



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 15.04.1998
KOM(1998) 230 endelig udg.

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN

TIL RÅDET, EUROPA-PARLAMENTET,
DET ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALG
OG REGIONSUDVALGET

om udviklingen i folkesundhedspolitikken i Det Europæiske Fællesskab

Resumé

Kommissionen fastsatte rammerne for en indsats på folkesundhedsområdet i sin meddelelse af 24. november 1993. Heri beskrives den strategi, som skulle følges, og de foranstaltninger, som Kommissionen ville foreslå med henblik på at efterkomme EF-traktatens artikel 129. Inden for disse rammer er der fremsat forslag til otte programmer på folkesundhedsområdet. Fem er under gennemførelse, og de øvrige er til behandling i Europa-Parlamentet og Rådet under proceduren for fælles beslutningstagning. Det er nu nødvendigt at overveje, om de gældende rammer fortsat er tilfredsstillende og kan anvendes i forbindelse med en række nye forhold af stor betydning, som f.eks. nye trusler mod sundheden og større pres på sundhedssystemerne samt Fællesskabets udvidelse og Amsterdam-traktatens nye bestemmelser om folkesundheden. Endvidere haster det med at få taget rammerne op til fornyet overvejelse, for de fleste af de gældende programmer udløber i eller omkring år 2000 og der skal i nær fremtid fremsættes en række forslag.

I denne meddelelse beskrives først forskellige udviklingstendenser i sundhedstilstanden og sundhedssystemerne i Fællesskabet samt principper og krav i forbindelse med folkesundhedsforanstaltninger på fællesskabsniveau. Overvejelserne har ført til den konklusion, at selvom principperne og filosofien bag meddelelsen fra 1993 om rammerne for en indsats på folkesundhedsområdet fortsat er relevante, så er det nødvendigt at tage både prioriteter, strukturer og metoder op til grundig overvejelse med henblik på omformulering. Endelig indeholder meddelelsen et forslag til en ny EU-politik på folkesundhedsområdet, som tager udgangspunkt i en indsats på følgende tre områder:

- Forbedring af information med henblik på at udbygge folkesundheden.
- Hurtig reaktion på trusler mod sundheden.
- Forbedring af sundhedsdeterminanter via sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Spørgsmål i forbindelse med udvidelsen og integration af sundhedsmæssige krav i Fællesskabets andre politikker behandles inden for alle tre områder.

Kommissionen har til hensigt at fremsætte konkrete forslag til den nye politik, når Amsterdam-traktaten er ratificeret. I mellemtiden er det så håbet, at de ideer, der er beskrevet i denne meddelelse, vil fremme en bred debat om Fællesskabets fremtidige politik på folkesundhedsområdet.

Indhold

1.	INDLEDNING- FORMÅL OG SIGTE.....	5
2.	SUNDHEDSTILSTANDEN I DEN EUROPÆISKE UNION.....	5
3.	MEDLEMSSTATERNES UDFORDRINGER PÅ FOLKESUNDHEDSOMRÅDET.....	7
3.1	Udgifterne på sundhedsområdet.....	7
3.2	Demografiske tendenser.....	7
3.3	Teknologisk og anden udbudsbetinget udvikling.....	8
3.4	Ændringer inden for sundhedssystemer.....	8
3.5	Borgernes forventninger og bekymringer.....	8
3.6	Beskæftigelse.....	9
4.	UDFORDRINGERNE I UDVIDELSEN OG DEN INTERNATIONALE DIMENSION.....	9
4.1	Udvidelsen.....	9
4.2	Den internationale dimension.....	10
5.	FÆLLESSKABETS ROLLE PÅ FOLKESUNDHEDSOMRÅDET.....	11
5.1	Det gældende retsgrundlag.....	11
5.2	Fællesskabets rolle.....	12
5.3	Udviklingen i Fællesskabets aktiviteter på folkesundhedsområdet siden Maastricht.....	12
5.4	Erfaringer med gennemførelsen af rammerne fra 1993.....	14
5.5	Ny udvikling på fællesskabsplan.....	15
6.	EN FREMTIDIG FÆLLESSKABSPOLITIK PÅ FOLKESUNDHEDSOMRÅDET.....	16
6.1	Hovedområde 1: Bedre information med henblik på at udbygge folkesundheden.....	17

6.2	Hovedområde 2: Hurtig reaktion på trusler mod sundheden	19
6.3	Hovedområde 3: Forbedring af sundhedsdeterminanter via sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.....	20
6.4	Fællesskabspolitikens indvirkning på sundheden	22
7.	VEJEN FREM	23
8.	KONKLUSIONER	24

1. INDLEDNING- FORMÅL OG SIGTE

1. Siden november 1993 har Fællesskabet fulgt en overordnet strategi på folkesundhedsområdet. Dette var en følge af ratificeringen af Maastricht-traktaten, som udtrykkeligt gav Fællesskabet udvidede beføjelser på dette område. Der er en række grunde til, at denne strategi nu grundlæggende trænger til at blive revideret:

- For det første har erfaringerne med gennemførelsen af den eksisterende folkesundhedsstrategi vist en række mangler ved den nuværende fremgangsmåde;
- for det andet er der på nogle punkter sket en ny udvikling med hensyn til sundhedstilstanden og sundhedsvæsenerne, som det ikke var muligt at forudse i 1993;
- for det tredje har både Rådet, Europa-Parlamentet og de vigtigste aktører på sundhedsområdet stillet klare krav til Kommissionen om at fremsætte forslag til en ny folkesundhedspolitik, der sætter Fællesskabet i stand til at tage de nye udfordringer op;
- for det fjerde har Kommissionen selv forpligtet sig til at prioritere sundhedspolitikken højere;
- for det femte indebærer udvidelsesprocessen nye udfordringer på sundhedsområdet; og
- endelig indebærer Amsterdam-traktaten en styrkelse af bestemmelserne vedrørende folkesundhedsområdet.

Det er blevet ganske særligt presserende at få udformet en ny politik. For at man kan blive i stand til at fremlægge konkrete forslag til nye foranstaltninger snarest muligt efter ratificeringen af Amsterdam-traktaten, er det nødvendigt, at man nu fastlægger rammerne for en debat om de generelle politiske retningslinjer. Desuden vil de fleste af de eksisterende folkesundhedsprogrammer udløbe i eller omkring år 2000. Det betyder, at de nye forslag skal være færdige i så god tid, at der ikke bliver et tomrum i Fællesskabets politik på dette vigtige område.

3. Som en indledning på denne debat gøres der i denne meddelelse rede for resultaterne af en undersøgelse af de igangværende aktiviteter og der udstikkes nye politiske retningslinjer på folkesundhedsområdet, hvor vægten er lagt på bestræbelserne for at forbedre sundheden og behovet for at fokusere på et begrænset antal prioriterede opgaver, samtidig med at fremgangsmåden skal være tilstrækkelig fleksibel til, at man straks kan reagere på nye farer og nye udfordringer på sundhedsområdet.

2. SUNDHEDSTILSTANDEN I DEN EUROPÆISKE UNION

Indbyggerne i EU lever i dag længere og sundere end nogensinde tidligere. En række indikatorer såsom forventet gennemsnitslevetid, børnedødelighed og moderdødelighed bekræfter denne tendens. Dette skal man dog ikke slå sig til tåls med. Én ud af hver fem indbyggere dør stadig i en for ung alder, ofte på grund af sygdomme, der kunne have været forebygget. Nye farer for sundheden, især smitsomme sygdomme, dukker op. Der er en foruroligende forskel på de enkelte samfundsklassers sundhedstilstand. Desuden skaber den længere gennemsnitslevealder i sig selv problemer, bl.a. en markant stigning i

4. Den europæiske befolknings sundhedstilstand er generelt set bedre end nogensinde før. År efter år lever EU-borgerne længere. Siden 1970 er den forventede levetid på fødselstidspunktet for kvinder i Fællesskabet steget 5½ år og for mænd næsten 5 år. En pige, som blev født i 1995, kan forvente at blive et godt stykke over 80 år, og en dreng næsten 74. I perioden 1970-1992 blev børnedødeligheden mere end halveret til under 10 pr. 1000 levendefødte, og forskellene mellem medlemsstaterne blev mindre. Samtidig faldt moderdødeligheden markant til 7 pr. 100 000 levendefødte.

5. De vigtigste dødelige sygdomme i det forrige århundrede, f.eks. kopper, kolera og mæslinger, udgør ikke længere den trussel, de gjorde engang. Opfindelse og almindelig anvendelse af vacciner og antibiotika har medvirket hertil, og det samme gælder bedre hygiejne samt miljømæssige og sociale forhold. Men det ville dog på grundlag af disse resultater være forkert at konkludere, at der ikke længere findes alvorlige sundhedsproblemer i Fællesskabet.

6. For det **første** er niveauet for præmatur dødelighed, dvs. død før det 65. leveår, fortsat højt, og mere end en femtedel af alle dødsfald er præmature. Hvert år dør mere end 600 000 i alderen 35-64, særlig på grund af livsstilsrelaterede sygdomme: fire ud af ti dør af kræft, tre ud af ti af kardiovaskulære sygdomme og næsten én ud af ti som følge af ulykker eller selvmord. Adfærdsmønstre, som grundlægges i barndom og ungdom, f.eks. rygning, begrænset motion, dårlig ernæring, indebærer en stor risiko for, at folk rammes af de pågældende sygdomme som voksne. Endvidere anfører ca. 22 millioner mennesker på 16 år og derover, at de er alvorligt hæmmet i deres daglige aktiviteter på grund af "kroniske fysiske eller mentale sundhedsproblemer.

7. For det **andet** opstår der nye sundhedsrisici som følge af f.eks. nye sygdomme såsom nye varianter af Creutzfeldt-Jakobs sygdom (CJD), aviær influenza, Ebola hæmoragisk feber, udbredelsen af levnedsmiddelbårne infektioner, tidligere smitsomme sygdomme, som dukker op igen, særlig tuberkulose, og det tiltagende problem med resistens over for antibiotika. AIDS giver fortsat anledning til bekymring. Problemerne vil blive forværret med øget rejsevirkosomhed og større mobilitet i befolkningerne.

8. For det **tredje** er der stor forskel på sundhedstilstanden både i medlemsstaternes befolkninger og inden for forskellige befolkningsgrupper i de enkelte lande. Som et slående eksempel, der er relateret til alder og køn, kan det anføres, at dødeligheden som følge af trafikulykker i aldersgruppen 15-34 år er tre gange højere for mænd end for kvinder. Den største forskel på sundhedstilstanden er muligvis relateret til samfundsmæssig stilling. Lavere samfundsklasser er hele livet udsat for væsentligt større sundhedsrisici. Dødeligheden og sygdomsfrekvensen er derfor betydeligt højere i de lavere samfundsklasser. For eksempel i Det Forenede Kongerige kan et barn, som i dag fødes af forældre i en af de højeste samfundsklasser, forvente at leve 5 år længere end et barn fra en lavere samfundsklasse.

9. For det **fjerde** er en af følgerne af længere forventet levetid i Fællesskabet en stigning i antallet af personer, som lider af alderdomsrelaterede sygdomme, særlig kræft, kardiovaskulære sygdomme, fysiske handicap og mentale sygdomme, såsom Alzheimers

sygdom og andre neuro-degenerative sygdomme. Det skønnes, at 8 millioner mennesker i Fællesskabet vil lide af Alzheimers sygdom i år 2 000. Stigningen i antallet af personer, som lider af sådanne sygdomme, vil få store konsekvenser for tjenesteydelserne på det sociale og det sundhedsmæssige område.

3. MEDLEMSSTATERNES UDFORDRINGER PÅ FOLKESUNDHEDSOMRÅDET

Presset på sundhedsvæsenet i medlemsstaterne går i modsatte retninger. Stigende omkostninger på grund af demografiske faktorer, ny teknologi og befolkningens stigende krav trækker i én retning. Reformen af systemerne, større effektivitet og øget konkurrenceevne trækker i en anden retning. Medlemsstaterne er nødt til at håndtere disse modsat rettede tendenser, men må samtidig hele tiden have for øje, at sundheden er af stor betydning for menneskers trivsel og at sundhedsvæsenet spiller en vigtig økonomisk rolle.

3.1 *Udgifterne på sundhedsområdet*

10. I de sidste tredive år har udgifterne på sundhedsområdet inden for Fællesskabet omtrent fordoblet deres andel af BNP og udgør nu 5-10% i de forskellige medlemsstater. Dette er betydeligt mindre end i USA (over 14%). Medlemsstaterne har derfor gennemført en lang række strukturreformer og besparelsesforanstaltninger med henblik på at gøre deres sundhedssystemer mere effektive. Behovet for at begrænse de stigende udgifter på sundhedsområdet og optimere omkostningseffektiviteten inden for denne sektor skal ses på baggrund af den generelle begrænsning af de offentlige udgifter. Flere faktorer, som både påvirker udbud af og efterspørgsel efter tjenesteydelser på sundhedsområdet, har medvirket til at øge udgifterne. De vigtigste faktorer behandles nedenstående.

3.2 *Demografiske tendenser*

11. På grund af faldende fødselstal og længere forventet levetid bliver Fællesskabets befolkning ældre. I år 2020 vil der være 40% flere, som er 75 år og derover, end i 1990. Det vil sandsynligvis øge efterspørgslen efter tjenesteydelser på sundhedsområdet og endvidere nødvendiggøre ændringer i den måde, tjenesteydelserne er organiseret og struktureret på.

12. Med flere indbyggere på over 80 og 90 år vil der blive lagt øget pres på tjenesteydelser på sundhedsområdet, og særlig på social omsorg. Det skønnes, at udgifterne til tjenesteydelser på sundhedsområdet vil stige med mindst 1-3% af BNP i løbet af de næste 30 år alene som følge af demografiske ændringer¹. Problemet vil blive forværret med nedgangen i familiernes størrelse og det stigende antal små husholdninger og husholdninger med enlige fædre eller mødre, for konsekvenserne heraf vil sandsynligvis blive, at familiemedlemmers traditionelle bidrag til omsorg for ældre reduceres. Tjenesteydelser på det sundhedsmæssige og sociale område vil skulle indrettes efter disse ændringer. Det vil blive sværere at besvare spørgsmålet om, hvordan de stigende udgifter

¹ D. Franco, T. Munzi, Ageing and fiscal policies in the EU, European Economy 1997:4.

ændringer. Det vil blive sværere at besvare spørgsmålet om, hvordan de stigende udgifter skal finansieres, for det samlede afhængighedsforhold (forholdet mellem afhængige og arbejdstagere) vil sandsynligvis blive større sammenlignet med nu.

3.3 Teknologisk og anden udbudsbetinget udvikling

13. Udbudsfaktorerne er mindst lige så vigtige for de samlede udgifter på sundhedsområdet som efterspørgselsfaktorerne. I de seneste årtier er der sket en langt større udvikling på det medicinske område end hidtil, og det har været en væsentlig årsag til stigende udgifter. Eksempelvis koster nyskabende lægemidler normalt langt mere end de lægemidler, der allerede findes. Dog er der for mange af de nuværende behandlinger ikke belæg for, hverken at de gavner sundhedstilstanden eller at de er mere omkostningseffektive. Det tyder på, at der skal lægges større vægt på at evaluere interventioner på sundhedsområdet. Edb-behandling og oprettelse af netværk, herunder brug af telematik på sundhedsområdet, kan medvirke til at reducere udgifterne, særlig til forvaltning.

3.4 Ændringer inden for sundhedssystemer

14. Medlemsstaterne står over for en række fælles problemer med finansiering, organisation og forvaltning af deres sundhedssystemer. Der bliver i stigende grad lagt vægt på at hæve den almindelige standard, samtidig med at udgifterne på sundhedsområdet skal begrænses, og der skal sikres valuta for pengene. Parallelt hermed påvirkes sundhedssystemerne i lighed med andre områder inden for økonomien af den globalisering, der finder sted inden for handel og industri, af øget konkurrence samt af udbygningen af Fællesskabets indre marked. De forskellige initiativer inden for forvaltning på sundhedsområdet ("managed care") samt udviklingen inden for medicin, der er bevist at have en virkning ("evidence-based medicine"), inden for kvalitetssikring og inden for vurdering af sundhedsteknologi er en reaktion på denne udvikling.

3.5 Borgernes forventninger og bekymringer

15. Tjenesteydelser på sundhedsområdet skal afspejle nuværende og forventede behov på nationalt og lokalt plan og være afpasset efter befolkningens krav, prioriteter og bekymringer. I den forbindelse er det opmuntrende at konstatere en tendens i medlemsstaterne til at være mere opmærksom på befolkningens synspunkter, når tjenesteydelserne planlægges og præsteres. Borgerne har nu ikke blot mulighed for at give deres mening til kende om udviklingen inden for tjenesteydelserne, de inddrages også i stigende omfang i prioriteringen.

16. Selvom regeringerne og sundhedsmyndighederne skal respektere og imødekomme offentlighedens legitime forventninger, så kan øget inddragelse af offentligheden lægge yderligere pres på tjenesteydelser og budgetter, for befolkningen er utilbøjelig til at acceptere rationering eller nedskæringer i ydelserne på deres niveau. I henhold til en Eurobarometer-undersøgelse, som blev foretaget for nylig, er kun 5% af befolkningen i Fællesskabet indstillet på acceptere en nedgang i de offentlige udgifter på

sundhedsområdet. I modsætning hertil ønskede 50% højere udgifter². Offentlighedens tilfredshed med sundhedssystemer er normalt afhængig af udgiftsniveauet.

17. I forbindelse med sundhedspolitikken skal der tages hensyn til endnu et vigtigt forhold, nemlig den indvirkning, som moderne tilberedning af mad og praksis i landbruget har. Nye teknikker, som f.eks. gensplejsning af levnedsmidler og fødevarerestråling, problemer i forbindelse med "naturlige" fødevarer og øget udbud af "fast food" giver anledning til bekymring i befolkningen, som kræver, at der fastlægges en politik på området.

3.6 Beskæftigelse

18. Forholdet mellem beskæftigelse og sundhed omfatter langt mere end arbejdsløshedens indvirkning på sundhedstilstanden. Sundhedssektoren er en vigtig arbejdsgiver, den forbruger varer og spiller en ledende rolle inden for forskning og udvikling. Sektoren yder derfor et centralt bidrag til den samfundsøkonomiske udvikling. I henhold til oversigten over arbejdsstyrken fra 1996 er mere end 10% af de beskæftigede ansat i sundhedssektoren. Denne sektor er en af de sektorer, der er vokset hurtigst i 1990'erne, med en tilvækst på i gennemsnit lidt under 3% pr. år. Endvidere reducerer arbejdsløshed de samlede midler, der står til rådighed for tjenester på sundhedsområdet. Det skyldes, at en stor del af midlerne til sundheds- og socialbeskyttelsessystemerne i mange lande er forbundet med indtægtsrelaterede bidrag. Når man overvejer reformer af sundhedssystemet og besparelsesforanstaltninger er det derfor vigtigt at tage hensyn til den eventuelle indvirkning på sundheds- og sikkerhedsspørgsmål samt på økonomien som helhed.

4. UDFORDRINGERNE I UDVIDELSEN OG DEN INTERNATIONALE DIMENSION

Situationen på sundhedsområdet i landene i Central- og Østeuropa kan vanskeligt sammenlignes med situationen i det nuværende EU. Generelt er den forventede gennemsnitslevealder lavere og sundhedstilstanden er dårligere i disse lande. De har færre ressourcer til rådighed til at forbedre denne situation. Udvidelsen kommer også til at få konsekvenser for sundhedssystemerne i de nuværende medlemsstater, særligt på grund af den frie bevægelighed. Der bliver behov for at bistå ansøgerlandene med at tilpasse sig Fællesskabets politik på dette område. Det er også nødvendigt at samarbejde med internationale organisationer, herunder WHO, om sundhedsmæssige spørgsmål for at kunne imødegå de sundhedsmæssige farer globalt set.

4.1 Udvidelsen

19. Ved udbygningen af politikken på folkesundhedsområdet skal der tages hensyn til følgerne af, at Fællesskabet udvides mod Central- og Østeuropa. Sundhedsproblemerne i de pågældende lande er væsentligt forskellige fra dem i de nuværende medlemsstater og er ofte sværere at løse. Ansøgerlandenes vigtigste indikatorer for sundhedstilstanden kan vanskeligt sammenlignes med medlemsstaternes. Som det generelt er tilfældet med

² Eurobarometer 44.3, foretaget i begyndelsen af 1996.

lavindkomstlande med dårligere udbyggede sundhedsvæsener, står ansøgerlandene over for potentielt alvorlige problemer med smitsomme sygdomme. Ansøgerlandene har, med undtagelse af Cypern, færre ressourcer til rådighed på sundhedsområdet. Deres sundhedssystemer har brug for en grundig reform, som skal forbedre den samlede effektivitet, samt for en række specifikke ændringer, der skal bringe dem i overensstemmelse med den relevante fællesskabslovgivning.

20. Det er endvidere et spørgsmål, hvilke følger udvidelsen kan få for sundhedstilstanden og sundhedssystemerne i de nuværende medlemsstater. Den fri bevægelighed for produkter, særlig visse lægemidler og blodprodukter samt medicinske midler, skaber problemer med hensyn til sikkerhed og kvalitetskontrol samt prisfastsættelse.

21. Kommissionen yder allerede støtte til ansøgerlandene for at sikre, at de er i stand til at gennemføre Det Europæiske Fællesskabs lovgivning på sundhedsområdet, f.eks. via Phare-programmet og strukturelle instrumenter. Endvidere får ansøgerlandene nu adgang til at deltage i Fællesskabets programmer på folkesundhedsområdet, hvilket vil hjælpe dem med at tilpasse sig til Fællesskabets politik på dette område. Der vil blive behov for oplysninger om tendenserne på sundhedsområdet og inden for sundhedsdeterminanter i ansøgerlandene samt om tiltrædelsens mulige følger for deres og de nuværende medlemsstaters sundhedssystemer.

4.2 Den internationale dimension

22. Politik og aktioner på folkesundhedsområdet skal imødekomme ændringer i den internationale dimension. Sundhedsspørgsmål spiller en vigtig rolle i forbindelse med Fællesskabets relationer med tredjelande, dets udviklings samarbejde og humanitære bistand. Sundhedsproblemer i tredjelande kan få indvirkning på sundheden i Fællesskabets befolkning. Det er derfor nødvendigt at udbygge de initiativer, som tager sigte på global epidemiologisk overvågning, og mekanismer, som gør det muligt at reagere hurtigt på trusler mod sundheden, samt at hjælpe udviklingslande med at forbedre deres sundhedssystemer. På indeværende tidspunkt finder der en række sundhedsrelaterede aktiviteter sted, f.eks. inden for rammerne af Aftalen om Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde, inden for samarbejdet mellem Det Europæiske Fællesskab og Middelhavslandene og inden for rammerne af G7. Endvidere drøfter en EU-US taskforce samarbejde om global overvågning af og reaktion på smitsomme sygdomme. Der vil blive taget hensyn til resultaterne i forbindelse med Fællesskabets politik på folkesundhedsområdet.

23. Endvidere er internationale organer, særlig Verdenssundhedsorganisationen (WHO), Verdensbanken, FN's fond for befolkningsaktiviteter (UNFPA), Europarådet og Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling (OECD), aktive inden for deres respektive kommissorier på mange af de områder, der kommer i betragtning her. Der samarbejdes med WHO på flere vigtige områder, f.eks. om sundhedsoplysninger og systemer for tilsyn med sundheden samt om smitsomme sygdomme. WHO er i øjeblikket i færd med at ajourføre sine internationale sundhedsbestemmelser og mål om "Sundhed for alle" og skulle være færdig i år 2000. Disse bestemmelser og mål vil sandsynligvis påvirke medlemsstaternes planer på sundhedsområdet, og der vil blive taget hensyn hertil i forbindelse med Fællesskabets politik. Verdensbanken spiller en vigtig rolle i forbindelse med støtte til udbygning af tjenesteydelser på sundhedsområdet i Central- og Østeuropa. Der er også et øget samarbejde med UNFPA om gennemførelsen af aktionsprogrammet

under Den Internationale Konference om Befolkningsudviklingen (Kairo 1994). OECD har udarbejdet dokumentation og oprettet en database om tjenesteydelser og udgifter på sundhedsområdet. Europarådet arbejder inden for flere områder, som vedrører folkesundhed, og beskæftiger sig i den forbindelse bl.a. med lægemidler, narkotika og bio-etiske spørgsmål.

5. FÆLLESSKABETS ROLLE PÅ FOLKESUNDHEDSOMRÅDET

Fællesskabet har efterhånden fået en stadig større rolle at spille på folkesundhedsområdet, især efter ratificeringen af Maastricht-traktaten. Heri fik Fællesskabet den særlige opgave af fremme sundhedsbeskyttelse og sygdomsforebyggelse. I medfør heraf er der udarbejdet otte særskilte programmer på sundhedsområdet og iværksat en række andre aktiviteter. Disse aktiviteter spænder fra programmer om kræft, om AIDS og om bekæmpelse af narkotikaafhængighed og til rapporter om sundhedstilstanden i EU og henstillinger om blodikkerhed. Desuden er sundhedsaspektet også indarbejdet i mange andre af Fællesskabets politikker. Udviklingen i de seneste to år, hvor der bl.a. er dukket nye smitsomme sygdomme op, har bidraget til at skabe ny og større lydhørhed over for vigtigheden af en sundhedspolitik på fællesskabsplan

5.1 *Det gældende retsgrundlag*

24. Det Europæiske Fællesskab har beskæftiget sig med sundhedsspørgsmål i fire årtier. Der henvises både til sundhed i Traktaten om Det Europæiske Kul- og Stålfællesskab og i Euratom-traktaten, og traktaterne indeholder flere bestemmelser, f.eks. om begrænsning af fri bevægelighed for varer af sundhedsårsager og om arbejdstagernes sundhed og sikkerhed. Med Den Europæiske Fællesakt blev der inddraget flere områder med sundhedsrelateret arbejde, såsom et omfattende forskningsprogram og udarbejdelse af lovgivning om sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen. Men det var først med Maastricht-traktaten og dens nye bestemmelser om folkesundhed, at Fællesskabet fik mulighed for at udarbejde en sammenhængende strategi på folkesundhedsområdet. Artikel 3, litra o) gav Fællesskabet et nyt mål, nemlig at yde et "bidrag til opnåelse af et højt sundhedsbeskyttelsesniveau", og det omfatter alle Fællesskabets politikker. I traktatens artikel 129 afstikkes så rammerne for de aktiviteter, Fællesskabet skal gennemføre på folkesundhedsområdet for at nå målet.

25. Artiklens vigtigste bestemmelser er som følger:

- Fællesskabet bidrager til virkeliggørelsen af et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved at fremme samarbejdet mellem medlemsstaterne og om nødvendigt støtte deres indsats.
- Fællesskabets indsats for sundhedsbeskyttelse skal være rettet mod forebyggelse af sygdomme.
- Fællesskabets indsats på folkesundhedsområdet skal navnlig være rettet mod de alvorligste sygdomme, herunder narkotikamisbrug.
- På disse områder samarbejder Fællesskabet med andre organisationer, der beskæftiger sig med folkesundhed.

Artiklen åbner mulighed for vedtagelse af tilskyndelsesforanstaltninger, men uden at der er tale om nogen form for harmonisering af medlemsstaternes love og administrative bestemmelser, og henstillinger. Endelig hedder det, at kravene til sundhedsbeskyttelse skal indgå som led i Fællesskabets politik på andre områder.

27. Der er flere andre sundhedsrelaterede artikler i traktaten ud over artikel 129 (f.eks. artikel 39 og 43 - landbrugspolitik; artikel 75, stk. 1, litra c) - transportsikkerhed; artikel 100 og 100 A- tilnærmelse af lovgivninger om det fælles marked; artikel 129 A - forbrugerbeskyttelse; artikel 130 F - forskning, artikel 130 R - miljø, osv.). Domstolen³ har bekræftet, at Fællesskabets mål i traktatens artikel 3, litra o), som går ud på at yde et bidrag til opnåelse af et højt sundhedsbeskyttelsesniveau, gælder for alle de områder inden for Fællesskabets politik, som har indvirkning på sundheden.

28. Umiddelbart efter at Maastricht-traktaten var trådt i kraft, fremlagde Kommissionen en meddelelse om rammerne for en indsats på folkesundhedsområdet. Heri beskrives udfordringerne på sundhedsområdet, sundhedstilstanden og tendenser i medlemsstaterne. Der lægges vægt på at forbedre sundhedsdeterminanter og årsagerne til sygdomme, og der gives en oversigt over kriterier for prioritering i forbindelse med Fællesskabets indsats. Filosofien bag denne meddelelse og de synspunkter, den giver udtryk for, er fortsat relevante i dag.

5.2 Fællesskabets rolle

29. Meddelelsen fra 1993 omfatter en række kriterier, som skal sikre, at Fællesskabets aktioner på folkesundhedsområdet fuldt ud respekterer nærhedsprincippet og principperne om proportionalitet og gennemskelighed, og at det arbejde, der iværksættes, sikrer en merværdi i forhold til medlemsstaternes aktiviteter. Det er altafgørende, at de pågældende kriterier fortsat opfyldes, når aktioner defineres og gennemføres.

5.3 Udviklingen i Fællesskabets aktiviteter på folkesundhedsområdet siden Maastricht

Handlingsplaner

- 30. På grundlag af analysen i meddelelsen fra 1993 foreslog Kommissionen at udarbejde otte handlingsplaner på folkesundhedsområdet. Fem af disse er vedtaget. Handlingsplanerne vedrørende AIDS og andre smitsomme sygdomme, om kræft, om narkotikamisbrug og om sundhedsfremme⁴ har været gældende siden 1996; den femte handlingsplan vedrørende sundhedsovervågning blev vedtaget i juni 1997⁵. Handlingsplanen vedrørende narkotikamisbrug er forbundet med andre politiske og lovgivningsmæssige foranstaltninger, herunder oprettelsen af Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug. Sammen med

³ Jf. Sag C-180/96R, Det Forenede Kongerige mod Kommissionen, Samling af afgørelser 1996, I-3903.

⁴ EFT L 95 af 16.4.1996, s. 16, EFT L 19 af 22.1.1997, s. 25, EFT L 95 af 16.4.1996, s. 9, EFT L 95 af 16.4.1996, s.1.

⁵ EFT L 193 af 22.7.1997, s.1.

medlemsstaterne er der vedtaget en fælles metode til bekæmpelse af efterspørgsel efter og udbud af narkotika, og den tager form af en handlingsplan for Den Europæiske Union vedrørende bekæmpelse af narkotikamisbrug⁶. I 1997 fremsatte Kommissionen forslag til Europa-Parlamentets og Rådets vedtagelse af afgørelser om de resterende tre handlingsplaner om forureningsrelaterede sygdomme, forebyggelse af personskader og sjældne sygdomme⁷. De er fortsat til behandling.

31. Over de pågældende programmer ydes der støtte til mange projekter, som *bl.a.* omfatter følgende områder: udveksling af informationer og personale, uddannelse, pilotprojekter, informationskampagner, etablering af netværk mellem organisationer og eksperter. Endvidere udarbejdes der retningslinjer og praktiske henstillinger på flere områder, herunder screening for kræft, osteoporose, sund ernæring samt ungdom og alkohol. Programmerne tager sigte på at skabe en merværdi som følge af Fællesskabets indsats, ved at der gennemføres aktiviteter, som de enkelte medlemsstater ikke selv kan gennemføre på tilfredsstillende måde, som gennemføres bedst i fællesskab, eller som er et supplement til medlemsstaternes aktiviteter.

Initiativer på andre områder

32. Ud over handlingsplanerne er der også gennemført arbejde på andre områder i forbindelse med de rammer, der blev udstukket i 1993. For det første har Kommissionen fremsat forslag om oprettelse af et EU-netværk til kontrol med og overvågning af smitsomme sygdomme⁸. For det andet er der taget nye initiativer om tobaksrygning, herunder en meddelelse om Fællesskabets nuværende og foreslåede rolle i bekæmpelsen af tobaksmisbruget⁹ og fastlæggelse af Rådets fælles holdning til tobaksreklamer. For det tredje er der opnået enighed om en strategi vedrørende blodsikkerhed og selvforsyning med blod, som omfatter et forslag fra Kommissionen til en henstilling fra Rådet om blod- og plasmadonoreres egnethed og screening af donorblod¹⁰. For det fjerde er der gennemført en samlet undersøgelse af ikke-ioniserende stråling, og i den forbindelse er Kommissionen i færd med at udarbejde forslag til Rådets henstillinger. For det femte udarbejdes der regelmæssigt en række rapporter, bl.a. om sundhedstilstanden i Fællesskabet¹¹ og om transmissible spongiforme encephalopatiser, bl.a. med oplysninger om indberettede tilfælde af Creutzfeldt-Jakobs sygdom i Fællesskabet. Der bliver udarbejdet årlige rapporter om krav om sundhedsbeskyttelse i andre politikker¹². En lang

⁶ KOM (94) 234, endelig udg. af 23.6.1994.

⁷ KOM(97) 266, endelig udg. af 4.6.1997, KOM (97) 178, endelig udg. af 14.5.1997, KOM (97) 225, endelig udg. af 26.5.1997.

⁸ KOM(96) 78 endelig udg. af 7.3.1996.

⁹ KOM(96) 609 endelig udg. af 18.12.1996.

¹⁰ KOM(97) 605 endelig udg. af 17.11.1997.

¹¹ KOM(95) 357 endelig udg. af 19.7.1995 og COM(97) 224 af 22.5.1997.

¹² KOM(95) 196 endelig udg. af 29.5.1995, KOM(96) 407 endelig udg. af 4.9.1996 og KOM() 34 endelig udg. af 27.1.1998.

række af Fællesskabets politikker har konsekvenser for sundheden og har endog en sundhedsrelateret målsætning, der er traktatfæstet. Disse rapporter giver en oversigt over de foranstaltninger, der gennemføres som led i disse politikker. For eksempel har Kommissionen forelagt sit andet ændrede forslag til det femte rammeprogram for forskning og teknologisk udvikling (1998-2002). En af de prioriterede opgaver i dette forslag er at fokusere Fællesskabets forskningspolitik på specifikke emner, hvilket f.eks. inden for sundhedsområdet kan være forholdet mellem sundhed, miljø og ernæring, kontrol med virussygdomme, befolkningens aldring. Ligeledes bidrager Kommissionens Fælles Forskningscenter til kampen mod kræft.

5.4 Erfaringer med gennemførelsen af rammerne fra 1993

33. Kommissionen har helt fra begyndelsen regnet med at skulle tage rammerne på folkesundhedsområdet op til fornyet overvejelse i lyset af erfaringer og tendenser på sundhedsområdet i Fællesskabet. Denne revision skal ikke blot omfatte en vurdering af, hvor godt handlingsplanerne har virket, men også af i hvilket omfang de har medvirket til at opfylde traktatens mål. Det skal endvidere vurderes, hvorvidt de prioriteter, der er fastsat i forbindelse med rammerne og rammernes struktur og balance har vist sig at være effektive, og hvorvidt de også vil være hensigtsmæssige fremover.

34. I 1993 besluttede Kommissionen at undlade at fremsætte forslag om en overordnet plan på folkesundhedsområdet. En af grundene hertil var, at man ikke ville risikere alvorlige forsinkelser i forbindelse med gennemførelsen af de nye retsfor skrifter som følge af uoverensstemmelser mellem medlemsstaterne med hensyn til prioriteringen. Kommissionen besluttede i stedet at fremsætte forslag til otte særskilte handlingsplaner. Med denne fremgangsmåde har det været muligt at undgå nogle af de faldgruber, man forventede i forbindelse med en enkelt plan, men der er opstået uforudsete problemer:

- Fremgangsmåden har medført en betydelig administrativ byrde, for hver plan har sit eget "blandede" udvalg og har komplicerede regler og strukturer;
- Fremgangsmåden har en begrænset fleksibilitet, hvilket gør det vanskeligt at reagere på situationer, som ikke er omfattet af de gældende planer, og på ændringer inden for Fællesskabets eller medlemsstaternes prioriteter;
- Der er kun stillet et begrænset budget til rådighed for de enkelte planer, hvilket giver anledning til betænkeligheder med hensyn til, om eventuel merværdi som følge af Fællesskabets indsats, maksimeres;
- Da hver handlingsplan har sin egen uafhængige strategi og arbejdsplan, er det i praksis vanskeligt at koordinere planerne, og der er risiko for overlapning mellem aktiviteter, og for at de samme aktiviteter gennemføres under forskellige handlingsplaner.

35. Et andet problem i forbindelse med gennemførelsen af handlingsplanerne er, at planerne fokuserer på projekter, som organisationer på området indgiver til bedømmelse. Det medfører for det første, at midlerne spredes på et ret stort antal projekter, hvoraf nogle ikke er relevante for alle medlemsstater. Virkningen ville måske have været større, hvis der var ydet støtte til færre bæredygtige aktioner af stort omfang. Med organisationer, som indgiver projekter, der afspejler deres ønsker, er det for det andet vanskeligt at sikre, at man når handlingsplanernes og de nationale strategiers mål.

5.5 Ny udvikling på fællesskabsplan

36. I de sidste to år har udviklingen på flere områder medvirket til at skabe en ny bevidsthed om, at det er vigtigt med sundhedspolitik på fællesskabsplan, og til at tage aktiviteterne på sundhedsområdet op til fornyet overvejelse. I den pågældende periode har der været stigende interesse i medlemsstaterne for at tilrettelægge fælles aktiviteter på EU-plan for på den måde at få støtte til at klare ovennævnte udfordringer på sundhedsområdet.

37. BSE-krisen har vist, at der er behov for en mere integreret fremgangsmåde på sundhedsrelaterede områder. For bedre at kunne behandle de forskellige spørgsmål, som blev rejst i forbindelse med BSE-krisen, besluttede Kommissionen at omorganisere og udbygge de afdelinger, der beskæftiger sig med forbrugerpolitik og sundhedsbeskyttelse, og at indføre et nyt system med videnskabelige komitéer. Et af hovedformålene med den omstrukturering har været at adskille tilvejebringelse af videnskabelig rådgivning samt inspektion fra udarbejdelse af retsfor skrifter¹³. De nye komitéers kommissorium vil omfatte videnskabelig rådgivning om spørgsmål vedrørende folkesundhed.

38. Det udvidede retsgrundlag for Fællesskabets aktiviteter på folkesundhedsområdet i Amsterdam-traktaten er udtryk for større enighed om, at det er vigtigt med en fællesskabsindsats på dette område. Selvom den nye traktat endnu ikke er ratificeret, er det i denne forbindelse nødvendigt at henvise kort til dens bestemmelser på folkesundhedsområdet, for de indebærer en ændring af artikel 129 (artikel 152 i den nye traktat). Kommissionen har til hensigt at udnytte de muligheder, som den nye traktat giver, mest muligt. Men det bliver nødvendigt at overveje nøje, hvilken virkning de får.

39. De væsentligste ændringer anføres nedenstående:

- Bestemmelserne om andre politikkers indvirkning på sundheden er flyttet til begyndelsen af artiklen, og her understreges det, at der skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau ved fastlæggelsen og gennemførelsen af alle Fællesskabets politikker og aktiviteter.
- Der er foretaget visse ændringer i den del, som vedrører målene for Fællesskabets aktioner, og de omfatter foranstaltninger med henblik på "forbedring af folkesundheden" og aktioner, der skal "forebygge sygdomme hos mennesker" samt "imødegå forhold, der kan indebære risiko for menneskers sundhed".
- Aktioner på narkotikaområdet skal fokusere på at "begrænse narkotikarelaterede helbredsskader".
- Der er to tilføjelser til stk. 4, som vedrører beslutningsprocessen:
 - I stk. 4, litra a) hedder det, at Fællesskabet kan vedtage "foranstaltninger til fastsættelse af en høj standard for kvaliteten og sikkerheden af organer og stoffer af menneskelig oprindelse, blod og blodprodukter". Dette skal læses i

¹³ Jf. Kommissionens meddelelse om forbrugersundhed og levnedsmiddelsikkerhed, KOM (97) 183 af 30.4.97.

sammenhæng med den anden sætning i stk. 5, hvor det hedder, at foranstaltningerne - ikke berører nationale bestemmelser om donation eller medicinsk anvendelse af organer og blod. I stk. 4, litra a) fremhæves det også, at medlemsstaterne kan vedtage eller opretholde strengere beskyttelsesforanstaltninger, hvis de ønsker det.

- Med stk. 4, litra b) falder "foranstaltninger på veterinær- og plantesundhedsområdet, der direkte har til formål at beskytte folkesundheden" ind under artiklens anvendelsesområde (og derfor ind under proceduren for fælles beslutningstagning).
- Stk. 4, litra c) bevarer den nuværende formulering med hensyn til tilskyndende foranstaltninger, dvs. at bestemmelsen udtrykkeligt udelukker "nogen form for harmonisering af medlemsstaternes love og administrative bestemmelser".

6. EN FREMTIDIG FÆLLESSKABSPOLITIK PÅ FOLKESUNDHEDSOMRÅDET

Den rolle, som Fællesskabet skal spille på folkesundhedsområdet, skal udvikles, så den svarer til de nye udfordringer, de ændrede omstændigheder og den større vægt, der lægges på folkesundhed i udkastet til Amsterdam-traktaten. Med udgangspunkt i disse faktorer og erfaringerne fra de nuværende aktiviteter mener Kommissionen, at en fremtidig politik bør omfatte en indsats på tre hovedområder:

- *Bedre information med henblik på at udbygge folkesundheden,*
- *hurtig reaktion på trusler mod sundheden,*
- *forbedring af sundhedsdeterminanter via sundhedsfremme og sundhedsforebyggelse.*

Med en indsats på disse tre hovedområder vil Fællesskabet også være i stand til at tage udfordringerne i forbindelse med udvidelsen op på en effektiv måde og reagere på sundhedskrav i andre politikker.

40. En række hændelser, bl.a. udbruddet af visse smitsomme sygdomme, har givet folkesundheden på fællesskabsniveau en tydeligere profil, men en ny politik kan ikke baseres på kortsigtede hensyn og engangsfænomener, uanset hvor vigtige de er. I stedet skal politikken have et langsigtet perspektiv og en række tydelige prioriteter samt hensigtsmæssige redskaber til at sikre gennemførelse.

41. Der kan ikke fremsættes formelle forslag til en politik, inden den nye traktat er ratificeret, men det er på indeværende tidspunkt hensigtsmæssigt at overveje, hvordan hovedlinjerne i en fællesskabspolitik på sundhedsområdet kan blive, og hvordan de eventuelt kan videreføre Fællesskabets nuværende indsats. Kommissionen er klar over, at der i den forbindelse er behov for en bred debat, hvor de øvrige institutioner og andre interesserede parter kan deltage. Den har til hensigt at fremsætte forslag på baggrund af resultaterne af en sådan debat, så snart Amsterdam-traktaten er trådt i kraft.

42. Som fremhævet ovenfor er principperne og filosofien bag meddelelsen fra 1993 om folkesundhed fortsat af relevans. Men de tendenser, der er beskrevet ovenfor, gør det nødvendigt med en væsentlig omlægning af den nuværende fremgangsmåde. En fællesskabspolitik på folkesundhedsområdet bør have visse karakteristika. Den bør sikre, at der gøres bedst mulig brug af de begrænsede ressourcer, der er til rådighed på fællesskabsplan. Den bør lægge vægt på at forbedre sundheden og på fremskridt på sundhedsområdet og være koncentreret om et begrænset antal prioriteter. Den bør være tilstrækkelig fleksibel til at reagere omgående på nye trusler mod sundheden og nye tendenser. Vigtigst af alt bør politikken komme EU-borgernes bekymringer i møde og være troværdig og overbevisende, således at borgerne er klar over, at der findes effektive foranstaltninger på fællesskabsplan, som gør det muligt at opnå et højt sundhedsbeskyttelsesniveau.

43. På grundlag af ovenstående analyse mener Kommissionen, at en fremtidig politik bør omfatte en indsats på tre hovedområder:

- bedre information med henblik på at udbygge folkesundheden,
- hurtig reaktion på trusler mod sundheden,
- forbedring af sundhedsdeterminanter via sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Med en indsats på disse tre hovedområder vil Fællesskabet være i stand til at tage udfordringerne i forbindelse med udvidelsen op på en effektiv måde og reagere på sundhedskrav i andre politikker.

6.1 Hovedområde 1: Bedre information med henblik på at udbygge folkesundheden

44. Skal Fællesskabets muligheder for at gennemføre effektive og bæredygtige aktioner på folkesundhedsområdet forbedres, er det af afgørende betydning med et forsvarligt informationssystem og en infrastruktur, som muliggør analyse og udarbejdelse af politikker. Fællesskabets handlingsplan vedrørende sundhedsovervågning udgør et første skridt ved at definere fælles sundhedsrelaterede indikatorer; indsamling og udveksling af data ved hjælp af telematisk dataudveksling, som er udviklet inden for ordningen for dataudveksling mellem administrationer (IDA)¹⁴, samt mulighed for at foretage undersøgelser og analyser. Dette vil også medføre en mere ajourført database og en bedre analytisk evne til at formidle informationer i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedspolitik på Fællesskabsplan og i medlemsstaterne.

45. Med udgangspunkt i aktiviteterne under handlingsplanen og resultaterne heraf bør der så udvikles et overordnet struktureret fællesskabssystem til indsamling, analyse og formidling af informationer. Systemet vil også blive anvendt til evaluering og vurdering, til at foretage sammenligninger medlemsstaterne imellem og med tiltrædelseslandene og andre lande, og til at udarbejde fremtidige scenarier og opstille prognoser over kapacitet. Under dette hovedområde vil der blive fokuseret på to relaterede områder, nemlig

¹⁴ Rådets afgørelse 95/468/EF, EFT L 269 af 11.11.1995, s. 23.

tendenser i forbindelse med sundhedstilstand og sundhedsindikatorer og udviklingen inden for sundhedssystemer.

Sundhedstilstand

46. Der kan tænkes at blive gjort en indsats på følgende områder:

- Tendenser og mønstre i den demografiske udvikling, sygdomsfrekvens og dødelighed og væsentlige sundhedsdeterminanter. Analyser kunne omfatte forskellige sygdomme, herunder fysiske og mentale sygdomme, særlige befolkningsgrupper, f.eks. børn og ældre, tendenser i sundhedsrelateret viden, holdninger og adfærd og kønsspecifikke spørgsmål.
- Uligheder på sundhedsområdet, herunder forskelle mellem befolkningsgrupper, for så vidt angår sundhedsdeterminanter, sygdomsfrekvens og dødelighed samt vurdering af interventioner med henblik på at mindske forskellene. Analyser kunne også omfatte spørgsmål som adgang til tjenesteydelser på sundhedsområdet, anvendelsen heraf og resultaterne for sundheden.
- Andre emner kunne være forholdet mellem sundhedstilstand og samfundsøkonomiske faktorer, f.eks. social udelukkelse, migration og beskæftigelse, samt mellem sundhedstilstand og miljø.

Sundhedssystemer

47. Følgende områder kunne blive omfattet:

- Tendenser i sundhedstilstanden og sundhedsdeterminatorer og deres indvirkning på tjenesteydelser og interventioner på sundhedsområdet samt på udgifterne på sundhedsområdet, f.eks. ændringer i mønstre for udskrivning af recepter på lægemidler og følgerne af demografiske tendenser, særlig befolkningens aldring.
- Udviklingen i sundhedssystemer, herunder reformer, fordeling af ressourcer og besparelsesforanstaltninger og deres følger, herunder deres indvirkning på sundhedstilstanden.
- Tendenser i udgifterne til og finansieringen af sundhedssystemer, herunder offentlige og private forsikrings rolle.
- Sundhedssektoren som en produktionsfaktor i samfundet, herunder dens rolle som en større arbejdsgiver. Der kan f.eks. foretages undersøgelser af markedsmekanismernes indvirkning, måling af behov for tjenesteydelser; beregning og begrænsning af omkostninger og udgifter; konkurrence mellem private og offentlige tjenesteydelser og udviklingen inden for omsorgsforvaltning.
- Prioriteter på sundhedsområdet, herunder prioriteringsmekanismer, samt befolkningens holdninger og bekymringer med hensyn til sundheden og sundhedssystemernes effektivitet.

48. På informationsområdet, som både dækker sundhedstilstand og sundhedssystemer, ville der blive lagt stor vægt på optimal praksis inden for tjenesteydelser på

sundhedsområdet, dvs. de bedste eksempler på sikkerhed, produktivitet og omkostningseffektivitet i forbindelse med forskellige fremgangsmåder ved sundhedsfremme, forebyggelse, diagnosticering og behandling, f.eks. bekostningseffektiviteten ved screeningsprogrammer, undervisningsprogrammer på sundhedsområdet, nødtjenester og nye lægemidler. Indsatsen ville have til formål at fremme og samle aktiviteter i medlemsstaterne inden for bevisbaseret medicin, kvalitetssikring og forbedring, vurdering af interventioners hensigtsmæssighed og vurdering af teknologi på sundhedsområdet. Der ville blive ydet støtte til koordinering af arbejdet på disse områder, og koordineringen ville blive formaliseret med henblik på at samle ekspertise fra centrene i medlemsstaterne, at indsamle og udveksle information, at fremme internationale undersøgelser og at forbedre formidlingen af resultater.

49. Et andet tværgående emne ville være følgerne af udviklingen i Fællesskabet og af Fællesskabets politikker og aktioner, herunder socialbeskyttelse af vandrende arbejdstagere og personer, som bevæger sig inden for Fællesskabet; udnyttelse af forskningsresultater; anvendelse af teknologi, anvendelse af strukturfonde; den endelige gennemførelse af det indre marked og indførelse af en fælles valuta; følgerne af anden fællesskabslovgivning på områder som f.eks. sundhed og sikkerhed, lægemidler og medicinske midler, fri bevægelighed for ansatte inden for sundhedssektoren og konkurrence. Endvidere ville der skulle lægges særlig vægt på at skaffe oplysninger og sørge for analyser og vejledning af relevans for udvidelsesprocessen.

50. For at en sådan fællesskabsordning og dens forskellige elementer skal kunne fungere effektivt, skal den i sidste ende baseres på netværk, som medlemsstaterne ville være forpligtet til at bidrage til ved at indsamle, behandle og formidle data og tage hensyn til resultaterne af analyser og evaluering. Endvidere vil det være af afgørende betydning at rapportere om opfølgningen af henstillinger, som eventuelt vedtages.

51. En fællesskabsordning af denne slag ville indebærer flere store fordele: de indsamlede data ville være sammenlignelige, overordnede, ajourført og af høj kvalitet; informationerne ville blive ajourført; ordningens resultater ville være forbundet med udarbejdelse og gennemførelse af politik på sundhedsområdet. Ordningen ville derfor være forskellig fra diverse informations- og rapporteringsordninger, der nu findes, som f.eks. dem, der er oprettet af WHO og OECD.

6.2 Hovedområde 2: Hurtig reaktion på trusler mod sundheden

52. Et andet hovedområde bør omfatte oprettelse af et EU-system til overvågning, tidlig advarsel og hurtig reaktion. Der har for nylig været eksempler på udbrud af sygdomme, f.eks. pest, hæmoragisk feber og aviær influenza, som har nødvendiggjort hurtig konsultation og aktion på fællesskabsplan. En indsats på dette hovedområde ville indebære, at der oprettes et system, som kan anvendes i forbindelse med fremtidige udbrud. Systemet ville gøre det muligt at reagere hurtigt og hensigtsmæssigt på trusler mod sundheden, som kan opstå på et hvilket som helst tidspunkt. Det ville forudsætte koordineringsmekanismer på fællesskabsplan. Indsatsen ville komme til at omfatte overvågning, hurtig analyse og undersøgelse af specifikke problemer eller spørgsmål, herunder i givet fald med besøg på stedet. Formålet ville for det første være at identificere farerne og evaluere de sandsynlige konsekvenser for sundheden og andre forhold og for det andet at afgøre, om der skulle gøres en indsats, og i givet fald hvilken form for indsats,

der ville være nødvendig for at forvalte de givne risici for sundheden og formidle informationer til sundhedsmyndighederne og i givet fald til videre kredse.

53. I 1996 fremsatte Kommissionen et forslag til et europæisk netværk til overvågning af og kontrol med smitsomme sygdomme¹⁵. Det vil udgøre rammerne, som vil sætte Fællesskabet og medlemsstaterne i stand til at koordinere deres fremgangsmåde ved overvågning af og kontrol med udbrud. Hvis netværket skal fungere effektivt, må medlemsstaterne garantere, at de relevante overvågnings- og aktionsorganer og -myndigheder i deres lande samarbejder i fuld udstrækning inden for netværket. Forslaget er i øjeblikket til behandling i Rådet og Europa-Parlamentet, og det forventes at blive vedtaget i den nærmeste fremtid. Netværket kan måske bruges som model for yderligere fællesskabsmekanismer. Kommissionens forslag til et handlingsprogram om sjældne sygdomme¹⁶, som nu er til behandling, omfatter aktioner vedrørende grupper af tilfælde af sjældne sygdomme, som kunne videreføres i denne bredere sammenhæng.

54. Indsatsen på dette hovedområde ville yderligere kunne udvides til ud over smitsomme og sjældne sygdomme også at omfatte sundhedskrav i forbindelse med levnedsmiddelsikkerhed, plantesundhedsmæssige og veterinære spørgsmål, zoonoser, blod- og organsikkerhed, miljøfarer, sundhedsrisici som følge af kemiske stoffer og forgiftning og bivirkninger af lægemidler og medicinske midler. Der kunne måske desuden blive tale om at spille en rolle i forbindelse med hurtig reaktion på bekymringer over påstande om sundhedsfare i forbindelse med nye produkter eller procedurer. Med indsatsen på dette hovedområde ville det endvidere blive muligt at reagere hensigtsmæssigt på de udfordringer, som melder sig i de stater, der tiltræder Unionen.

55. På nogle af disse områder, f.eks. inden for levnedsmiddelsikkerhed og veterinærspørgsmål, findes der allerede varslingsystemer og systemer til hurtig reaktion på EU-plan. Ved en eventuel yderligere indsats på disse områder inden for dette hovedområde skal der knyttes an til disse systemer og tages fuldt ud hensyn til dem.

56. Under arbejdet bør der gøres brug af optimal rådgivning, herunder fra eksperter, som samarbejder med Fællesskabet inden for systemet med rådgivende videnskabelige komitéer, samt af ekspertise i internationale organisationer og tredjelande. Opgaven går ud på at formidle informationer og råd inden for et meget kort tidsrum. Vigtigst af alt er det, at aktiviteterne bakkes fuldt op af de relevante myndigheder i medlemsstaterne i et samarbejde hermed.

6.3 Hovedområde 3: Forbedring af sundhedsdeterminanter via sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse

57. I Maastricht-traktatens artikel 129 lægges der vægt på forebyggelse af sygdomme, særlig de alvorligste sygdomme, mens der i Amsterdam-traktaten lægges vægt, at Fællesskabets indsats skal være rettet mod at forbedre folkesundheden og forebygge sygdomme hos mennesker samt imødegå forhold, der kan indebære risiko for menneskers sundhed. Den politik, der skal føres på dette område, bør derfor omfatte aktioner, som

¹⁵ Jf. fodnote 11.

¹⁶ KOM (97) 225, endelig udg. af 26.5.1997.

tager sigte på at forbedre sundhedsdeterminanterne via sundhedsfremme samt effektive aktioner til sygdomsforebyggelse.

58. Sundhedsfremme har til formål at sætte mennesker i stand til at kontrollere sundhedsdeterminanterne bedre og således forbedre helbredet. Sundhedsfremme omfatter aktioner, som tager sigte på at forbedre den enkeltes viden og muligheder, og aktioner, som har til formål at ændre sociale, økonomiske og miljømæssige forhold, således at de medvirker til at forbedre den enkeltes sundhed og folkesundheden. Sygdomsforebyggelse er ligeså vigtig. Sygdomsforebyggelse omfatter mange aktiviteter, f.eks. vaccination, sikkerhedsforanstaltninger og -regler, screening og testning af målpopulationer.

59. Som følge af den vægt, der lægges på forebyggelse i bestemmelserne i artikel 129, vedrører seks af de otte foreslåede handlingsplaner på folkesundhedsområdet forebyggelse af sygdomme og skader.

60. Den nye politik skal indebære, at sundhedsdeterminanterne forbedres både via vidtfavnende aktiviteter til sundhedsfremme og via specifikke aktioner til sygdomsforebyggelse, og den bør understøttes med tværgående aktioner og de instrumenter, som traktaten giver mulighed for at anvende, ikke kun på sundhedsområdet, men også inden for andre sektorer. Det er nødvendigt at overveje nærmere, hvilke emner der helt præcist skal behandles under dette hovedområde, f.eks. hvilke determinanter der skal forbedres, hvilke sygdomsspecifikke aktioner der skal gennemføres, og hvordan prioriteterne skal se ud i forbindelse med sundhedsfremme. Det centrale spørgsmål er, i hvilken udstrækning de nuværende aktioner afspejler tendenserne på sundhedsområdet og ændringer i sygdomsmønstre.

61. Det skal bl.a. overvejes:

- Hvordan der kan lægges større vægt på at behandle sygdomme, som bliver stadig vigtigere som følge af den aldrende befolkning, særlig Alzheimers sygdom og andre mentale sygdomme;
- hvordan indsatsen med hensyn til ernæring og overvægt kan styrkes;
- om der skal lægges mere vægt på kardiovaskulære sygdomme;
- hvordan bestemmelserne i den nye traktat om begrænsning af narkotikarelaterede helbredsskader skal gennemføres;
- om der skal lægges større vægt på sundheden inden for specifikke befolkningsgrupper, f.eks. socialt udstødte, unge og børn eller kvinder;
- hvordan EU-borgere kan sikres adgang til informationer og rådgivning på sundhedsområdet, når de bevæger sig til en anden medlemsstat for at arbejde, studere eller tilbringe deres fritid der og hvordan man kan udvide partnerskaber med uddannelsesinstitutioner;
- hvordan strategier skal tilpasses for at tage hensyn til de specifikke problemer, der er forbundet med tiltrædelseslandene.

62. Ser man bort fra detaljerne i den indsats, der skal gøres på dette hovedområde, kan følgende konkluderes om struktur og mål. For det første synes der ikke at være nogen særlig fordel ved også fremover at splitte aktioner til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse op i en række særskilte programmer. Ved at samle aktioner på en sammenhængende måde og evaluere dem grundigt inden for fælles rammer gøres der bedre anvendelse af ressourcerne. For det andet bliver det nødvendigt at ændre det nuværende forhold mellem aktioner til sygdomsforebyggelse og aktioner til sundhedsfremme og de ressourcer, der bevilges hertil.

63. Det bliver også nødvendigt at overveje en række spørgsmål vedrørende de praktiske erfaringer med gennemførelsen af de igangværende aktiviteter:

- Bør aktiviteterne hovedsagelig tage sigte på den brede befolkning, specifikke målgrupper, ansatte inden for sundhedsområdet eller specialiserede organisationer?
- Bør projekterne hovedsagelig findes via offentlige indkaldelser af forslag eller begrænsede udbud, særlig som svar på strategiske overvejelser?
- Bør der lægges særlig vægt på vidtfavnende aktiviteter, som omfatter alle medlemsstater, eller på små, regionale eller lokalt baserede aktiviteter?
- Bør der lægges mere vægt på langsigtede bæredygtige projekter, som sandsynligvis vil føre til oprettelse af varige strukturer?

64. Det kan efterhånden allerede konkluderes, at der bør lægges mere vægt på aktioner, som er til støtte for udarbejdelse og gennemførelse af politikker, herunder aktioner, som vedrører udtænkning og afprøvning af strategier og metoder til intervention. Dette arbejde vil nødvendigvis skulle baseres på informationer i form af resultater fra Fællesskabets informationssystem på sundhedsområdet. Det er nødvendigt af formidle forskningsresultater vedrørende f.eks. optimal praksis og effektive interventioner, sygdomsårsager og determinanternes indvirkning på sundheden hurtigst mulig, således at de kan anvendes inden for dette hovedområde. Derfor bliver det påkrævet med koordinering mellem forskningsprojekter på sundhedsområdet og sundhedsfremme og forebyggelse. På samme måde bliver der også behov for arbejde, som tager sigte på at analysere den virkning, som politikken på andre områder har på sundhedsrelateret adfærd og holdninger.

6.4 Fællesskabspolitikens indvirkning på sundheden

65. Kommissionen har udarbejdet en række procedurer som svar på traktatens bestemmelse om, at "de krav, der findes på sundhedsområdet, indgår som led i Fællesskabets politik på andre områder". Procedurerne omfatter foranstaltninger, der skal sikre, at de afdelinger i Kommissionen, som er ansvarlige for folkesundhed, konsulteres om alle sundhedsrelaterede forslag; oprettelse af en fællesgruppe for sundhed, som skal udgøre et forum for drøftelse af større sundhedsrelaterede spørgsmål generaldirektoraterne imellem, og udarbejdelse af en årsrapport om integration af krav på sundhedsområdet i Fællesskabets politikker.

66. Det har imidlertid vist sig at være svært at efterkomme traktatens bestemmelse om at holde "opsyn med sundheden" på alle de områder, som Fællesskabets politik omfatter, og at udarbejde og anvende en hensigtsmæssig metode. I den nye traktats artikel understreges det, at der skal sikres et højt sundhedsbeskyttelsesniveau både ved

fastlæggelsen og gennemførelsen af alle Fællesskabets politikker og aktiviteter. De beskrevne hovedområder ville gøre det lettere at opfylde kravene i traktaten mere effektivt på forskellige måder, som supplerer hinanden gensidigt.

- På grundlag af den informationsbase, der oprettes under informationssystemet, kunne der foretages en gennemgang af Fællesskabets politik og omfattende flerårige programmer vedrørende f.eks. forskning, strukturfonde, uddannelse og ungdomsanliggender, transportpolitik, levnedsmiddelpolitik, landbrugspolitik, konkurrence og industripolitik, som kan få en væsentlig indvirkning på sundhedsdeterminanter, sundhedstilstand og sundhedssystemer på lang sigt. Gennemgangen kunne omfatte en vurdering af en given politik eller aktion, inden den vedtages. Det ville være muligt at overvåge en politik eller aktion nærmere under gennemførelsen, og derefter kunne indvirkningen gøres til genstand for en dybtgående og i givet fald uafhængig evaluering.
- Særlige foranstaltninger og aktioner i forbindelse med sundhedsrisici, som opstår hurtigt, ville falde ind under anvendelsesområdet for mekanismerne til hurtig reaktion. Emnerne inden for dette område kunne omfatte retsforskrifter om folkesundhedsmæssige aspekter ved levnedsmiddelsikkerhed, veterinær- og plantesundhedsforanstaltninger.
- Særlige foranstaltninger og aktioner, som har betydning for viden, holdninger og adfærd, f.eks. tendenser i forbindelse med tobak, alkohol, narkotika, levnedsmidler og reklame, ville blive undersøgt og vurderet under det hovedområde, som omfatter sundhedsdeterminanter.

67. Det vil kræve nærmere overvejelser at få fastlagt nøjagtigt, hvilke midler der skal udarbejdes til at gennemføre de forskellige aktiviteter. Det bliver måske f.eks. nødvendigt at opstille kriterier og fastlægge specifikke fremgangsmåder, f.eks. retningslinjer til brug ved vurdering og checklister, som kan anvendes til at måle udviklingen inden for enhver sundhedsrelateret politik. Sådanne midler kan også anvendes til at vurdere virkningen af aktiviteterne på folkesundhedsområdet.

7. VEJEN FREM

68. Kommissionen mener, at det både er nødvendigt at debattere de ideer om en fremtidig politik, der er præsenteret i denne tekst, og hvordan politikken bør gennemføres. Et centralt spørgsmål er, hvilke juridiske midler, der skal anvendes til at sikre, at politikken kombinerer tilskyndelses- og lovgivningsforanstaltningerne fra den nye traktat på en effektiv måde. Der skal træffes foranstaltninger med henblik på overgangen fra de nuværende programmer og retsforskrifter til en ny politik. Flere forhold gør det til en særdeles vanskelig opgave: de nuværende programmer på folkesundhedsområdet har deres eget retsgrundlag og udløber på forskellige tidspunkter; tre forslag til handlingsplaner er endnu ikke vedtaget; de fællesskabsmidler, der står til rådighed for aktioner på folkesundhedsområdet, er bundet til de gældende handlingsplaner; aktioner under de nuværende og foreslåede programmer, som skulle fortsætte under den nye politik, ville skulle omgrupperes og tildeles midler, som afspejler deres relative betydning; endelig får det foreslåede netværk for overvågning af og kontrol med smitsomme sygdomme sit eget retsgrundlag.

69. Den nye politik kan formaliseres på to måder. En løsning ville være at vedtage et enkelt "rammeinstrument", hvilket ville indebære, at der derefter skulle vedtages særskilte instrumenter for hvert hovedområde. Denne løsning ville have den fordel, at der skabes en enkelt finansiell ramme, og at midlerne fordeles på hovedområderne, men også den ulempe, at det er nødvendigt med beslutningstagning og administrative strukturer på to niveauer. Den anden løsning ville være at vedtage et særskilt retsgrundlag for hvert hovedområde uden et overordnet instrument. Det ville forudsætte en underforstået enighed om, hvor mange midler der tildeles hvert område.

70. Uanset hvilken løsning, man vælger, skal der være en vis fleksibilitet i behandlingen af uforudsete problemer og fordelingen af ressourcer mellem hovedområderne. Der skal også være mulighed for at indføre bindende bestemmelser om f.eks. indsamling af data, når netværkene og andre planlagte strukturer er oprettet og helt på plads. Inden for de områder, hvor der i henhold til artikel 152 og andre sundhedsrelaterede artikler i Amsterdam-traktaten skal gennemføres harmoniseringsforanstaltninger, vil Fællesskabet kunne vedtage bindende instrumenter, uanset hvordan programmet end opbygges eller finansieres.

71. Arbejdsprogrammet eller arbejdsprogrammerne på de forskellige hovedområder kunne variere fra år til år, som det nu ville være mest hensigtsmæssigt. På den måde ville det være muligt at afgrænse fællesskabsprogrammernes overordnede mål, anvendelsesområder og struktur helt klart, samtidig med at der blev givet mulighed for en vis fleksibilitet med hensyn til indholdet.

8. KONKLUSIONER

72. Denne meddelelse indeholder ikke formelle forslag til en ny fællesskabspolitik på folkesundhedsområdet. Meddelelsen har derimod til formål at give et overblik over de spørgsmål, som skal besvares, når den fremtidige politik skal fastlægges. Kommissionen er nået til den konklusion, at det er nødvendigt med en ny politik på folkesundhedsområdet for at kunne udbygge det, der allerede er opnået, samtidig med at der tages behørigt hensyn til tendenserne på sundhedsområdet og ændringerne inden for Fællesskabet. Kommissionen har til hensigt at fremsætte konkrete forslag til den nye politik, når Amsterdam-traktaten er ratificeret. I mellemtiden er det så håbet, at de ideer, der er beskrevet i denne meddelelse, vil fremme en bred debat om, hvilken vej Fællesskabets politik på folkesundhedsområdet skal følge ind i det næste årtusinde.

ISSN 0254-1459

KOM(98) 230 endelig udg.

DOKUMENTER

DA

05 15 04 10

Katalognummer : CB-CO-98-262-DA-C

ISBN 92-78-35239-X

Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer

L-2985 Luxembourg