blot en let stigning til en tredobbelt stigning,
4. MINDER OM, at der findes en række relevante fællesskabsprogrammer som f.eks. programmerne inden for folkesundhed, miljø og forskning, der kunne bidrage positivt til at reducere forekomsten af astma hos børn,
5. PÅSKØNNER Kommissionens meddelelse om en europæisk strategi for miljø og sundhed, modtaget den 13. juni 2003, som understreger vigtigheden af at sætte fokus på børn, fordi det er absolut nødvendigt for den menneskelige og økonomiske udvikling at investere i børns sundhed. Strategiens endelige mål er at reducere antallet af sygdomstilfælde i EU, der skyldes miljøfaktorer, at finde frem til og forebygge sundhedstrusler, der skyldes miljøfaktorer, samt at styrke EU's kapacitet til at føre en politik på dette område. Målet for den første etape (2004-2010) er at nå til en klar forståelse af sammenhængen mellem miljøfaktorer og bl.a. luftvejssygdomme, astma og allergier hos børn,

²¹ En fælles rapport fra Det Europæiske Miljøagentur i København og Verdenssundhedsorganisationens regionalkontor for Europa (2002).

6. BEKRÆFTER Rådets konklusioner af 27. oktober 2003²² om en europæisk strategi for miljø og sundhed, hvori Rådet bl.a. så med tilfredshed på den nye europæiske strategi for miljø og sundhed og gjorde opmærksom på, at indeklimatekotorer kan forbindes med den udbredte forekomst af luftvejssygdomme, astma og allergier hos børn, samt understregede nødvendigheden af at reducere eller helt fjerne uacceptable risici som tobaksrøg i indeklimaet,
7. MINDER OM EU's Fælles Forskningscenters og det irske formandskabs sundhedsskshop om astma hos børn i Cork den 23. april 2004, som
 - tilsluttede sig en tilgang til astma hos børn baseret på gen-miljø-interaktion og efterlyste en tværfaglig tilgang i forbindelse med forskningsprojekter, hvor man samtidig ser på genetiske og miljømæssige faktorer
 - erkendte relevansen af at bruge Europa som grundlag for den slags arbejde, idet der her forefindes forskellige genetiske grupper
 - understregede, at undersøgelser af astma hos børn i forbindelse med tilgangen baseret på gen-miljø-interaktion primært bør fokusere på, hvordan man kan forbedre forebyggelse, diagnose og bekæmpelse af astma hos børn
 - opfordrede til, at der tages fuldt hensyn til de etiske retningslinjer, som bør følges i forbindelse med forskning inden for dette område
 - opfordrede til, at der forskes mere i astma hos børn f.eks. ved hjælp af tilgangen baseret på gen-miljø-interaktion og tilsluttede sig valget af astma hos børn som prototypeeksempel,
8. SER FREM TIL den forestående fælleseuropæiske ministerkonference om miljø og sundhed i Budapest i juni 2004, som forventes at tilslutte sig handlingsplanen for Europa for børns miljø og sundhed (Children's Environment and Health Action Plan for Europe - CEHAPE),
9. NOTERER SIG, at astma hos børn kan skyldes et samspil mellem mange forskellige faktorer, herunder kvaliteten af indeluft og forureningen af udeluft, byggematerialer, bygningskonstruktion og bygningsvedligeholdelse, genetiske faktorer, kostvaner og andre livstilsfaktorer, socioøkonomiske vilkår samt kvaliteten af lægebehandling. Hvordan den syge reagerer på disse forskellige faktorer, kan variere alt efter f.eks. køn og alder,

²² EFT C 268 af 7.11.2003, s. 2.

10. UNDERSTREGER, at udsættelse via omgivelserne for tobaksrøg, som indeholder mere end 50 kendte kræftfremkaldende stoffer, og luftforurening er blandt de største trusler for luftvejssystemet, især hos børn, og er med til at forværre astma,
11. FREMHÆVER, at fælles definitioner og en fælles terminologi vil befordre en fælles Europadækkende forståelse af astma hos børn, navnlig hvis de anvendes i kliniske databaser,
12. NOTERER SIG, at forekomsten af astma og lignende sygdomme hos børn varierer fra region til region i Det Europæiske Fællesskab, og at en tilbundsående undersøgelse af disse variationer måske vil kunne kaste lys over, hvad der forårsager og udløser astma hos børn,
13. KONKLUDERER, at der er brug for handling på nationalt plan og på EU-plan for fuldt ud at tackle denne voksende folkesundhedsmæssige udfordring - under fuld iagttagelse af medlemsstaternes og Fællesskabets respektive beføjelser,
14. OPFORDRER KOMMISSIONEN OG MEDLEMSSTATERNE TIL:
 - at stimulere og støtte forskningen i de faktorer, der forårsager astma hos børn (herunder sundhedsbelastende miljøfaktorer og genetiske faktorer og vækstbetingelser hos det enkelte individ), samt i årsagerne til de regionale variationer i forekomsten af astma hos børn
 - at arbejde videre med udviklingen af en fælles terminologi og fælles definitioner til brug i analysen af astma hos børn
 - at indsamle og formidle data af god kvalitet om astma hos børn
 - at tilskynde til udveksling af god praksis i forbindelse med forebyggelse og bekæmpelse af astma hos børn
 - at inddrage alle relevante interessentgrupper, som kan bidrage til at bekæmpe astma hos børn
 - at sikre, at der ved gennemførelsen af handlingsplanen for Europa for børns miljø og sundhed (CEHAPE), der skal vedtages i juni 2004 på den fælleseuropæiske ministerkonference om miljø og sundhed, tages fuldt hensyn til den store folkesundhedsmæssige udfordring, som astma hos børn udgør,

15. OPFORDRER MEDLEMSSTATERNE TIL:
- at vælge en tværfaglig tilgang og specifikt inddrage astma hos børn i deres nationale sundhedspolitikker
 - at fremme bevidstheden om især de voksnes rolle i forbindelse med tobaksrøg og om den generelle luftkvalitets betydning i børns daglige omgivelser,
16. OPFORDRER KOMMISSIONEN til at sikre, at fænomenet astma hos børn inddrages i alle relevante fællesskabspolitikker."

– **ANPRISNINGER AF FØDEVARER**

Rådet noterede sig situationsrapporten om behandlingen af et udkast til Europa-Parlamentets og Rådets forordning om ernærings- og sundhedsanprisninger af fødevarer.

Den foreslåede forordning tager sigte på at indføre fællesskabsretlige rammer for anvendelsen af anprisninger på mærkningen af fødevarer. Med den foreslåede forordning tillades sundhedsanprisninger i forbindelse med visse fødevarer på strenge betingelser og efter en uafhængig videnskabelig vurdering og en EF-godkendelse.

Harmonisering på fællesskabsplan af bestemmelserne om anprisninger vil bidrage til beskyttelse af forbrugerne og folkesundheden og fjerne de hindringer for et velfungerende indre marked, der skyldes sameksistensen af forskellige nationale lovgivninger.

Europa-Parlamentets førstebehandlingsudtalelse foreligger endnu ikke.

Nærmere oplysninger findes i følgende dokument på Rådets websted: 11646/03.

– **TILSÆTNING AF VITAMINER OG MINERALER TIL FØDEVARER**

Rådet noterede sig situationsrapporten om behandlingen af et udkast til Europa-Parlamentets og Rådets forordning om tilsætning af vitaminer og mineraler samt andre stoffer til fødevarer.

Den foreslåede forordning tager sigte på at harmonisere nationale bestemmelser om tilsætning af vitaminer, mineraler og andre stoffer til fødevarer, idet det sikres, at de pågældende produkter ikke udgør nogen sundhedsrisiko, og således at øge beskyttelsen af de europæiske forbrugere. Endvidere tager harmoniseringen sigte på at fjerne hindringer for samhandelen inden for Fællesskabet.

Europa-Parlamentets førstebehandlingsudtalelse foreligger endnu ikke.

Nærmere oplysninger findes i følgende dokument på Rådets websted: 14842/03.

EVENTUELT

- Modernisering af socialsikringen med henblik på at udvikle en tilgængelig og varig sundhedspleje og langvarig pleje af høj kvalitet - understøttelse af de nationale strategier via den åbne koordinationsmetode (meddelelse fra Kommissionen, 8131/04)
- Udviklingen for så vidt angår tjenesteydelser:
 - Tjenesteydelser af almen interesse (hvidbog fra Kommissionen, 9643/04)
 - Tjenesteydelser i det indre marked (forslag til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv, 6174/04)
- Beskyttelse af arbejdstagerne mod optisk stråling (ændret forslag til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv, 9891/04)
- Kommissionens forslag om ændring af forordninger om oprettelse af:
 - et europæisk arbejdsmiljøagentur (Bilbao) (9050/04, 9950/04)
 - et europæisk institut til forbedring af livs- og arbejdsvilkårene (Dublin) (9031/04, 9950/04)
- Den sociale dimension af globaliseringen (meddelelse fra Kommissionen, 9824/04, 9951/04)
- Ligebehandling af mænd og kvinder i forbindelse med beskæftigelse og erhverv (forslag til Europa-Parlamentets og Rådets direktiv - omarbejdet udgave - 8839/04, 9952/1/04)
- Rapport om integrering af ligestillingsaspektet på uddannelsesområdet (9923/04)
- Indikatorer for sexchikane på arbejdspladsen (9832/04 + ADD 1)
- Seminar i Lissabon om udvikling, lighed og demokrati inden for fællesskabet af portugisisktalende lande, 15. marts 2004 (9839/04)

- Arrangementer i forbindelse med formandskabet:
 - Konferencen i Bundoran om, hvordan man samtidigt kan fremme mobilitet og social inddragelse, 1.-2. april 2004 (9823/04)
 - Konferencen i Limerick om ligestilling, 6.-7. maj 2004 (9825/04)
 - Konferencen i Budapest om forordning nr. 1408/71, 7.-8. maj 2004 (9826/04)
 - Konferencen i Dublin om familier, forandring og socialpolitik i Europa, 13.-14. maj 2004 (9827/04)
 - Konferencen i Dublin "Violence against Women - From Violation to Vindication of Human Rights", 24.-25. maj 2004 (9828/04)
 - Konferencen i Limerick "Closing the Gap - Systematic Approaches to Promoting Equality and Diversity in Europe", 27.-28. maj 2004 (9829/04)
 - Konferencen i Bruxelles om mennesker, der lever i fattigdom, 28.-29. maj 2004 (9830/04)
- Varig sundhedspleje (8131/04, 9946/04)
- Europæisk center for forebyggelse af og kontrol med sygdomme
- Det europæiske sygesikringskort (9927/04)
- Europæisk sundhedsstrategi
- Miljø og sundhed
- Osteoporose (9807/04)
- Sukkersyge (9808/04)

ANDRE PUNKTER, DER BLEV GODKENDT

SUNDHED

WHO-rammekonventionen om bekæmpelse af tobaksrygning

Rådet vedtog en afgørelse om indgåelse på Fællesskabets vegne af WHO-rammekonventionen om bekæmpelse af tobaksrygning (9859/04).
